



Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD

Rapport d'enquête



Décembre 2015

Préambule

Dix ans après leur création, nous souhaitons visiter et mettre en lumière les pratiques de réduction des risques (RDR) dans les CSAPA et les CAARUD.

Introduite en France pour lutter contre le Sida, et venant bousculer une conception historique trop restreinte du soin aux toxicomanes, la RDR a été marquée par ce lien originel de bienveillance avec la médecine.

Hébergée et mise en œuvre dans des dispositifs dédiés, les CAARUD, la RDR y a décliné ses 7 missions, avec un principe fort, l'accueil inconditionnel, et une caractéristique toute aussi forte : se différencier du « soin ».

Pendant ce temps, les CSAPA, paradoxalement créés après les CAARUD et dans la dynamique de la naissante addictologie, mettaient en œuvre leurs missions, facultatives et obligatoires, dont celles d'assurer une accessibilité aux traitements de substitution et une mission RDR, en complémentarité de celle des CAARUD.

La RDR a progressivement modifié la conception même du soin et de la prévention. Elle a ouvert d'une part des alternatives à l'abstinence et au sevrage, introduisant la possibilité de l'usage contrôlé. Elle a enrichi d'autre part le Repérage Précoce et l'Intervention Brève (RPIB) et la prévention primaire d'une logique d'intervention précoce. Elle s'est jointe à la promotion de la santé, illustrant la notion de continuum de réponses qui a été au cœur de la création de la Fédération Addiction. Dans cette dynamique, la RDR a ouvert une nouvelle clinique, la sienne, celle des modes de vie, l'enrichissant au fur et à mesure qu'elle rencontrait de nouveaux publics, qu'elle incluait de nouveaux acteurs, qu'elle développait de nouvelles pratiques.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Comment les acteurs, au quotidien, font-ils avec les contradictions apparentes ou réelles que la RDR génère dans leurs représentations respectives ? Comment les professionnels agissent-ils dans un travail bien différent avec l'utilisateur, illustré notamment par l'accessibilité du matériel, les TROD, les pratiques d'autoprélèvement... ? Quelles places peut-on penser pour ces différents acteurs, dont les usagers relais, les travailleurs pairs... ?

En se limitant au secteur des dispositifs médico-sociaux, cette enquête ne veut pas réduire la RDR à ce seul domaine, mais se donner un champ précis et limité pour commencer à poser ces questions.

Il s'agit bien là d'une enquête auprès d'acteurs de terrain. Merci à toutes celles et ceux qui y ont répondu, merci à toutes les associations et notamment à Aides d'avoir joué le jeu.

Nous ne devons pas redouter de dévoiler les forces et les faiblesses qu'elle révèle. Il serait bien sûr facile de s'en emparer pour en pointer les failles, mais il sera surtout intéressant, fidèle à la logique de la RDR, de s'en servir pour continuer d'avancer, pragmatiquement, et préparer cette réduction des risques de demain qui est en train d'advenir !

Jean-Pierre Couteron

Président de la Fédération Addiction.

Introduction	1	Mission 4 La mise à disposition de matériel de prévention des infections	17
Les Centres d'Accueil & d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues- CAARUD	3	Quel matériel est délivré en CAARUD ?	17
Méthodologie	3	Les programmes d'échanges de seringues en pharmacie d'officine	19
Carte des répondants	4	La formation des professionnels au regard de la distribution de matériel	20
Panorama des CAARUD répondants	5	Choisir le matériel	20
Les publics	6	Le vrac ou le kit	20
File active cumulée et comparée	6	<i>Focus contexte</i> Les usagers relais	21
Mission 1 L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues	7	<i>Focus contexte</i> Les matériels spécifiques	21
L'espace d'accueil, cœur du CAARUD	7	Mission 5 L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers	22
Accueil spécifique pour les femmes	7	L'activité du centre « hors les murs »	22
<i>Focus pratique</i> Un accueil en Sleep in, Le Cèdre Bleu, Lille	7	Prendre contact avec les publics mobiles	23
<i>Focus pratique</i> Accueillir les consommations d'alcool, Le Scud, Pau	8	Publics incarcérés	23
Mission 2 Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins	8	Publics insérés	24
L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité	8	En mobilité plus qu'en lieu fixe	24
Les nuitées d'hôtel	9	Droit commun et pédagogie sociale	24
L'utilité des outils de première nécessité dans la pratique	9	Milieu festif	24
Publics des CAARUD	9	<i>Focus pratique</i> Réduire les risques à distance depuis le CAARUD, SAFE	25
L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun	10	<i>Focus contexte</i> L'intervention en « squat »	25
Articulation avec le soin spécialisé	10	Mission 6 Le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues	26
Articulation avec le droit commun	10	Les publics de la médiation sociale	26
Articulation avec le secteur psychiatrique	11	Les riverains	26
<i>Focus pratique</i> Un Psychiatre à l'accueil, La Case, Bordeaux	11	Les élus	27
<i>Focus contexte</i> L'anonymat	12	Les forces de l'ordre	27
L'incitation au dépistage des infections transmissibles:	13	Les méthodes de la médiation sociale	27
Les dépistages par TROD	13	La formation des partenaires	27
<i>Focus pratique</i> L'autoprélèvement et le prélèvement coopératif, Atypik, Lens	14	Les groupes, réunions et participation aux concertations	28
Mission 3 Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle	15	Investir l'espace public	28
Du partenariat dans la pratique...	15	Mission 7 La participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers	29
... Au CAARUD médiateur	16	La veille sanitaire en CAARUD	29
<i>Focus pratique</i> Accès aux droits, un protocole adapté avec la CPAM, PSA PACA	16	<i>Focus contexte</i> Le réseau des CEIP-A, un appui pour la santé publique	30

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie - CSAPA	31	Fiche 4 Les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)	45
Méthodologie	31	En quoi le TSO est-il un outil de réduction des risques?	45
Carte des répondants	32	L'accès au traitement – orientation par un CAARUD	45
Panorama des CSAPA répondants	33	L'accès au traitement – protocoles d'inclusion	45
Constitution des équipes	34	Les objectifs du traitement	46
Les publics	34	Approches et enjeux de la RDR – le mésusage des traitements	46
Moyennes et profil	34	<i>Focus pratique</i> Prescription de Skénan CSAPA Charonne	47
Fiche 1 Organisation et fonctionnement de la RDR en CSAPA	35	Fiche 5 Le matériel de réduction des risques	48
Une mission qui s'inscrit progressivement dans les pratiques	35	Quel matériel est délivré en CSAPA?	48
Professionnels dédiés	35	Comment est délivré le matériel?	49
Formation	36	<i>Focus pratique</i> Accueil inconditionnel en CSAPA Tempo - OPPELLIA	50
L'information en réduction des risques	37	Fiche 6 Articulation avec les CAARUD	51
Fiche 2 Accompagnement à la réduction des risques	38	Orientations et accès aux soins	51
Modalités d'intervention : entretiens spécifiques et pratiques transversales	38	L'échange de pratique comme outil de collaboration	51
Modalités d'action « hors les murs »	38	L'adaptation de l'accueil	52
Milieu carcéral	38	<i>Focus pratique</i> Accompagnement en CAARUD et initiation des TSO CSAPA Croix-Rousse	52
Intervention en milieu festif	38	Conclusion	53
La réduction des risques en action de prévention	39	Remerciements	54
Typologie des actions de réduction des risques	39		
Les autres formes d'accompagnement à la réduction des risques	40		
L'accompagnement individuel autour des pratiques de consommations	41		
<i>Focus pratique</i> Alcool : une consultation avancée en CHRS CSAPA Le griffon	41		
Fiche 3 La RDR alcool et tabac	42		
Gestion de l'alcool et des risques liés à sa consommation	42		
Spécificités de la réduction des risques liés à l'alcool et au tabac	43		
<i>Focus Contexte</i> Le Baclofène	44		
<i>Focus pratique</i> le nalméfène dans Le traitement de l'alcoolodépendance	44		

Agir en réduction des risques : les pratiques des acteurs

En France, l'urgence de l'épidémie de sida durant les années 1980 a fait émerger une nouvelle approche chez les intervenants en « toxicomanie », avec une volonté pragmatique : réduire les risques de contamination par le VIH chez les injecteurs de drogues, dont plus d'un quart à l'époque était contaminé. Dans ce contexte d'épidémie massive chez les usagers de drogues, la réduction des risques s'est rapidement imposée comme une stratégie de Santé publique novatrice.

L'outil emblématique en a été la mise à disposition du matériel stérile à usage unique, permise en 1987 par le « Décret Barzach ». Anne Coppel, sociologue, va illustrer ce principe d'intervention : « il vaut mieux ne pas s'injecter des drogues mais si l'on persiste à s'en injecter, alors il faut utiliser une seringue stérile »¹.

La réduction des risques depuis les années 1980, a connu des évolutions nombreuses et profondes. Bouleversant les stratégies de santé publique, cette philosophie d'intervention est née du militantisme et de la montée en expertise des usagers sur leurs propres consommations. Elle a poussé les autorités sanitaires publiques à la reconnaître jusqu'à lui donner son cadre légal en 2004, avec son inscription dans la loi de santé publique.

Depuis, cette approche a connu une succession d'évolutions, qui ont impacté directement la structuration du secteur de la « toxicomanie » puis de l'addictologie en France : référentiel national des actions de réduction des risques (2005), création des CAARUD (2006), réforme des CSAPA inscrivant la réduction des risques parmi leurs missions obligatoires (2007), inscription dans la loi de santé en cours avec la valorisation de nouveaux outils mais également la sécurisation des intervenants.

En quatre années (entre 2004 et 2008), les stratégies d'intervention militantes sont sorties de la clandestinité, ont été reconnues, encadrées, institutionnalisées jusqu'à s'inscrire, dans les textes, comme mission obligatoire des CSAPA ; pourtant ces stratégies cliniques poussent à questionner voire à réinventer une posture pour l'intervenant, et bouleversent les pratiques professionnelles : place et prise de parole de l'usager, application de la conclusion du Rapport INSERM de 2010, expérimentation et débats sur la scène publique, outils et concepts liés aux produits licites... Les stratégies de réduction des risques liés à la consommation de produits psychoactifs demandent **à renouveler la manière d'envisager le soin et la problématique addictive.**

¹ Anne Coppel, Les politiques de lutte contre la drogue : le tournant de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, *Les Cahiers de l'Actif*, n°3 10-311, mars-avril 2002

À ses débuts, la RDR s'inscrivait dans le parcours de l'utilisateur selon une temporalité différente de celle du soin, avec des objectifs différents et parfois peu conciliés : accompagnement minimal d'un côté, accès à l'abstinence de l'autre. Aujourd'hui, après les dernières réformes et devant les résultats thérapeutiques et sanitaires de cette nouvelle approche, les pratiques d'intervention cherchent à conjuguer les 2 concepts dans une même trajectoire des personnes, dans une dynamique où abstinence et gestion des consommations ne s'opposent plus.

La réduction des risques se base sur l'innovation, comme le montre la mise en œuvre spontanée de dispositifs expérimentaux des débuts, mais également sur l'expertise des consommateurs concernant leur pratique. La RDR est une manière d'intervenir concrètement, en donnant à la personne le plus de moyens possibles pour préserver sa santé. La personne, soucieuse de sa santé et en capacité d'agir sur elle-même, est ainsi considérée comme citoyenne et responsable. Elle va également être reconnue comme experte de ses consommations, et va fournir les savoirs et connaissances nécessaires à l'adaptation des outils et des interventions. Car la RDR suppose une connaissance fine des modes d'usages, ce qui va impliquer pour l'intervenant de travailler avec les modes de consommation, déployant ainsi une dynamique de non-jugement vis-à-vis de la prise de produits, notamment ceux classés comme stupéfiants.

La réduction des risques s'est d'abord cantonnée à l'usage de produits illicites. Si dans les années 80, seuls les risques sanitaires étaient pris en compte, cette stratégie d'intervention s'est rapidement étendue aux risques psycho-sociaux, dans la même dynamique pragmatique de non-jugement, à destination d'un public très marginalisé du fait notamment du caractère illégal de ses consommations. Aujourd'hui, dans un contexte de consommations massifiées et avec le développement de l'approche « addictologique », elle tend à s'installer dans les pratiques professionnelles en tant que véritable clinique, et à s'appliquer à toutes les addictions : à l'alcool et au tabac, aux comportements sans produits... et à toutes les populations concernées par les addictions, (les jeunes, les publics insérés, le monde carcéral...).

Le caractère d'innovation de cette approche pose constamment la question des limites des intervenants : Jusqu'où accompagner les consommations ? Comment travailler dans le soin avec la consommation ? Quel accompagnement pluridisciplinaire peut-on penser pour les personnes qui n'ont pas de demande de soin ?

Ce rapport d'enquête est construit à partir des pratiques, de manière à éclairer ces questions. Il est issu d'une méthode participative développée depuis de nombreuses années dans le réseau de la Fédération Addiction. Nous voulons remercier celles et ceux, adhérents de la Fédération ou partenaires et notamment les équipes de Aides, qui ont pris du temps pour répondre aux questions, ont accepté de partager leurs pratiques en entretien et de participer aux groupes régionaux. Au-delà de la valorisation de ces pratiques, ce document veut montrer la nécessité constante de leur évolution.

Brigitte Reiller

Référente du projet « Pratiques Professionnelles de réduction des risques »,
Administratrice à la Fédération Addiction,
Médecin au CSAPA Parlement Saint Pierre
et directrice du CAARUD Planterose – CEID, Bordeaux.

Les Centres d'Accueil & d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues - CAARUD

Le CAARUD est un dispositif dédié à la réduction des risques. Son action est encadrée par un référentiel national validé par décret le 14 avril 2005 ainsi que par celui du 19 décembre 2005, qui complète l'article L.3121-5 du code de la Santé Publique encadrant la politique de réduction des risques infectieux liés aux usages de stupéfiants.

Comment les CAARUD mettent-ils en œuvre les actions prévues par ces textes?

Quels enjeux sont à mettre en lumière dans ces pratiques professionnelles?

Comment ces actions génèrent-elles une clinique spécifique de l'accompagnement?

Quelles sont les pistes ouvertes pour l'avenir de la réduction des risques en France, à partir de ces dix ans d'expérience?

Quelles sont celles qui sont transférables?

Quelle est la place particulière des usagers dans ces structures?

Pour répondre à ces questions, la Fédération Addiction a rassemblé quinze professionnels venant de toute la France, pour mener un état des lieux entre l'année 2012 et l'année 2014 dans les 130 CAARUD recensés.

Méthodologie

Cet état des lieux s'est décliné en trois phases :

- Un questionnaire a été envoyé aux 130 CAARUD afin d'obtenir une image statistique des publics, du contexte et des actions déployées. **88 CAARUD ont répondu soit 67% des structures interrogées.**
- Une série de 11 entretiens a été menée dans 8 structures, auprès de 5 équipes, 5 professionnels individuellement et un collectif de CAARUD sur leur modalités d'actions et les enjeux de leurs pratiques.
- Enfin, à l'échelle régionale, 3 réunions rassemblant des intervenants de CAARUD et/ou de CSAPA et de différentes professions, ont été menées dans 5 régions pour faire le point sur les enjeux d'avenir de la réduction des risques :
 - ses articulations avec les dispositifs de soin
 - sa mise en œuvre pour des produits non classés comme stupéfiants (alcool et tabac)
 - son inscription dans la cité, auprès des citoyens et des partenaires de droit commun.

Cette démarche a permis d'appréhender la manière dont les CAARUD déploient les actions décrites par le Référentiel national d'avril 2005 et le décret des missions.

Nota Bene : Sauf indication contraire, les statistiques sont réalisées sur la base de l'ensemble des répondants. CAARUD N=88.

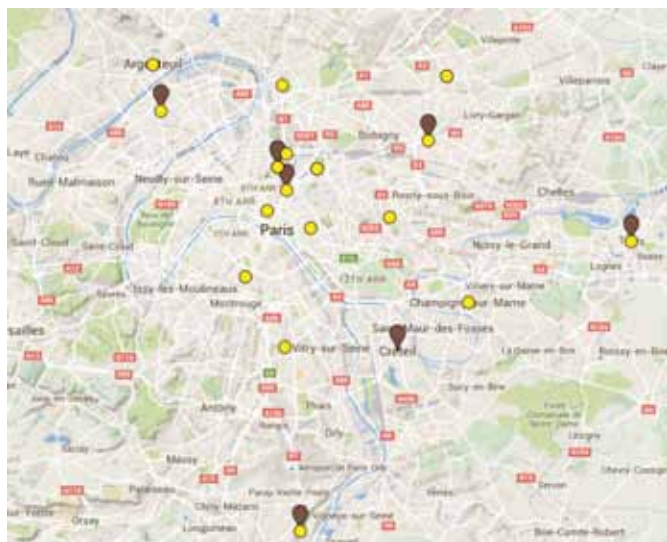
Certaines questions du questionnaire étant à choix multiples, les totaux peuvent dépasser les 100%. Exemple : un CAARUD peut offrir des collations dans ses murs et à l'extérieur ; voir graphique 11.

Carte des répondants

En marron, les CAARUD répondants, En jaune, les CAARUD non répondants.



France métropolitaine



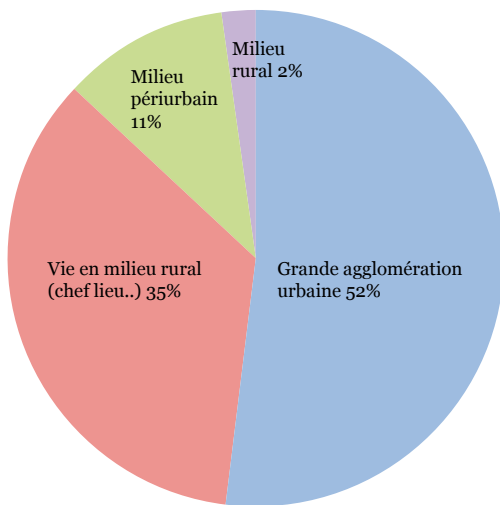
Focus Île-de-France



Focus DOM-TOM

Panorama des CAARUD répondants

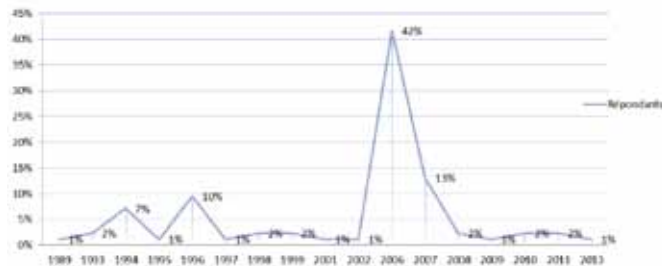
Milieu Urbain / Milieu Rural



Situation géographique. Graphique 1

Un peu moins de 2/3 des CAARUD répondants sont situés en milieu urbain, dans des agglomérations supérieures à 100 000 habitants ou en milieu périurbain, un peu plus d'un tiers d'entre eux sont situés en ville en milieu rural.

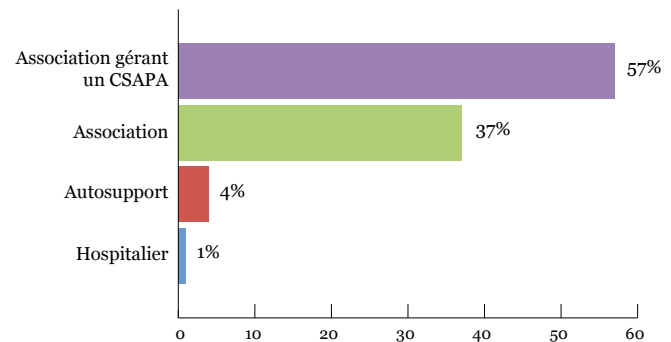
Création et institutionnalisation des structures



Date de création des structures répondantes. Graphique 2

Les CAARUD ont majoritairement été labellisés en tant que tels à la suite du décret de décembre 2005. Les associations qui les gèrent existaient souvent préalablement (voir enquête inter associative de 2006²). Ce décret a transformé en CAARUD les « boutiques » et lieux d'échanges de seringues sans accueil qui avaient commencé à se développer depuis 1993, ce qui explique les 42% ayant répondu avoir été créé « en tant que CAARUD » en 2006. Ces lieux, souvent de petite ampleur, ont donné des CAARUD de petite envergure (voir Nombre d'équivalent temps plein ci-contre).

Gestionnaire des structures



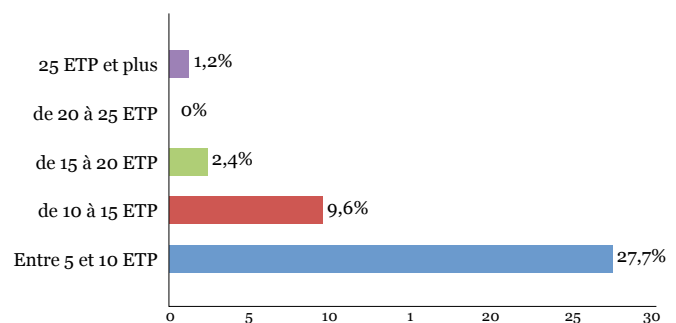
Entité gestionnaire. Graphique 3

Le répondant type est un CAARUD créé ou devenu CAARUD en 2006, situé en grande agglomération urbaine, et géré par une association gérant également un CSAPA.

Types de dispositifs existants

Les CAARUS peuvent avoir plusieurs formes. La plupart sont des accueils de jour en ambulatoire disposant d'équipes mobiles pour aller à la rencontre des personnes consommatrices. Il existe également trois dispositifs d'accueil de nuit, les « Sleep in » et des dispositifs proposant un hébergement éclaté en hôtel. Enfin, d'autres CAARUD fonctionnent uniquement en unité mobile (bus et déplacement à domicile)

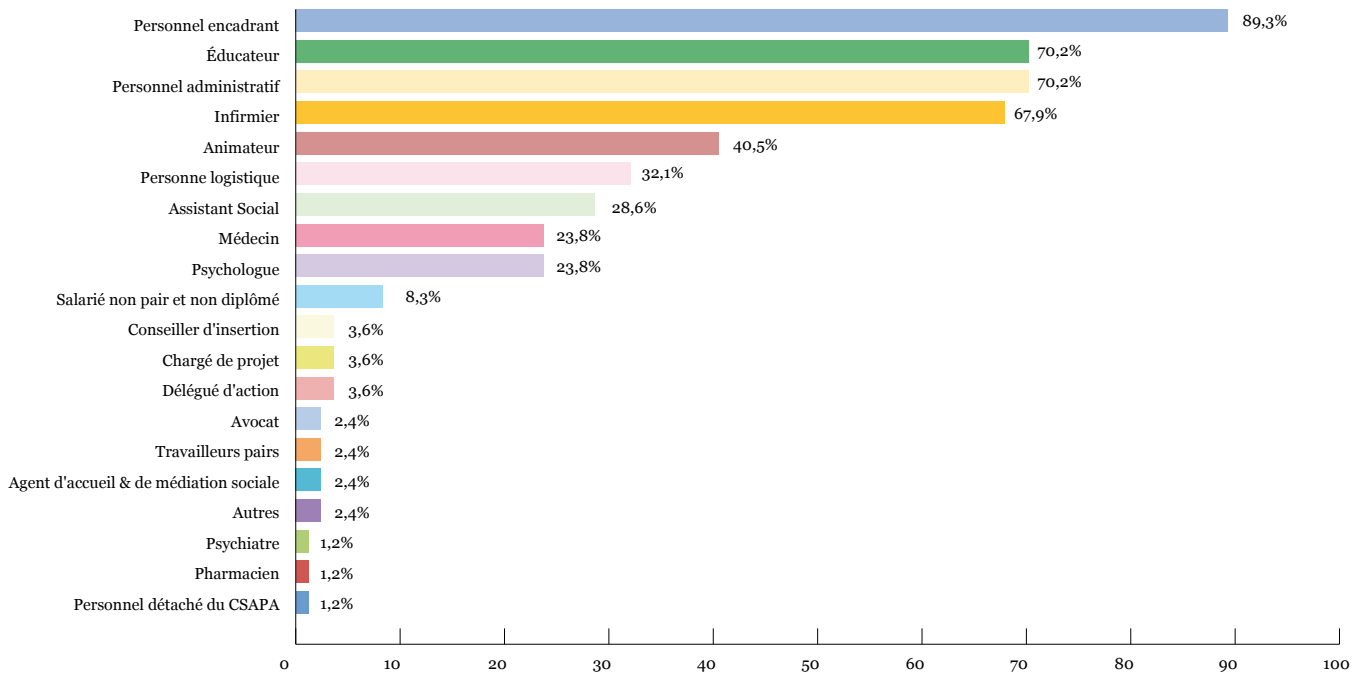
La constitution des équipes



Nombre d'équivalent temps plein exerçant dans la structure. Graphique 4

Plus de la moitié des CAARUD répondants fonctionnent avec moins de 5 équivalents temps plein.

² En 2006 l'association Safe et un collectif d'acteurs ont mené une enquête sur les différentes associations menant des actions de réduction des risques. Vous pouvez retrouver le rapport de cette enquête sur le site de la Fédération Addiction www.federationaddiction.fr ou sur www.safe.asso.fr



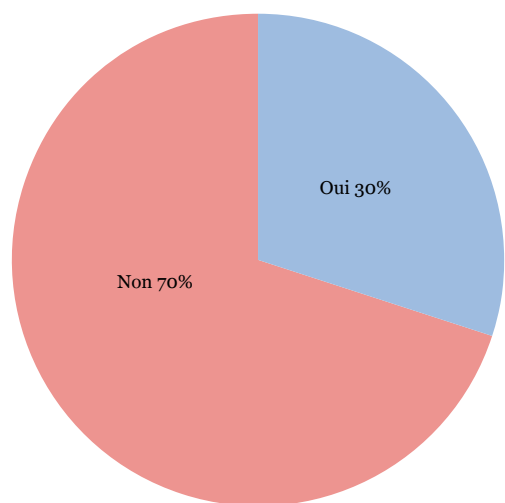
Composition de l'équipe. Graphique 5

L'histoire des CAARUD explique ces équipes de petite dimension et les conséquences sur l'exécution des missions, notamment en termes d'Outreach. Les unités mobiles mobilisent les intervenants sur des temps longs et souvent peu flexibles ; cela peut réduire l'activité du lieu fixe.

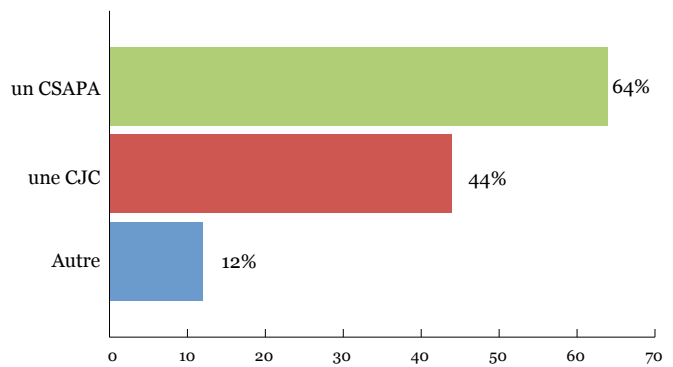
L'enquête a concerné un total de 438,89 équivalents temps plein (ETP), soit un ETP pour 80 usagers (voir la partie publics ci-contre).

Un tiers des CAARUD travaillent avec des bénévoles. Près d'un quart emploient un psychologue, et autant un médecin, deux professions non prévues initialement par les textes.

Les locaux



Partage des locaux avec une autre structure. Graphique 6



Type de structure partageant les locaux du CAARUD. Graphique 6 bis. N=25

68% des structures partageant leurs locaux sont situées en grande agglomération urbaine ou en milieu périurbain.

Les publics

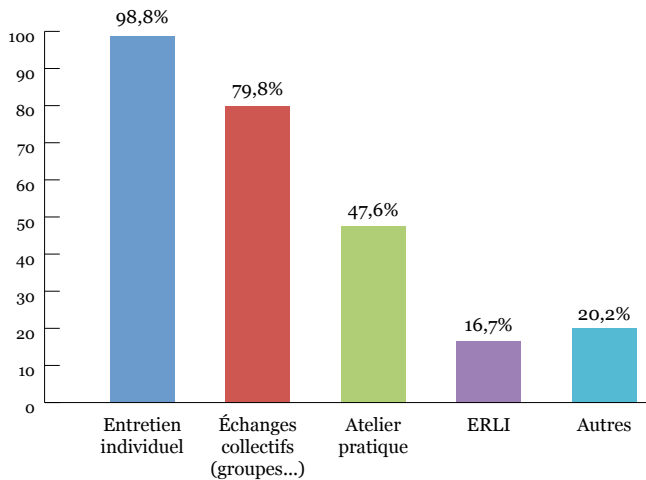
File active cumulée et comparée

Ces 88 CAARUD ont reçu en 2012 une file active cumulée de 35 529 usagers, soit une moyenne de 428 usagers, la file active cumulée des 158 CAARUD approchant en 2014, les 70 000 usagers³. Ce recensement des usagers, pour les rapports d'activités et enquêtes nationales (DGS, ENA-CAARUD), reste problématique pour bon nombre de CAARUD. Il pose la question de l'utilisation de logiciels de recueil d'activité, estimés « insatisfaisants » et « non adaptés » par 46% des CAARUD interrogés.

³Chiffres OFDT 2014.

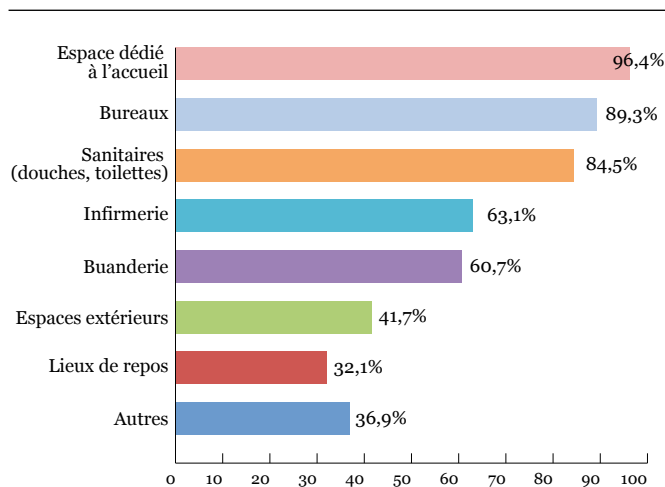
Mission 1

L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues

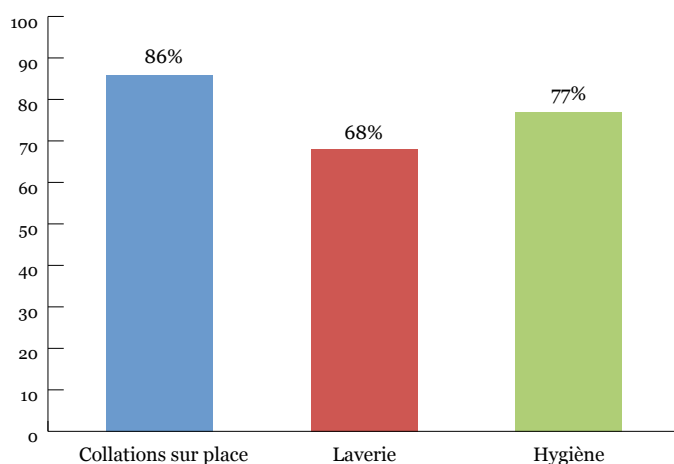


Formes d'activités d'accompagnement à la RDR. Graphique 7

L'espace d'accueil, cœur du CAARUD



Locaux. Graphique 8

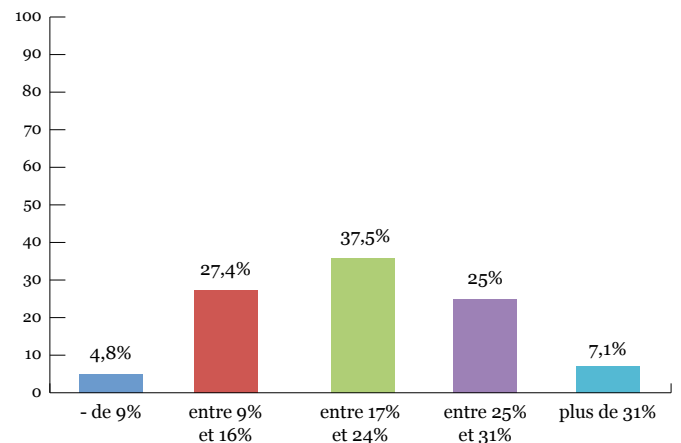


Prestations d'accueil. Graphique 9

La mission d'accueil est au cœur du travail de réduction des risques des CAARUD. Près de 4% n'ont pas de locaux dédiés à l'accueil collectif, il s'agit de structures situées en milieu rural et qui accueillent dans des bureaux qui servent à d'autres fonctions, dont la distribution de matériel.

Les intervenants des CAARUD ne disposant pas d'espace d'accueil expriment une frustration de ne pouvoir offrir aux usagers la socialisation et le lien de confiance que permet un « *espace et un temps à eux* », ce lieu où ils peuvent rester même quand il ne s'y passe « *rien* » (pas de prise de parole, pas d'échange, juste « *se poser* »). Un bureau de délivrance de matériel, une infirmerie ou un bureau de consultation permettent un travail sur la pratique d'usage qui ne résume pas la démarche de réduction des risques. **L'accueil inconditionnel et dans le non-jugement vise à offrir un cadre sécurisant à la personne, sans aucune attente vis-à-vis d'elle.**

Accueil spécifique pour les femmes



Pourcentages de femmes dans la file active 2012 des CAARUD répondants. Graphique 10

Les CAARUD reçoivent en moyenne 80 % d'hommes et 20 % de femmes. Près de 42 % organisent une action, ou un moment dédié spécifiquement aux femmes. Ces temps, prévus pour favoriser l'accès des femmes à la structure, n'ont pas d'impact quantitatif sur le taux de fréquentation - la moyenne reste autour de 77% d'hommes pour 23% de femmes dans les files actives des structures qui proposent ce type d'actions. Mais les entretiens mettent en évidence une plus-value de ces moments dédiés qui rompent un isolement parfois plus important des femmes du fait d'un stigmate spécifique de leurs consommations. Ils permettent d'explorer un rapport au corps parfois complexe, en sécurisant les femmes que la présence d'hommes à l'accueil peut déstabiliser⁴.

⁴Voir Guide *Femmes et Addictions*, Fédération Addiction, à paraître.

Focus pratique**Un accueil en Sleep in,
Le Cèdre Bleu, Lille**

Les Sleep in proposent aux usagers en marge des dispositifs d'hébergement tout public et des centres thérapeutiques résidentiels, des lieux où ils peuvent être accueillis quels que soient leur(s) motivation(s) et leurs usages. Ces dispositifs utilisent « l'urgence de l'hébergement » comme axe de réduction des risques, en offrant un lieu pour passer la nuit à l'abri des agressions de la rue. Les professionnels ont pour objectif principal de sécuriser physiquement et psychologiquement les personnes accueillies, condition préalable au désir d'accéder à un mieux-être global.

Cet hébergement inconditionnel favorise l'inclusion sociale des usagers les plus désocialisés. La diversité des situations rencontrées oblige les professionnels à adapter en permanence le seuil d'acceptabilité de leur accueil, l'enjeu étant l'équilibre entre bienveillance individuelle et garantie d'un cadre permettant l'hébergement collectif. **Il ne peut y avoir d'accueil inconditionnel sans conditions préétablies et définies au regard des capacités de chaque usager à pouvoir respecter la sérénité et la sécurité d'un accueil collectif.**

La question de la consommation intramuros offre un bon exemple des conséquences de cette adaptation constante. Le temps d'accueil long de l'hébergement et l'absence d'alternative à la consommation dissimulée (toilettes, douches...) placent usagers et professionnels dans des situations paradoxales : hors la loi au regard de la justice, les usagers actifs se retrouvent également hors la loi au regard du règlement de fonctionnement d'un dispositif pourtant spécifiquement « dédié » à leur accueil.

Contact : g.rasquin@cedre-bleu.fr

Focus pratique**Accueillir les consommations d'alcool,
Le Scud, Pau**

Le CAARUD « Le Scud » de l'association Aides, à Pau, autorise depuis son ouverture les consommations d'alcool des usagers en son sein.

Suite à un diagnostic des besoins, cette initiative est née de l'expérience des premiers intervenants qui souhaitaient éviter les surconsommations avant l'entrée et les aller-retour rue/structure générant des rassemblements devant les locaux et donc des problèmes de médiation sociale.

Le règlement de fonctionnement, écrit avec les usagers et l'équipe du CAARUD, n'interdit ni l'introduction ni la consommation d'alcool dans la structure. Les usagers peuvent consommer l'alcool qu'ils amènent, dans un espace balisé (le balcon en l'occurrence) **et uniquement à cet endroit.**

Cette action permet un accès aux consommations, et donc de les discuter ainsi que leurs associations ou interactions, avec une reconnaissance du savoir expérientiel des personnes ainsi que de leur idées reçues. Elle favorise le développement de compétences pour gérer et contrôler sa consommation, en anticiper les effets sur l'état de conscience et en interroger le sens en fonction du vécu de la personne.

En cela, l'autorisation des consommations d'alcool participe à la réduction des risques et à la sécurisation des consommations puisqu'elle aide la personne à s'emparer de ses comportements sans les dissimuler, et crée une dynamique de pairs aidants.

Enfin, elle permet une montée en compétence de l'équipe du CAARUD qui échange et élabore, individuellement et collectivement, des stratégies de RDR avec les personnes autour des consommations, de la même manière que sur les autres produits.

Contact :

Le Scud. 4, rue Serviez 64000 Pau.

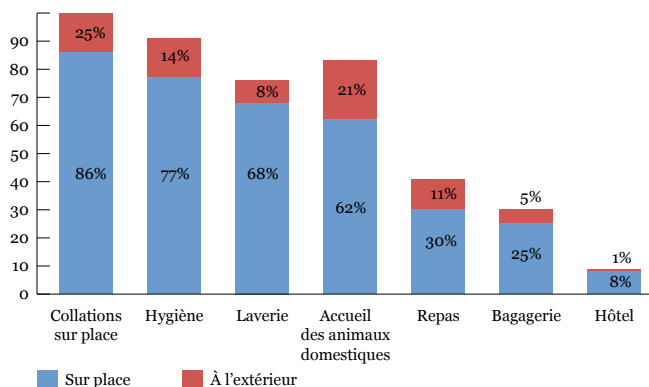
Tél : 05 59 83 92 93 ; 06 08 33 11 02

lescud@aides.org

Mission 2

Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins

L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité



Soins de première nécessité. Graphique 11

Moins du tiers des CAARUD répondants offrent des repas complets sur place et une très grande majorité proposent des collations. Ces dernières représentent un quart des actions menées.

Près des deux tiers des CAARUD accueillent les chiens sur place et/ou à l'extérieur et plus des deux tiers disposent d'une laverie.

Les nuitées d'hôtel

9 % des CAARUD proposent des nuitées d'hôtel, et ceux qui le font proposent entre 1 et 5 places soit entre 365 et 1825 nuitées par an. Cela permet d'offrir une prestation comparable au Sleep in, mais de manière éclatée, proposant donc un hébergement pour des personnes qui ne peuvent être hébergées en collectif ni en appartement individuel en raison de leurs profils ou problématiques — très jeunes avec des chiens, femmes ayant subi des violences, problématiques d'accompagnement au traitement par interféron...

L'utilité des outils de première nécessité dans la pratique

Publics des CAARUD

- 55 % rencontrent « **très souvent** » des publics en situation de grande précarité⁵ ;
- 57 % rencontrent « **très souvent** » des publics en situation de très grande précarité ;
- 17,8% rencontrent « **assez souvent** » à « **souvent** » des publics insérés.

L'offre (hygiène, mise à l'abri, collations, mais aussi accompagnement social, démarches CMU, RSA...) proposée par la plupart des CAARUD visités **répond à de véritables besoins**. Les personnes accueillies sont souvent marginalisées, avec des profils précaires à très précaires et dont le statut illicite des consommations les éloigne des dispositifs de première nécessité.

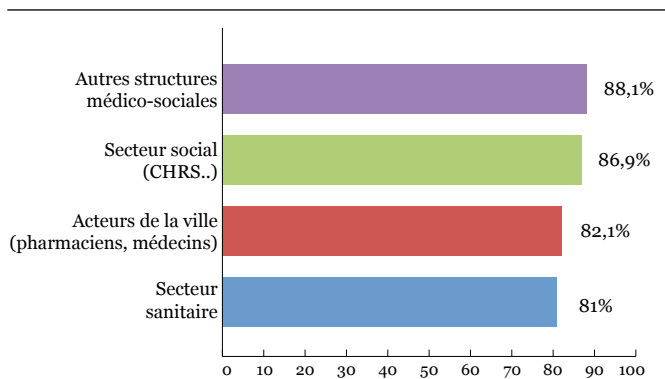
Les intervenants envisagent ces prestations comme une première mesure de retour à une dignité, de ré-étayage de l'identité. Elles font partie intégrante de la démarche de réduction des risques et apportent un support simple au dialogue, en fournissant une réponse pragmatique aux besoins essentiels de la personne accueillie. Elles permettent de se réapproprier une démarche de « *prendre soin de soi* ».

Cette dimension apparaît comme primordiale, elle renoue un lien social, là où, précisément, il s'est distendu. Le café, les collations, le fait de « *se poser* » dans un fauteuil, durant la lessive comme pour d'autres prestations reviennent souvent comme déterminants d'une première prise de contact, d'un premier pas vers un processus de réinsertion ou une démarche de prendre soin de soi.

Les consommations peuvent être abordées en termes de réduction des risques, même si c'est plus complexe pour l'alcool, le tabac ou le cannabis, dont l'usage est banalisé par des usagers qui n'en identifient pas spontanément les risques. Pour le tabac, les risques sont moins visibles à court et moyen terme. Pour l'alcool, dont les professionnels soulignent les conséquences les plus visibles, la possibilité de garder sa canette ou sa bouteille avec soi ou dans un casier facilite l'échange, et donne une réalité à la consommation qui permet d'avoir un message pragmatique et adapté (voir focus Accueillir les consommations d'alcool p.8).

⁵La précarité est définie ici comme « un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux ». La grande précarité est définie « quand (la précarité) affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (Wrezinski, 1987).

L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun



Les partenariats noués par les CAARUD. Graphique 12

88% des CAARUD répondants ont noué des partenariats avec d'autres structures médicosociales, et presque autant ont des partenariats avec le secteur social.

Articulation avec le soin spécialisé

L'appartenance du CAARUD à une association gérant également un CSAPA (près de 60% des répondants) facilite les orientations entre les deux, plus encore quand ils partagent les mêmes locaux (voir graphique 6 bis en page 6) selon des plages horaires différentes dans la même journée.

Pour autant, les entretiens qualitatifs montrent que l'orientation peut s'avérer complexe, notamment parce que les publics restent distincts. La demande est différente, la démarche d'accompagnement est d'un autre registre et la question de la consommation active n'est pas traitée de la même manière. Enfin, dans les usages comme dans d'autres comportements humains, les personnes n'ont pas systématiquement envie de perdre secret et intimité, voyant disparaître leurs possibles « *petits arrangements avec les normes* » au profit d'une information partagée. Les entretiens témoignent que la mission d'orientation, comme les autres actions, se fonde sur la rencontre de la personne, de manière individualisée, anonymement quand cela est souhaité. Le suivi en CSAPA, anonyme ou non, suppose d'autres attentes. Il peut nécessiter d'autres informations, que l'utilisateur donnera lui-même.

Sur un autre plan, les variations de dynamique d'accueil entre CSAPA d'un territoire (délais de prise de rendez-vous, professionnels rencontrés en première intention, dispositifs exclusivement ambulatoires ou offres résidentielles) complexifient l'orientation. De même, certains CAARUD manquent de ressources de proximité ou en ont une connaissance incomplète.

Enfin, le travail d'étayage du CAARUD et son accompagnement préparant l'orientation vers le soin, y compris résidentiel et hospitalier, n'est pas toujours pris en compte par ce nouvel interlocuteur. Ce début de soin peut parfois s'avérer complexe pour les personnes accueillies, qui « *doivent reprendre à zéro* » (voir Focus p 52).

Articulation avec le droit commun

Les CAARUD assurent un rôle de référent sur la réduction des risques auprès des partenaires du soin et de l'insertion. Ils se déplacent pour présenter leurs activités, sensibiliser voire former des partenaires. Certaines actions en milieu rural ou autour des spécificités féminines sont assez emblématiques de ce travail de sensibilisation : programmes d'échanges de seringue en pharmacie⁶, permanences au sein des centres de planification familiale, formation des intervenants en CHRS...

La charge symbolique et le poids des représentations qui caractérisent la consommation de drogue n'épargnent pas les professionnels du secteur de la santé. Ainsi, les CAARUD identifient des personnes ressources, « *de confiance* », vers qui ils pourront « *orienter sans crainte* ». Ce travail de lien se fait autant vis-à-vis des dispositifs non spécialisés en addictologie que des dispositifs spécialisés mais dont le seuil d'accueil met en difficulté une personne venant d'un CAARUD du fait du maintien de sa consommation. Le CAARUD instaure une relation d'accompagnement sans la lier à un changement du comportement d'usage, y compris en terme de conduite à risque. Il reste dans *l'ici et maintenant*. Cela n'exclut pas une évolution des comportements d'usage et de risque, qui prendra appui sur l'aide apportée. Si une demande de soin spécialisé apparaît, le CAARUD ne la prend pas en charge, souvent pour rester accessible, pour qu'il n'y ait pas d'enjeu de soin à la venue de la personne au CAARUD. Ainsi la personne pourra toujours venir, quoiqu'il arrive, et être accueillie dans ce dispositif qui souhaite ainsi rester « *en première ligne* ».

La confidentialité est donc nécessaire.

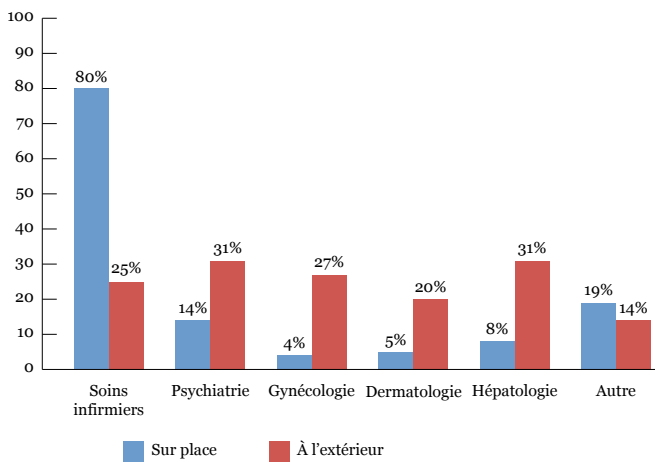
Les professionnels des CAARUD regrettent le paradoxe entre l'absence de prise en compte de leur travail d'accompagnement lors des passages de relais déjà évoqués, qui contraignent l'utilisateur à « *tout reprendre* », et les demandes de renseignements émanant de ces mêmes partenaires. Ils ne peuvent y donner suite sans mettre à mal le rôle d'acteur de première ligne en dévoilant les informations confiées dans le cadre anonyme de l'accueil au CAARUD.

⁶Le RESPADD a mené avec le soutien de la DGS et de la MILDECA un travail de plusieurs années sur le recensement et le développement de programmes d'échanges de seringues en pharmacie (PESP). Une série d'outils sont issus de cette démarche : une note de contribution à la mise en place de ces PESP, un « Guide de l'addictologie en pharmacie d'officine » et un annuaire de recensement de l'ensemble des pharmacies d'officine proposant un PES. La Fédération Addiction a participé à cette démarche, et vous invite à en découvrir les outils sur son site internet (www.federationaddiction.fr) ou directement sur celui du RESPADD : www.respadd.org.

Articulation avec le secteur psychiatrique

Les publics de consommateurs actifs de substances psychoactives des CAARUD présentent régulièrement des comorbidités psychiatriques et des états limites. La réponse pragmatique apportée par les intervenants en RDR n'a pas directement pour objectif de répondre aux problématiques psychiques des personnes.

Les intervenants interrogés hésitent entre le souhait d'un temps de travail d'un psychiatre en interne ou des partenariat accrus, le CAARUD devant rester sur des soins de première nécessité. Ce partenariat avec le secteur psychiatrique s'avère complexe dans la pratique.



Soins spécialisés délivrés par la structure. Graphique 13

Focus pratique

Un Psychiatre à l'accueil, La Case, Bordeaux

Depuis novembre 2012, le CAARUD La Case, à Bordeaux, emploie un psychiatre en interne tous les jeudis après-midi. Comme tous les intervenants du lieu, il est présent sur l'accueil, et a également un espace d'entretiens dédié. La structure a choisi de le faire intervenir sur l'accueil pour ne pas remettre en cause le statut bas seuil du CAARUD, et parce que la posture institutionnelle reconnaît dans l'accueil le moment où se noue le lien et où peut être formulée une proposition de soin.

Pour le psychiatre, exercer sans demandes particulières du côté du suivi, suppose une posture différente. Il en tire parti et rencontre des personnes (17 usagers suivis en 2013) avec qui un premier lien peut se nouer qui ne se serait peut-être pas noué autrement.

Interview du Dr Remus, psychiatre au CAARUD La Case et au SMPR Bordeaux Gradignan

En quoi votre travail dans ce CAARUD est-il différent de celui d'un centre de soin ?

« Dans la posture surtout : il y a moins de barrières que dans la posture thérapeutique habituelle, et beaucoup plus de proximité avec les personnes, par le tutoiement par exemple avec certains d'entre eux (la plupart, en fait), ou le contenu de nos échanges à l'accueil (match de foot, loisirs, ...). Globalement, l'idée est de me fondre dans l'équipe et d'adopter ses codes pour désacraliser la fonction de psychiatre/ addictologue. Cela suppose d'être malléable, c'est indispensable ; je pense que pour ce public, les codes habituels ne marchent pas. En général, le planning n'est pas pré-établi, les consultations se décident le plus souvent sur le moment, à la demande de l'utilisateur. Ma présence à l'accueil autour d'un café, juste à côté d'eux leur permet de me repérer, mais aussi de casser la barrière thérapeutique habituelle.

Je n'assume pas de prescription de traitements aux opiacés au CAARUD afin de ne pas engorger les consultations, mais aussi pour maintenir l'atypicité de cette relation, différente de celle d'un CSAPA. Je peux en revanche être amené à prescrire des antidépresseurs ou des neuroleptiques, le plus souvent à visée symptomatique (anti-impulsive).

La relation thérapeutique est-elle différente ?

La promiscuité va dans les deux sens ; au CAARUD la souplesse du cadre me dérange moins qu'au SMPR, les personnes sont plus à l'aise pour se confier, ça désacralise la posture du psychiatre. L'abstention de prescription de TSO permet de modifier les enjeux de la consultation, par ailleurs je ne suis pas le psychiatre référent des usagers.

Ce travail au CAARUD a-t-il eu des impacts sur votre posture professionnelle en général ?

Cela a eu un impact sur ma manière de poser le cadre thérapeutique au SMPR, je pense envisager davantage l'aspect « Réduction des Risques » lorsqu'il s'agit de prescrire ou non certains traitements. Certains enjeux sont assez spécifiques à la détention : risque d'overdose à la sortie en cas de perte de la tolérance aux opiacés, alimentation du marché noir, risque de contamination. J'ai d'ailleurs mis en place, en partenariat avec l'association La Case, une fois par mois, des réunions d'informations de RdR pour les détenus au sein du SMPR. »

**Dr Alexandre REMUS, CAARUD La Case,
05 56 92 51 89, aremus@ch-perrens.fr**

Focus contexte

L'anonymat

L'Article L3121-5 du Code de Santé Publique⁷ (CSP) précise que « Les personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite. » Pour affiner la compréhension, le décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de RDR complète l'article, en précisant : « les consommateurs sont accueillis de façon à permettre leur anonymat. Les échanges avec les intervenants sont confidentiels. Toute information individuelle écrite ou support informatique recueilli dans ce cadre doit être conservé dans les conditions matérielles qui garantissent la confidentialité des informations, en conformité avec la loi. ». L'anonymat en CAARUD est un droit fondamental qui concerne de manière prioritaire l'accueil et l'accès des usagers au CAARUD.

Les CAARUD mettent en place un protocole d'identification de l'utilisateur par un pseudonyme, un chiffre, un code, ou des initiales. La question du droit à l'anonymat se pose de manière plus accrue lorsque s'engage un accompagnement social (numéro de sécurité sociale, identité) et/ou médical (prescription), notamment en lien avec un partenaire extérieur. Cela suppose la mise en place d'un autre protocole de protection des données, partagées seulement par l'utilisateur et les professionnels qu'il a choisis.

L'ensemble des informations personnelles recueillies en CAARUD relève du secret professionnel, et les questions de consommation de produits stupéfiants sont protégées par le secret médical, lorsqu'il s'agit de prescriptions ou d'informations révélées à un médecin. La seule limite pour tous les intervenants est la commission rogatoire, qui pourra les contraindre à divulguer certaines informations sur les personnes. Les questions qui relèvent d'une réflexion d'équipe concernent plus la pertinence et la nature des éléments à demander aux usagers du CAARUD :

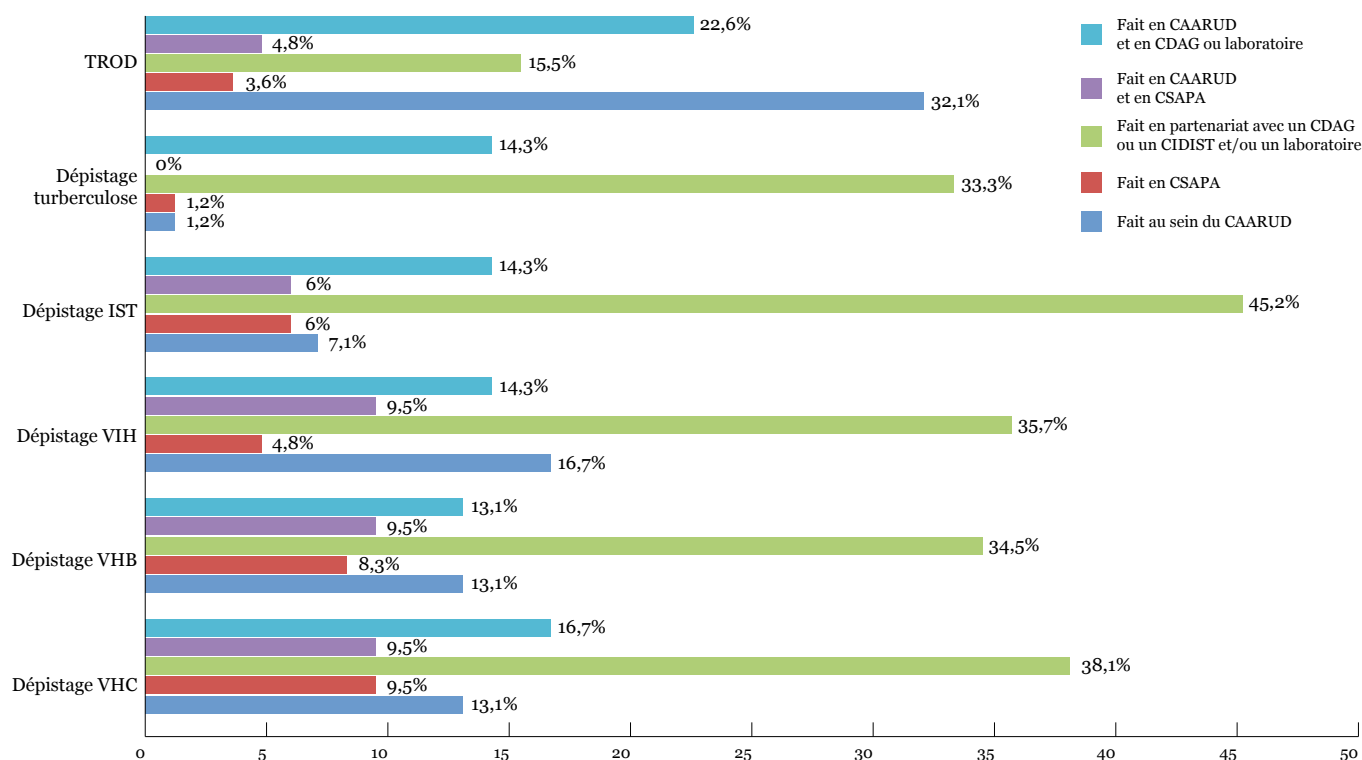
- Quel type d'informations est-il pertinent de recueillir dans telle ou telle situation (pour un dépistage, pour une orientation en CHRS) ?
- À quel moment les demander à l'utilisateur ?
- Comment garantir la confidentialité des informations recueillies ?

Deux principes paraissent bien fonctionner sur ces questions :

- Le premier est la protocolisation complète des informations du côté institutionnel, c'est à dire que rien n'est partagé en interne même en réunion d'équipe sans que l'utilisateur n'ait autorisé l'intervenant qui reçoit l'information à la transmettre. Si les protocoles peuvent être vécus comme contraignants par l'équipe, ils offrent un cadre nécessaire et sécurisé pour l'utilisateur qui peut partager les informations « en toute confiance ».
- La seconde est l'adoption par toute l'équipe du principe de **ne rien dire à priori sur l'utilisateur aux personnels extérieurs**. Les informations partagées le seront s'il s'agit d'une nécessité seulement, et uniquement avec l'accord de l'utilisateur.

⁷L'article a été modifié par l'ordonnance n°2010-462 du 6/05/10, l'extrait est issu du texte revu.

L'incitation au dépistage des infections transmissibles :



Actions de dépistage et lieux de réalisation. Graphique 14

Les CAARUD adoptent la même procédure pour les trois affections virales (VHC VHB VIH), qu'il s'agisse de travailler le dépistage avec un CSAPA (rare), de le faire sur place (37% pour le VHB, 38% pour le VHC, 45% pour VIH), ou, comme pour 35% des répondants, en partenariat avec un Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit/Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles et/ou un laboratoire. Le dépistage de la tuberculose est peu pratiqué ; un CAARUD a déclaré le faire hors partenariat et un autre le fait en CSAPA. Le dépistage des IST se fait assez peu hors partenariat, près de la moitié (45%) des CAARUD le font en partenariat avec un CIDDIST, un CDAG et/ou un laboratoire.

Les dépistages par TROD

Le graphique 14 ci-dessus montre que les TROD permettent un dépistage du VIH de manière autonome, **c'est la seule action qui soit menée principalement au sein du CAARUD.**

Les structures qui ne les réalisent pas ne font pas non plus le dépistage par prélèvement en leur sein ; elles font très majoritairement appel à un centre de dépistage extérieur.

Les centres qui pratiquent le TROD témoignent de la qualité et de l'efficacité de l'outil malgré de rares problèmes de dates de péremption trop courtes des matériaux.

Pour ceux qui le proposent, ils y trouvent des avantages nombreux :

- Le TROD peut être pratiqué par tout intervenant volontaire et formé ce qui rend le dépistage très accessible.
- Il permet ou accentue la transdisciplinarité dans les centres (pas de compétences techniques particulières, outil non spécifique au domaine médical).
- Il « *dédramatise* » le dépistage en donnant les résultats immédiatement ou quasi-immédiatement, évitant l'attente anxieuse, et rend l'abord médical moins formel et donc moins « *impressionnant* » et évite aux personnes « *d'oublier* » d'aller chercher les résultats.
- Il permet un dépistage plus fréquent que par prise de sang.
- Il évite également l'aspect invasif de la prise de sang par seringue avec laquelle tous les usagers ne sont pas à l'aise.
- Il peut être utilisé en équipe mobile, un CAARUD dit l'utiliser en squat.

Le TROD n'est pas proposé systématiquement. Il l'est lorsqu'il apparaît que la personne n'a pas connaissance de sa sérologie, et/ou si elle présente (ou a présenté par le passé) des pratiques particulièrement à risque (partage de seringues...). Ceux qui ne proposent pas le TROD VIH disent manquer de formation et/ou ne pas avoir reçu l'agrément par l'ARS pour le TROD VHC ; le dépistage du VHC supposant donc de toute façon de faire une prise de sang, ils proposent le dépistage VIH dans le même cadre.

Focus pratique

L'autoprélèvement et le prélèvement coopératif, Atypik, Lens

Face à la difficulté à prélever chez des personnes ayant un système veineux trop abîmé, certains soignants s'appuient déjà sur les compétences des usagers. Ces derniers peuvent être invités à participer à l'acte, que ce soit par un guidage dans la recherche de la veine ou l'introduction de l'aiguille par l'utilisateur lui-même. Ces initiatives sont souvent individuelles et officieuses.

L'autoprélèvement est très peu proposé, principalement pour deux raisons :

- suivant les intervenants qui pratiquent le dépistage, l'autoprélèvement peut occasionner des gênes : personnel infirmier plus ou moins à l'aise avec l'idée, manque d'expérience, pas de certitude d'avoir « le droit »...
- le dépistage se fait en lien avec des CDAG, où l'autorisation du co-prélèvement est rare.

Pourtant, la plupart des CAARUD trouvent cette idée intéressante, certains n'y ayant jamais pensé jusqu'alors. Le prélèvement coopératif est une démarche visant à faciliter l'accès aux bilans sanguins notamment auprès des personnes injectrices ou ex injectrices.

Partant de ces constats, **le CAARUD Atypik, associé aux autres CAARUD de la région Nord-Pas-de-Calais, s'est donné comme objectif de promouvoir le prélèvement coopératif auprès des professionnels de santé.**

Cette démarche, soutenue par l'Agence Régionale de Santé, est inscrite au Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale 2012-2016. Il s'inspire du travail mené à Toulouse par l'association Aides et la Case de Santé. Le prélèvement coopératif vise à associer les compétences techniques de l'infirmier et l'expertise de l'utilisateur. De la recherche de la veine à prélever, en passant par le choix de l'aiguille jusqu'à la personne qui introduira l'aiguille (le soignant ou l'utilisateur), chaque modalité est négociée par les deux acteurs.

Afin de sécuriser les professionnels qui le pratiquent, ainsi que leur hiérarchie, les infirmiers des CAARUD ont élaboré un protocole soignant encadrant cette technique.

Les principaux bénéfices constatés :

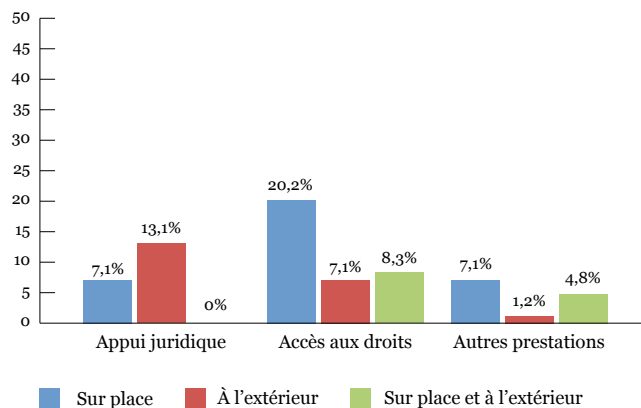
- des recours aux bilans sanguins plus réguliers (moins d'appréhension de la part de l'utilisateur comme du soignant) et par conséquent un meilleur suivi sanitaire,
- des échanges et des conseils plus nombreux autour des pratiques d'injection et des risques associés (hygiène, introduction de l'aiguille...),
- une valorisation de l'utilisateur, de sa parole et de son expertise.

Vincent CROIZE
 Coordinateur, CAARUD Atypik
 Centre Hospitalier de Lens

Pour obtenir le protocole soignant validé par le Centre Hospitalier de Lens : caarud.atypik@gmail.com ou rendez-vous sur www.federationaddiction.fr.

Mission 3

Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle⁸



Pourcentage des répondants menant des actions liées aux droits. Graphique 15

La majorité des CAARUD travaillent en partenariat avec les acteurs du secteur social (cf. graphique 9 page 7), dont les acteurs de l'insertion et de l'urgence.

Cela s'explique par les situations sociales des personnes accueillies, **55%** des CAARUD rencontrent « très souvent » des publics **en situation de grande précarité**, et **57%** rencontrent « très souvent » des publics **en situation de très grande précarité**.

Du partenariat dans la pratique...

L'accès aux droits est une part importante du travail des CAARUD qu'un quart assurent en interne et 15% chez des partenaires. Ces partenariats avec le champ social sont nécessaires. Ils peuvent localement être compliqués par les relations interpersonnelles et l'histoire d'implantation du CAARUD. L'accueil des personnes orientées vers les dispositifs d'accès aux droits en est alors perturbé.

Au-delà des situations particulières, plusieurs constats s'imposent :

- les intervenants du secteur Accueil Hébergement Insertion (AHI) sont en demande d'aide pour gérer les situations de reconsumptions et leurs conséquences, auxquelles ils sont confrontés malgré les règlements intérieurs stricts sur les consommations et l'accueil des chiens parfois mis en place.

- Les professionnels des CAARUD sont intéressés pour expliquer l'intérêt de gérer la consommation plutôt que d'en faire un motif de sanction. Cela suppose :
 - d'illustrer ces échanges à partir de ce qui se fait déjà (CHRS alcool, expériences étrangères...) et de ce qui pourrait se faire (espace de consommations à moindre risque pour l'alcool notamment...);
 - d'avoir des éléments de langage commun et un argumentaire qui ne stigmatise pas les personnes;
 - de valoriser les bénéfices : évitement des surconsommations avant l'entrée dans la structure et évitement des tensions inutiles résultant d'une focalisation sur ces consommations, tant pour les personnes accueillies que pour les professionnels, notamment dans les dispositifs d'hébergement;
 - de proposer aux partenaires les plus avancés de permettre aux personnes de parler de leurs consommations, et donc d'adapter au mieux la réponse au besoin (adaptation du cadre de travail en IAE, faire le lien entre problèmes sociaux et consommations d'alcool, adapter les règles de fonctionnement, responsabiliser les personnes sans « dramatiser » les prises de risque, de manière à ne pas pousser la personne à les dissimuler).
- Il peut être intéressant d'instaurer des échanges réguliers, pour se faire identifier comme « collègue », partager ses pratiques et dédramatiser le travail mené en CAARUD, sur des thématiques (addictions, produits stupéfiants) qui peuvent générer des représentations et des craintes.
- des projets communs ont pu être élaborés sur quelques régions, associant au-delà des consultations avancées ou des permanences, les compétences sur les problématiques d'addiction à celles du secteur AHI : mise à disposition de matériel de rdr en accueil de jour sur Pau, groupe de parole commun en Nord-Pas-de-Calais.

Donner à voir ce qui est fait permet aussi de mieux trouver les points communs et les ressources supplémentaires/complémentaires que le partenariat pourra faire gagner aux deux parties. Cela aide à une meilleure articulation autour de la demande/du besoin de la personne.

⁸ La Fédération Addiction et la Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale ont travaillé en commun sur l'articulation et les partenariats entre les secteurs social et spécialisé en addictologie. Un guide intitulé « Addictions et lutte contre les exclusions : travailler ensemble » est issu de cette réflexion entre les adhérents de ces associations nationales. Le guide est disponible sur le site internet de la Fédération Addiction : www.federationaddiction.fr

... Au CAARUD médiateur

Le CAARUD est repéré comme acteur de première ligne, en mesure de régler une grande partie des problématiques de consommations au sein des dispositifs d'AHI. Les intervenants sont sollicités pour des problématiques liées à des consommations, et parfois même quand il s'agit de problématiques d'un autre ordre (psychiatriques notamment). Ponctuellement, il existe un risque de stigmatisation, en CHRS notamment, des usagers connus des intervenants du CAARUD, avec à quelques occasions des amalgames, ou des exclusions lors d'un doute (capuchon de seringue retrouvé dans les locaux par exemple).

Focus pratique

Accès aux droits, un protocole adapté avec la CPAM, PSA PACA

Dans le cadre des missions des CSAPA et CAARUD, le Groupe SOS géré par l'association Prévention et soin des addictions (PSA) participe activement à différentes actions afin de réduire les inégalités de santé et de recours aux soins. C'est à ce titre que le projet ASSAB (Accès au soin des sans-abris) a permis de formaliser une convention entre la CPAM et les structures d'accueil dont celles de PSA.

Cette convention a pour but de faciliter l'accès aux droits pour les plus démunis auprès d'un guichet spécifique et de proposer des formations sur les différentes couvertures maladie aux équipes. Une attention particulière a été portée sur les modalités de complétude des dossiers face aux nouvelles exigences administratives, notamment par rapport aux déclarations de ressources. Une veille est également organisée par la CPAM sur les problématiques rencontrées lors de l'ouverture des droits, afin d'engager des actions d'amélioration.

Cette action a permis de gagner en réactivité sur l'ouverture des droits à la CMU et à l'AME pour les bénéficiaires de nos établissements.

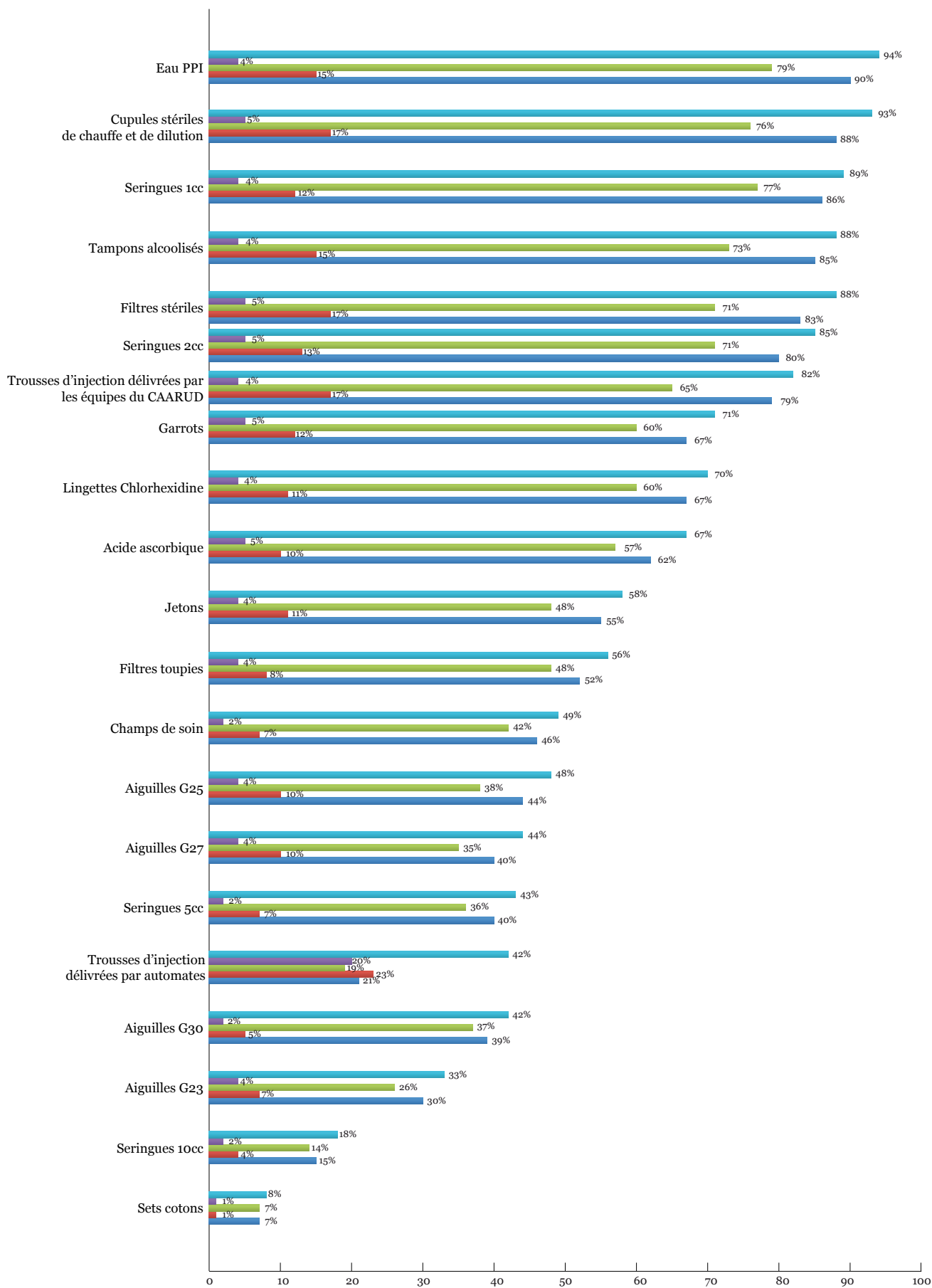
Depuis février 2014, les équipes habilitées par cette convention peuvent se rendre une fois par semaine pour déposer les dossiers complets.

Le partenariat prévoit également que le traitement de ces derniers soit réalisé en 48h par un *salarié référent* de la CPAM ; avant la convention, le délai de traitement était d'un mois environ. La désignation d'un salarié référent permet de pérenniser le lien et offre une continuité dans les échanges liés à l'ouverture des droits entre la structure et la CPAM, profitant *de facto* aux bénéficiaires.

**PSA PACA, 35, rue Villeneuve - 13001
Marseille Tél. : 04 91 62 84 80**

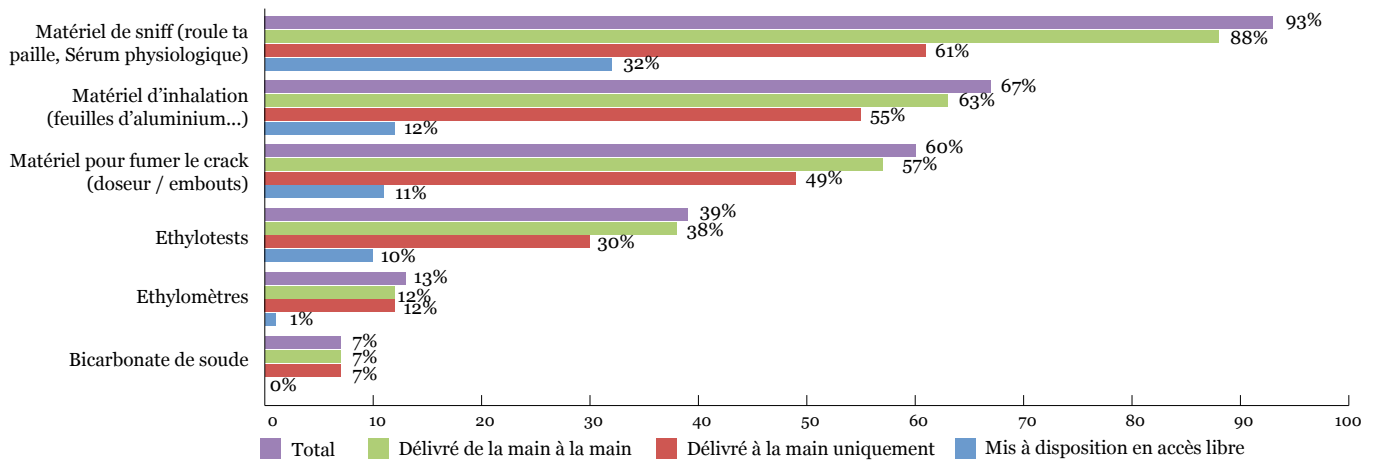
Mission 4 La mise à disposition de matériel de prévention des infections

Quel matériel est délivré en CAARUD ?

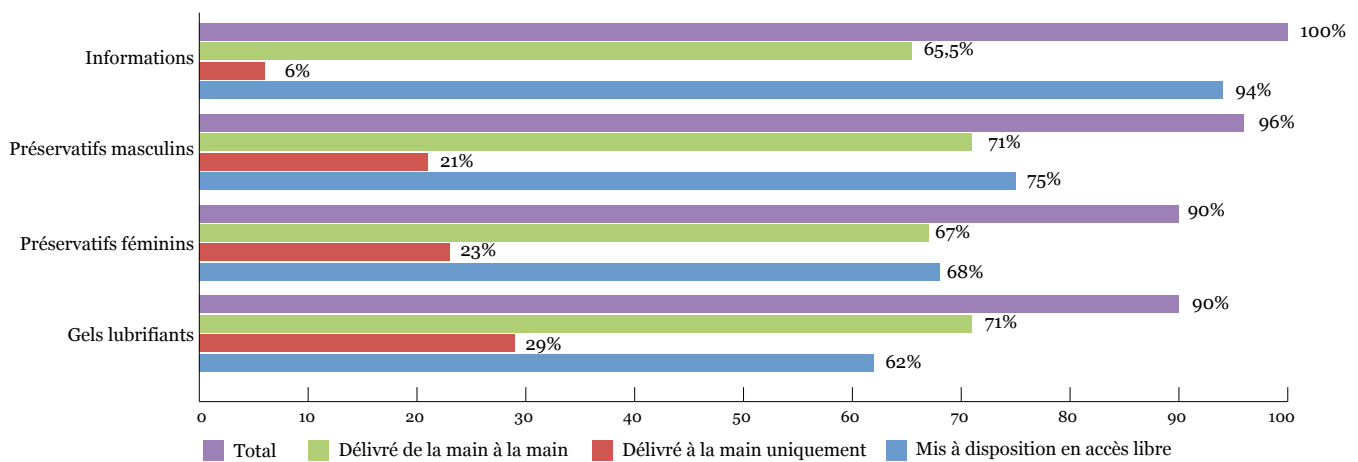


Matériel lié à la consommation par injection.
Graphique 16

■ Total
 ■ Délivré de la main uniquement
 ■ Mis à disposition en accès libre uniquement
 ■ Délivré de la main à la main
 ■ Mis à disposition en accès libre



Autres matériels de consommation. Graphique 16 bis



Matériel de réduction des risques sexuels et informations. Graphique 16 ter

Ces graphiques combinent l'ensemble des réponses à la question à choix multiples : « Comment est délivré le matériel dans le CAARUD ? ». Les répondants ont pu cocher plusieurs réponses pour chaque type de matériel, un même CAARUD peut donc mettre à disposition en accès libre et délivré de la main à la main des informations de RDR.

L'intégralité des répondants met à disposition du matériel d'information et de réduction des risques liés à l'injection, dont 34,5% en libre-service **uniquement**.

En dehors du matériel d'information et de réduction des risques sexuels, on constate la faible proportion de dispositifs mettant le matériel en libre-service :

- le matériel de RDR liés à l'injection distribué par le plus grand nombre de CAARUD est l'eau PPI (90,5 %) et le moins distribué est le bicarbonate de soude ;
- les seringues 1cc et les cupules sont distribuées par la quasi-totalité des CAARUD, très largement délivrées de la main à la main ;
- les seringues 10 cc sont assez peu mises à disposition. Il en va de même pour les aiguilles G27 et G30.

Deux faits sont à noter :

- le matériel distribué est relativement disparate : une typologie du matériel pourrait être élaborée, comme l'envisage le bureau « Addictions et autres déterminants comportementaux de la santé » de la Direction Générale de la Santé, pour encourager la distribution d'un matériel essentiel à la réduction des risques, type seringues 1cc et filtres stériles ;
- la grande majorité du matériel est délivrée de la main à la main. Ce qui est expliqué par la nécessité d'accompagner la délivrance d'un message de réduction des risques (lorsque l'utilisateur prend le temps), le matériel servant de support à la discussion autour des pratiques de consommation. Il paraît néanmoins intéressant pour les CAARUD d'équilibrer cette délivrance par une mise en disposition en libre service pour les personnes n'ayant pas le souhait d'engager un échange.

Les délivrances sont l'occasion d'une démonstration de l'utilisation du matériel, même rapide. L'accompagnement « pratique » en entretien individuel peut être plus poussé ; spontané ou prévu à l'avance, il se décline surtout voire exclusivement autour de l'injection.

Dans plusieurs CAARUD, l'accompagnement individuel va jusqu'à la démonstration par la personne de ces gestes de consommations (kit, utilisation d'un filtre à membrane, pose de garrot, inclinaison de la seringue...). Dans d'autres, la démonstration n'est faite que par l'intervenant, à l'exception d'usagers dans des prises de risques avancées ou plus aiguës (abcès à répétition, poussières, points d'injection particulièrement sensibles par exemple).

Globalement, le matériel d'injection est celui qui est le plus largement disponible, après le matériel sexuel et avant les autres modes d'usage, sniff notamment. Lorsqu'ils parlent des programmes d'échanges de matériel en pharmacie, les intervenants évoquent spontanément et souvent exclusivement les seringues, les kits et les outils de filtrage.

Sur les unités mobiles :

L'unité mobile est souvent un lieu de délivrance du matériel, en « Outreach ». Le matériel, souvent détenu en petite quantité par les maraudes, est délivré de la main à la main, soit sur demande, soit sur proposition de l'intervenant.

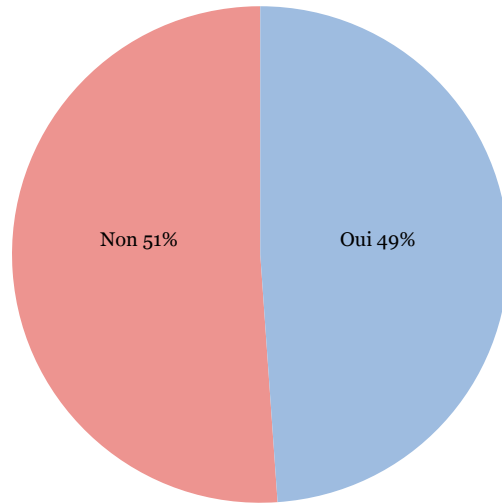
Le préservatif :

Le préservatif est un bon outil pour entamer une discussion sur les outils de consommation. Le préservatif féminin est par ailleurs peu distribué et peu demandé, sans que l'on sache si c'est parce qu'il est peu demandé qu'il est peu délivré, ou parce qu'il est peu délivré qu'il est peu demandé.

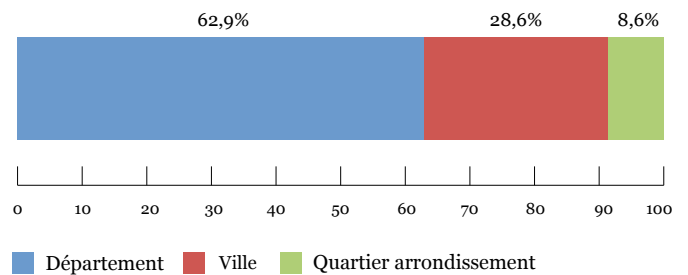
Les lieux :

Les CAARUD ont quasiment tous une pièce dédiée au matériel et à sa délivrance, pas forcément très grande, avec ou sans mobilier, et presque toujours avec une porte pour créer un climat de confidentialité. Certains CAARUD ont du matériel à plusieurs endroits, dans les bureaux, en salle dédiée, et des kits à l'accueil.

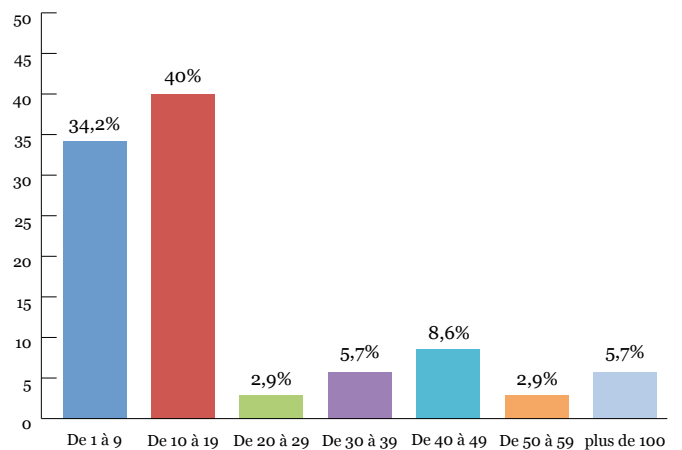
Les programmes d'échanges de seringues en pharmacie d'officine



PES en pharmacie. Graphique 17



Échelle géographique des PES. Graphique 17 bis



Nombre de pharmacies engagées. Graphique 17 ter

Le recensement du RESPADD sur « Pharmaciens et addictions »⁹ montre qu'il existait en France 49 programmes d'échanges de seringues en pharmacies ; presque tous portés par un CAARUD, la plupart s'accompagnent d'informations sur la réduction des risques, sur l'offre en RDR sur le territoire, et délivrent des Kit+.

La moitié des PES en pharmacies s'étendent à l'échelle du département et concernent entre 1 et 20 pharmacies, près d'un quart entre 10 et 15 officines, d'autres ont une envergure régionale, comme c'est le cas de celui de l'Union régionale Midi-Pyrénées de la Fédération Addiction.

15 des 39 CAARUD ayant un PES en pharmacies sont situés en milieu rural et le font à l'échelle du département, 4 d'entre eux gèrent plus de 20 points PES en pharmacie.

La formation des professionnels au regard de la distribution de matériel

Les intervenants des CAARUD délivrent presque tous du matériel de consommation, et tous ceux qui délivrent sont formés à son utilisation. La formation est déterminante pour le choix des modalités de délivrance, car la délivrance de la main à la main suppose d'être en mesure d'en expliquer l'utilisation. La formation est également déterminante dans le choix du matériel délivré, toujours pour être à même d'expliquer son usage. Par contre, pour la nature du matériel, un certain nombre de CAARUD demandent aux usagers comment ils utilisent le matériel pour mettre à jour leur propre connaissance, pour repérer les difficultés et pouvoir interroger leurs partenaires ou leur fournisseur.

Les CAARUD sont également vecteurs de formation sur l'utilisation du matériel chez les partenaires, et notamment pour ceux du soin (CSAPA, ELSA, etc.).

Ces accompagnements pratiques en individuel semblent être difficiles à systématiser car les usagers n'ont pas tous le même rapport aux pratiques, n'ont pas tous une aisance ou une envie de les aborder, et la plupart des intervenants préfèrent garder de la souplesse.

Les délivrances ne s'accompagnent pas systématiquement d'un message de RDR pour les usagers qui viennent souvent, ou pour les personnes ne souhaitant pas entamer une discussion (publics insérés et publics étrangers notamment).

Choisir le matériel

Une large part des CAARUD choisit le matériel en lien avec les besoins du public et/ou en se tenant informé des innovations.

Certains testent (petites quantités de matériel, périodes d'essais) régulièrement de nouveaux outils repérés dans l'actualité pour voir si les usagers s'en emparent, s'ils font émerger une demande, s'ils sont efficaces.

D'autres reçoivent des conseils d'usagers sur les outils à mettre à disposition suivant ce qu'ils peuvent constater comme pratique d'usage dans leurs cercles sociaux.

Une petite partie des CAARUD ont choisi le matériel délivré au début et ne le renouvelle que peu. Certains plus rares mettent à disposition tous les types de matériel possibles.

Le vrac ou le kit

Les usagers prennent plutôt des kits dans un souci de discrétion ; mais les intervenants qui délivrent des kits et du matériel en vrac disent proposer du vrac plus systématiquement car :

- Le choix du « petit matériel » permet d'aborder les pratiques d'usage de manière plus approfondie (rappel du changement de cupules, montage du filtre, pratiques à éviter...).
- Le kit est incomplet (manque de filtre à membrane, de champs propres).¹⁰

⁹ Sur l'année 2014, le Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD) a réalisé avec le soutien de la DGS un projet national sur « Pharmacien et addictions », voir p.10. Ce projet a permis un état des lieux national des PES en pharmacies, ainsi qu'un guide à l'usage des pharmaciens d'officines. En savoir plus : www.respadd.org

¹⁰ Un nouveau kit, le « kit expert » est disponible. Pour plus d'informations rendez-vous sur www.safe.asso.fr

Focus contexte

Les usagers relais

Les usagers peuvent avoir tendance à mutualiser l'approvisionnement en matériel pour en donner aux publics qui « n'osent pas venir », et / ou avec lesquels ils consomment. Plusieurs CAARUD particulièrement en milieu rural font mention d'usagers relais remplissant ce rôle : *« un usager qui vient sur le camion et qui me dit je prends du matériel pour un copain, il ose pas venir, il est père de famille, il veut pas que ça se sache... »* « On a des usagers qui prennent énormément de matériel et qui le délivrent chez eux, ça crée de l'anonymat pour leurs amis qui passent à leur domicile pour prendre du matériel, ou pour consommer... ».

Ces pratiques ne sont pas formalisées et restent informelles afin de ne pas transformer le domicile de la personne en antenne du CAARUD et garder l'aspect social de cette délivrance (ne pas générer la venue d'étrangers au domicile de la personne).

Mais elles sont soutenues, à défaut de la venue de la personne elle-même, et font sur 2 structures l'objet d'une formation informelle de l'usager relais (*« on lui explique ce qu'il faut dire, on lui donne du matériel », « on lui propose une petite formation, pour qu'il sache quoi dire en donnant le matériel »*). Cela permet de diffuser le matériel au-delà de l'activité du CAARUD et d'aller-vers les publics non atteints (un peu comme avec le PES via les automates ou les pharmacies, mais avec les messages et l'aide d'un autre usager.).

Focus contexte

Les matériels spécifiques

La pipe à crack

Les CAARUD qui mettent à disposition la pipe à crack voient en général sa demande croître, mais de manière faible (pas de découverte massive). Sa mise à disposition met à jour les consommations de crack / de cocaïne basée chez les usagers et fait parfois venir de nouvelles personnes.

Plusieurs CAARUD témoignent aussi de l'utilité de cet outil pour :

- aborder les pratiques de basage de la cocaïne (plutôt bicarbonate qu'ammoniaque, cupule stérile) ;
- proposer des alternatives aux injecteurs de cocaïne et partager notamment les expériences des « baseurs » et des injecteurs lors des échanges pratiques (3 mentions).

La seringue de couleur

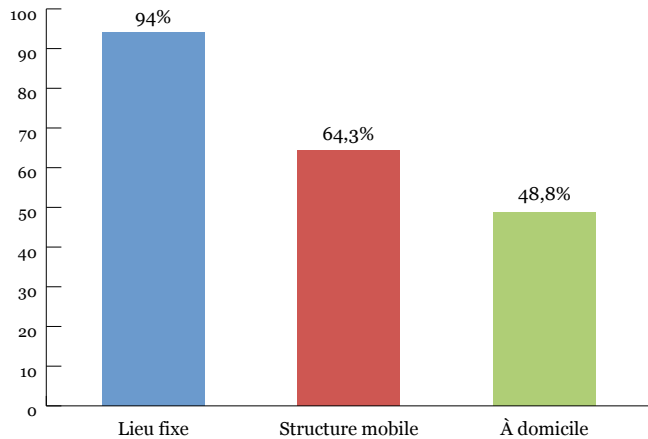
La seringue de couleur est bien utilisée par les usagers. Son aiguille fine paraît plus être la cause de son succès que le fonctionnement par couleur (« à chaque usager sa couleur »). Les entretiens sur site témoignent que cette différenciation par couleur n'est pas perçue de manière homogène : utile pour certains intervenants lors des consommations en groupe, d'autres estiment qu'elle génère une interprétation contradictoire du message de réduction des risques : une seringue par injection / une seringue par usager.

Le champ propre

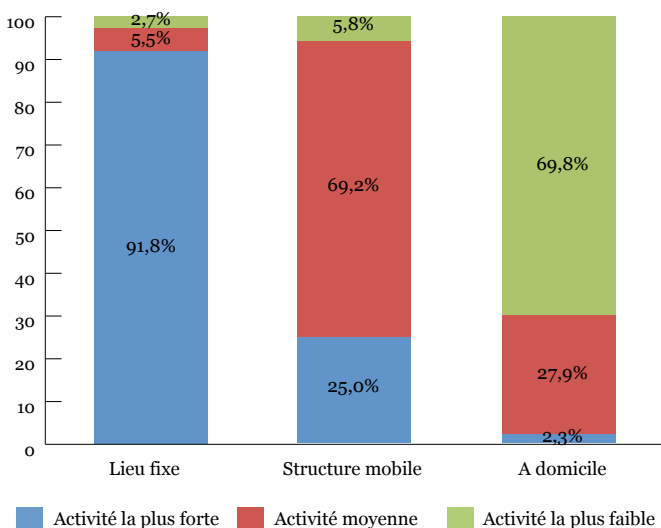
Les CAARUD qui délivrent des champs propres leur trouvent une utilité particulière en équipe mobile (dans les squats, scènes ouvertes, en rue) et deux CAARUD y voient même une manière de s'approcher de la création d'un « mini » espace de consommation à moindre risque *in situ*.

Mission 5

L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers



Modalités d'accueil proposées. Graphique 18



Hierarchisation de l'activité selon le lieu d'intervention. Graphique 18 bis

Pour un quart des CAARUD, la majorité de l'activité de RDR se fait en structure mobile, dans quatre objectifs :

- pallier un manque de structure et/ou de ressources en réduction des risques sur un territoire
- aller au-devant des personnes qui ne viennent pas dans les structures existantes :
 - Soit des personnes en grande précarité (c'est le rôle dédié à la maraude) ;
 - Soit des personnes insérées qui craignent la stigmatisation¹¹ ;
 - Soit des personnes qui n'ont pas connaissance ou n'ont pas la possibilité d'accéder au CAARUD.

- apporter et/ou récupérer du matériel et déployer des outils directement sur les lieux de consommation
- affiner la connaissance du contexte de consommation pour y adapter les messages de réduction des risques.

En termes d'accès au matériel, un des atouts majeurs de l'unité mobile est sa souplesse horaire et géographique, au regard des permanences chez les partenaires. La permanence chez les partenaires offre par contre une sensibilisation plus approfondie, qui va au-delà de la présence ou non d'intervenant (dépôt de matériel, pédagogie sociale).

L'activité du centre « hors les murs »

65 % des CAARUD déclarent une structure mobile, identifiée à un dispositif (bus, camion, voiture) tandis que l'équipe mobile est identifiée plutôt à la maraude à pied. Une moitié environ des CAARUD visités assure l'activité mobile par toute l'équipe (hors médecin), de manière tournante. La plupart ont une activité mobile le soir, après la fermeture du lieu fixe.

Les enjeux de ces interventions en extérieur sont multiples :

- pour certains le manque de passage sur les bus en milieu urbain interroge l'identification de la structure, et l'efficacité des outils déployés ;
- pour d'autres, la multiplication des intervenants (SAMU social, CHRS, la Croix Rouge, autres CAARUD par exemple) pose la question de la coordination entre partenaires ;
- la médiation avec les riverains peut restreindre l'action ; les équipes n'allant pas dans certains quartiers ou certaines petites agglomérations hors des interventions à domicile, de crainte de stigmatiser les personnes ou de ne pas rencontrer de publics pour cette raison.

Les lieux de l'intervention sont choisis sur des bases peu formalisées, elles visent à suivre les mouvements des usagers sur le territoire ; les maraudes sont donc souvent impactées par la zone d'implantation géographique mais également par l'urbanisme et la gestion de la sécurité publique.

¹¹Voir partie sur les personnes insérées en page 24.

Prendre contact avec les publics mobiles

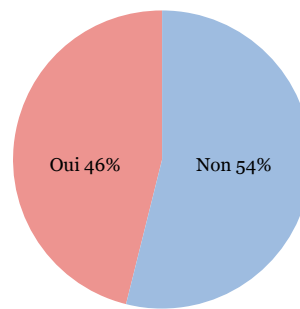
La population de consommateurs concernée (potentiellement ou effectivement) par les actions de réduction des risques est une population souvent mobile ; les lieux de résidence changent assez régulièrement et restent souvent peu visibles du fait de la clandestinité des pratiques. Les professionnels sont amenés à changer de zones d'intervention en fonction des mouvements de cette population. Pour savoir où aller, ils utilisent plusieurs leviers :

- interroger les usagers de leur lieu fixe sur les lieux de vie collectifs ;
- sensibiliser les partenaires de la lutte contre l'exclusion pour le repérage des besoins ;
- présenter le CAARUD et ses modalités d'intervention aux partenaires du droit commun (services de la voirie, agents des transports en communs pour les grosses agglomérations, préfecture, festivaliers...).

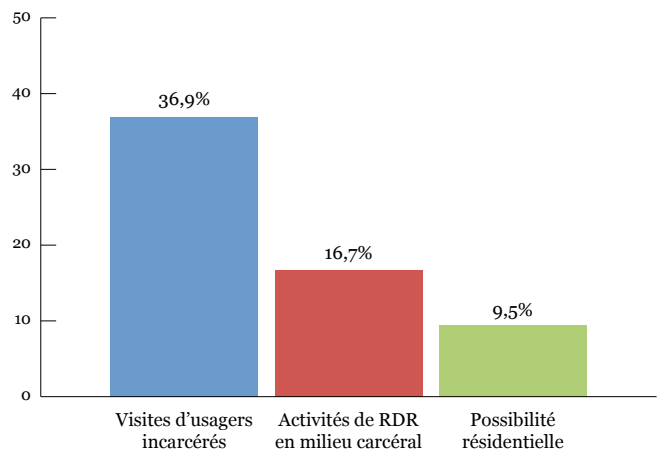
Ces présentations peuvent parfois déboucher sur des partenariats à plus long cours, permettant des interventions régulières sur les lieux que fréquentent les consommateurs. Ainsi se sont développées à plusieurs endroits des maraudes communes avec des associations de lutte contre l'exclusion, mais également des actions de formation des agents de la voirie à la récupération du matériel souillé, de sensibilisation des partenaires pour diffuser le message de réduction des risques, des interventions régulières sur les lieux de consommations (squatt, milieu festif, etc.).

Les personnes rencontrées en maraude notamment n'ont souvent pas de demandes, mais les intervenants peuvent repérer des pratiques à risque. Pour aborder ces pratiques avec les personnes, dans un contexte qui peut générer des représentations et un rejet de l'intervention, la question de la posture de l'intervenant paraît cruciale.

Publics incarcérés



Activités pour les personnes incarcérées. Graphique 19.



Forme des activités en milieu carcéral. Graphique 19 bis. N=37

La RDR en milieu carcéral a deux facettes : soit elle a été refusée par la direction de l'établissement pénitentiaire suite à proposition des intervenants, soit elle se fait mais ne porte pas son nom.

Les intervenants font aussi passer des messages aux usagers qui étaient préalablement suivis au CAARUD lors de visites aux parloirs (une pratique exercée par 37% des CAARUD). Les intervenants trouvent alors des stratégies de contournement du tabou, car l'utilisateur dira moins facilement qu'à l'extérieur ce qu'il consomme. Un CAARUD mène des interventions collectives sur les représentations qu'ont les personnes incarcérées à propos des consommations d'alcool, de cannabis, d'opiacés (jeu « Info-Intox » de classement d'idées reçues entre vérifiées et erronées). Elles sont présentées comme des actions de prévention pour le milieu carcéral, et ne sont pas menées exclusivement en prison mais transposables dans le cadre de la formation des partenaires, d'actions en CHRS...

Enfin, les consommations en milieu fermé sont particulières : elles seraient plus « risquées » car clandestines (coupes différentes, alambic artisanal, coût financier plus important) et semblent moins visibles qu'à l'extérieur. Un CAARUD note que les capacités physiques, que la baisse de la consommation du fait du passage en milieu fermé permet de retrouver, constituent un levier important pour mettre en place des stratégies de gestion de la consommation à la sortie.

Publics insérés

Les missions du CAARUD ne sont pas exclusivement dédiées aux publics précaires. La consommation de produits stupéfiants concerne aussi des personnes en situation d'insertion sociale bonne à très bonne, et leurs consommations nécessiteront également des mesures de RdR.

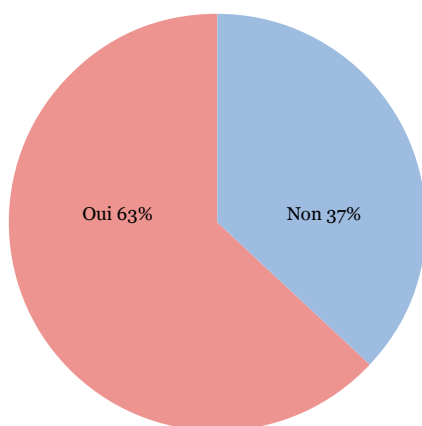
En mobilité plus qu'en lieu fixe

Les actions mobiles des CAARUD semblent pouvoir les concerner plus spécifiquement que l'intervention en lieu fixe, les publics insérés ne venant que très peu par crainte d'être stigmatisés. Les CAARUD rencontrés font tous la même hypothèse : les publics insérés et les publics précarisés ne se mélangent pas ou peu à l'accueil du CAARUD, lieu souvent fréquenté par des publics marginalisés. Le développement d'actions dédiées aux publics insérés en lieu fixe risque donc soit de ne pas fonctionner, soit d'exclure les publics qui fréquentent actuellement l'accueil.

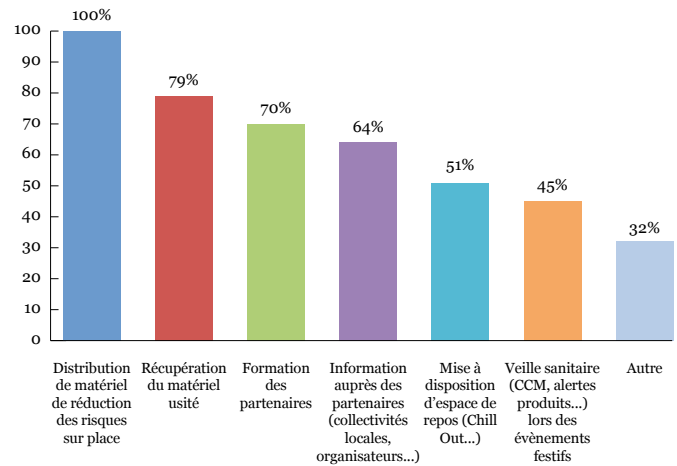
Droit commun et pédagogie sociale

L'unité mobile tient un rôle important pour ces publics, en intervenant auprès de partenaires comme les acteurs du monde du travail, les pharmaciens ou les médecins libéraux. Ces interventions ont une forme particulière du fait du risque de stigmatisation qu'induit l'étiquette « drogues » du CAARUD, accru dans ces contextes de droit commun où l'anonymat n'est pas toujours la règle (la pharmacie est fréquentée par les voisins, l'employeur reçoit l'avis du médecin du travail, le médecin généraliste connaît la famille, etc.). L'intervention auprès des publics insérés rejoint la question de la pédagogie sociale, enjeu majeur de la mission de médiation du CAARUD.

Milieu festif



Intervention en milieu festif. Graphique 20.



Modalités d'intervention en milieu festif. Graphique 20 bis. N=53

Parmi les mentions « autres modalités », on note une relative prégnance des dépistages rapides (trois CAARUD l'assurent *in situ*) et de l'autosupport, puisque trois CAARUD assurent une formation aux participants aux fêtes et deux CAARUD travaillent avec des usagers relais pour que la réduction des risques se diffuse là où les intervenants ne peuvent pas aller (soirées aux mêmes dates, soirées privées...).

L'intervention en milieu festif est une partie importante de l'activité des CAARUD qui l'assurent, elle revient souvent dans les modalités d'action décrites. De par son contexte particulier et devant la prégnance des consommations régulées ou non, cette intervention paraît emblématique de la philosophie de réduction des risques. Elle pose des questions concrètes du fait du cadre du travail (nocturne, sur parfois plus de 6h d'affilées, distance vis-à-vis du site) en termes de planning et de répartition du temps de travail. Pour les structures de moyenne et petite envergure, ces questions peuvent restreindre le nombre d'interventions en milieu festif sur l'année ; d'où l'intérêt aussi de former des usagers relais, des bénévoles et des partenaires.

Pour les CAARUD implantés sur des villes accueillant des festivals nationaux d'envergure (Aurillac, Avignon, Bourges, Rennes...), la file active et l'activité des intervenants peuvent parfois varier du simple au triple entre avant et pendant le festival. Les intervenants posent la question de la temporalité —comment être sûrs que le message de RdR passe au delà du temps festif?— et du financement de ces actions, qui n'est pas toujours à la hauteur de la hausse d'activité.

Un certain nombre de CAARUD ont monté des regroupements sur les territoires afin d'assurer un roulement efficace des équipes, et de mettre en commun les formations. C'est notamment le cas sur Rhône-Alpes, en région Centre, en Franche-Comté et ailleurs.

Focus pratique

Réduire les risques à distance depuis le CAARUD, SAFE

Parmi les stratégies « d'aller vers », l'association SAFE a expérimenté un programme de RDR à distance depuis juin 2011. Ce dispositif innovant permet aux usagers de bénéficier de conseils en réduction des risques, d'un accompagnement personnalisé, d'orientations et de l'envoi d'outils de consommation à moindre risque à domicile, sur simple appel ou mail à l'association.

Plus de 500 usagers ont déjà fait appel à ce programme, qui permet aujourd'hui de diffuser notamment **plus de 20 000 seringues par mois**.

Le matériel disponible est le suivant :

- Kit+
- Seringue 1cc sertie (insuline)
- Seringue non sertie 1cc, 2cc, 5cc, 10cc, 20cc
- Aiguilles G30, G27L, G27, G26L, G26, G25, G23
- Stéricup, maxicup
- Stérifilt
- Filtre Toupie
- Eau PPI 5ml
- Tampon alcool
- Lingette chlorhexidine
- Crème hydratante
- Garrot, garrot clip
- Champs de soin
- Acide ascorbique
- Roule ta paille
- Sérum physiologique
- Kit Crack
- Feuille aluminium
- Container 0,6l, 1l, 2,5l, 5l

Sans limite de quantité, les commandes sont construites avec l'usager et envoyées en colis banalisé. Evalué depuis 2011, et inscrit dans le plan gouvernemental 2013-2017 de la MILDECA, ce dispositif a fait la preuve de son efficacité en termes « d'aller vers » mais aussi pour faciliter l'appropriation des messages de RDR et améliorer la santé de ses bénéficiaires, démontrant ainsi que la distance géographique entre l'usager et l'intervenant n'est pas une difficulté incontournable.

59 % des usagers de la file active du programme de RDR à distance n'ont jamais fréquenté ni de CAARUD, ni de CSAPA au moment de leur inclusion. 25% d'entre eux indiquent qu'ils n'ont jamais été suivis par aucun médecin ni aucun professionnel de la RDR avant leur arrivée à SAFE.

L'association souhaite désormais renforcer l'offre de RdR à distance en y associant d'autres structures intéressées par ce programme. Ainsi, SAFE propose la mise en œuvre d'un réseau « RDR à distance » pour développer collectivement ce dispositif le plus

efficacement possible. Réunis autour d'une charte de fonctionnement, les membres du réseau pourront bénéficier de conseils, d'une formation et d'outils pratiques. **Contactez l'association pour en faire partie!**

**Association SAFE - 11 avenue de la Porte de la Plaine – 75015 Paris. Tél. : 01 40 09 04 45
contact@safe.asso.fr – www.safe.asso.fr**

Focus contexte

L'intervention en « squat »

L'intervention en « squat » permet de nouer des liens à long terme : les intervenants cherchent à se faire connaître des consommateurs de manière durable, afin d'établir le lien de confiance nécessaire à un message de réduction des risques efficace et adapté, et à sa transmission d'un usager à l'autre. Considéré comme un « domicile » par certains professionnels, le « squat » est pour tous un lieu de vie pour les usagers, qui y résident de manière collective.

Proximité avec les consommations

La prise de contact nécessite de se rapprocher des lieux et des temps de consommations. C'est le cas tout particulièrement pour les interventions en milieu festif et les interventions au domicile des personnes. Le domicile est souvent le lieu de la consommation pour la personne, qu'il s'agisse d'un lieu de résidence collectif officiel (« Squatt ») ou d'un logement autonome de droit commun. Il peut arriver qu'un intervenant s'y retrouve confronté directement à une pratique de consommation.

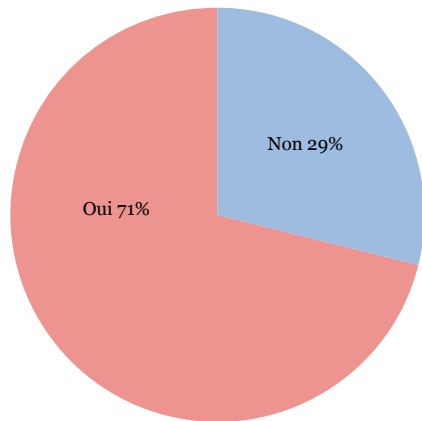
Ces situations concernent la moitié des professionnels interrogés, elles sortent du cadre défini dans les missions du CAARUD. Elles peuvent provoquer une certaine gêne pour l'intervenant qui n'aurait ni la formation ni la mission réglementaire pour accompagner ces pratiques aujourd'hui et s'interroge souvent sur les aspects légaux de son intervention à ce moment-là.

Ces consommations *in situ* donnent pourtant accès à la réalité des pratiques de la personne, permettent de vérifier l'efficacité des messages de réduction des risques et de les adapter au plus juste.

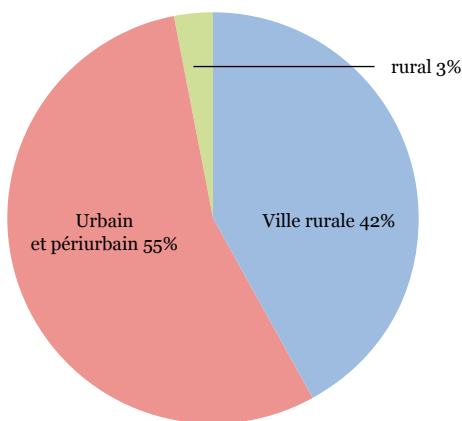
Toutefois, des risques importants subsistent dans l'exercice de cette mission d'intervention en « squat » en termes entre autres de violences, de rapport à la Loi, de risques sanitaires ; ces actions **nécessitent plus que d'autres des protocoles réfléchis en équipe pour encadrer les professionnels, être le plus clair possible sur la posture**, afin de garantir la sécurité des intervenants et la pertinence des actions.

Mission 6

Le développement d'actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues



Actions de médiation sociale. Graphique 21.



Situation géographique des CAARUD menant des actions de médiation sociale. Graphique 21 bis. N=60.

71 % des CAARUD mettent en œuvre une ou plusieurs actions de médiation sociale, liées principalement aux questions de voisinage et au lien avec les riverains. Parmi eux, 55% sont situés en milieu urbain et périurbain.

Les témoignages en entretiens et en réunions régionales permettent de distinguer les enjeux de la médiation sociale suivant les contextes géographiques.

Les problématiques de liens avec la population riveraine et de nuisances sont souvent différentes entre le milieu urbain voire en grandes agglomérations, et le milieu rural ou semi-rural (petites villes, chef lieu) :

- en milieu urbain, les files actives sont plus importantes, les problématiques sociales seraient plus visibles et les « nuisances ressenties » par les riverains semblent plus importantes du fait de la concentration d'habitations et de la visibilité

de la précarité sociale (personnes sans domicile fixe dans l'espace public, proximité des scènes de consommation, etc.)

- en milieu rural, l'interconnaissance et la faible densité de dispositifs d'accueil et d'insertion sociale entraînent d'autres problématiques : les usagers des dispositifs semblent venir moins spontanément de crainte d'être stigmatisés, donc les CAARUD ont tendance à se montrer plus « discrets » ou à développer les actions d'aller vers à destination des personnes en situation de précarité, qui seraient moins visibles qu'en ville.

Les publics de la médiation sociale

Les riverains

Les problématiques sont souvent liées aux consommations légales mais interdites intramuros.

Les consommations d'alcool et de tabac sont régulièrement à l'origine de problématiques de médiation sociale lorsqu'elles sont interdites à l'intérieur des murs du centre et n'ont pas d'espace dédié (cour intérieure, cabine fumeur).

L'alcool apparaît comme la première cause de troubles pour les structures, en leur sein - et aux pourtours - violences, comportement inadaptés, perturbation de l'espace public, sentiment d'insécurité des riverains.

La consommation de tabac a également des conséquences en termes de médiation sociale. De la même manière que lorsque les animaux de compagnie ne sont pas autorisés à l'intérieur du centre, les usagers vont avoir tendance à rester aux pourtours du lieu (rue, cage d'escalier, espace public attenant (square et autres).

Ce public « dérange » et peut amener les riverains et les associations de quartier, les élus ou les commerçants en quête de solution, à interpeller la police ou le CAARUD, pour gérer la situation.

Tantôt vu comme responsable des nuisances ou solution aux problèmes, il est des endroits où le CAARUD a un statut paradoxal.

Les élus

Plus encore que les dispositifs, les mairies sont régulièrement interpellées par les habitants sur les problèmes de nuisances.

D'où l'importance pour les intervenants de se faire connaître dans leurs missions et leurs activités auprès des élus pour :

- être ressources pour eux et les habitants (« *prévenir et régler les problèmes* »);
- repérer les besoins pour aller vers les usagers repérés par les habitants;
- organiser des réunions de concertation coordonnées par la mairie lors de soucis (plaintes des commerçants/riverains notamment).

Les élus voient souvent une plus-value à l'action des CAARUD pour la gestion d'un public qui « dérange » et qui se rend visible dans l'espace urbain (festif, personnes sans domicile fixe...).

Les forces de l'ordre

La présence de forces de l'ordre a pu dans certaines structures empêcher l'exercice plein et entier de la mission de réduction des risques et d'accompagnement des personnes (contrôle des personnes à la sortie d'un CAARUD par exemple). Pour éviter cela, les intervenants ont entrepris un dialogue avec les forces de l'ordre sur la mission de santé publique du CAARUD et l'encadrement légal existant.

La plupart du temps, les discussions suffisent à ce que la police se maintienne à distance de la structure.

Les intervenants sont vigilants à baliser les espaces d'intervention de chacun et à faire preuve de justesse et de pragmatisme (ne pas se faire l'avocat d'un usager en cas de délit par exemple).

Certains problèmes subsistent néanmoins, dans des contextes urbains ou semi-urbains, en fonction surtout des choix politiques en matière de gestion urbaine. Certaines mairies « *font la chasse à la misère* » ou à la mendicité; les forces de l'ordre peuvent alors agir indirectement sur l'activité de la structure en délocalisant les populations.

Les méthodes de la médiation sociale

La formation des partenaires

La formation paraît un levier efficace pour désamorcer les représentations de la population générale, ce qui inclut les partenaires exerçant hors du champ de la santé. Elle permet également une meilleure mise en œuvre de la RDR.

Si elle n'est pas forcément très poussée en addictologie, elle peut s'avérer très fertile en termes de changement de regard et d'interconnaissance.

Elle permet d'abord :

- d'outiller des acteurs souvent désemparés dans la gestion des situations négatives liées à l'usage, gestion du matériel usagé dans l'espace public, connaissances des effets des produits...
- de trouver un langage commun entre intervenants en RDR et intervenants d'autres champs;
- de faire naître des partenariats sur le long terme.

Les intervenants qui la mettent en œuvre notent la pertinence de la formation de tous les acteurs et notamment :

- des gardiens d'immeubles;
- les agents de la voirie;
- des acteurs des transports en commun (médiateurs de bus, conducteurs...);
- des acteurs locaux (maison des adolescents...);
- des acteurs de la prévention spécialisés, de la médiation;
- des bistrotiers et directeurs de discothèques;
- etc.

La formation paraît plus utile lorsqu'elle aboutit sur un accompagnement méthodologique par un réseau d'acteurs (Atelier-Santé-Ville ou réseau de santé).

Les groupes, réunions et participation aux concertations

L'une des modalités souvent décrites par les intervenants est l'organisation de débats citoyens. Le but est soit de réunir politiques, sociétés savantes et civiles, usagers, citoyens, afin d'apporter de la crédibilité au débat autour de la réduction des risques ; soit d'organiser des réunions publiques, dans le meilleur des cas sur invitation des élus locaux, afin d'aborder et d'offrir des solutions à un problème avec les riverains ou d'informer de l'installation de la structure.

Il s'agirait d'un levier important pour entamer un échange pédagogique sur l'action en RDR, mais cette pédagogie ne paraît pas toujours possible ; elle dépend encore beaucoup selon les interrogés des positionnements politiques des municipalités (voire des opinions de leur personnel) et de la réceptivité des citoyens conviés.

Dans le travail de dialogue, certains intervenants pensent nécessaire de passer par des sujets qui bénéficient d'une image globalement positive telle que l'intervention en milieu festif ou la prévention.

Cela est perçu comme un moyen de commencer à expliquer son action, montrer que ce sont les mêmes intervenants et les mêmes objectifs qui sous-tendent l'intervention en milieu festif dans la ville, et celle de l'accueil fixe, dans les squat ou en maraude par exemple.

Travailler ou dialoguer avec la préfecture et participer aux commissions de veille sur la prévention de la délinquance n'est pas considéré de manière homogène ; quelques structures hésitent à s'y rendre, de crainte de ne pas y trouver leur place, d'autres enfin n'y participent pas par volonté de ne pas « *tout mélanger* » (anonymat et accompagnement du CAARUD / sanction et pénalisation dans la société).

Investir l'espace public

Plusieurs stratégies - parfois très différentes - ont été mises en place pour éviter les problèmes de voisinage.

Ne pas communiquer du tout au moment de l'implantation afin d'éviter que les riverains n'empêchent l'ouverture pourrait permettre à certains CAARUD, si une problématique se pose, d'avancer les arguments suivants :

- La structure est en activité depuis plus longtemps que n'existent les nuisances, donc elles ne sont liées à sa présence ;
- par contre, la structure a été installée à cet endroit car c'est là que sont les publics potentiellement destinataires de son action. Donc sans le CAARUD, la situation serait peut-être plus difficile pour tout le monde ;
- quand bien même les problèmes seraient ponctuellement liés à la structure, elle est la mieux placée pour les gérer, et l'activité en réduction des risques est une action de santé publique efficace qu'il convient de maintenir.

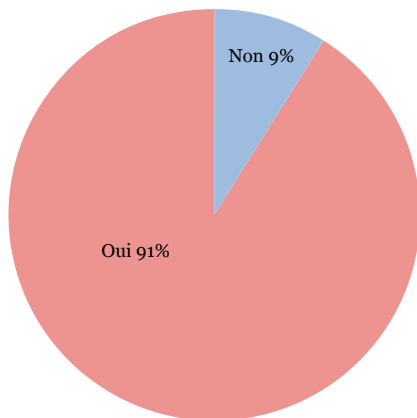
À l'inverse, certaines structures investissent l'espace public afin d'améliorer le regard porté sur les personnes accueillies :

- Expliquer au maximum, être présents dans les instances de débats ou parfois même sur la rue simplement - pour rassurer,
- mener des actions civiques avec les usagers - récupération de matériel, jardinage public - voire en commun avec les riverains –fête des voisins ou de quartier ;
- organiser des portes ouvertes régulières ;
- développer une approche de type motivationnelle qui « *parle à tout le monde* », trouver les éléments de langage qui provoqueront l'adhésion des citoyens.

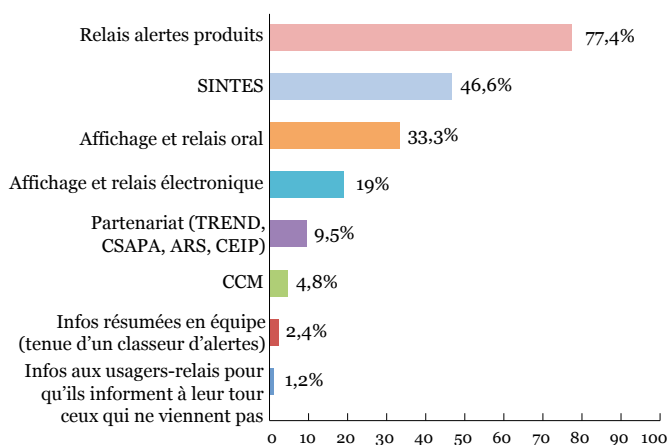
Mission 7

La participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers

La veille sanitaire en CAARUD



Activités de veille sanitaire. Graphique 22.



Nature des actions de veille. Graphique 22 bis. N=76

Plus des trois-quarts des structures relaient les alertes sanitaires qui restent le principal travail de veille au quotidien des CAARUD, même si près de la moitié d'entre eux participent au dispositif SINTES de l'OFDT. Ce dispositif se décline dans la pratique par la collecte de produits sur la base d'un effet secondaire constaté par l'utilisateur, d'un aspect nouveau d'un produit... par tout intervenant formé disposant d'une carte de collecteur. D'après les entretiens, ce travail de veille sanitaire ne paraît pas être au cœur de l'intervention tout en fonctionnant de manière assez fluide. Ce travail s'inscrit également dans une logique d'autosupport ; les intervenants recueillent les avis et l'actualité des produits en grande partie grâce aux retours et aux connaissances des usagers du dispositif.

La veille est aussi informelle, les intervenants CAARUD et CSAPA sont plusieurs à se faire le relais d'informations entendues de la part des usagers qui signalent assez bien les éléments surprenants ou rares avec les produits en circulation, mais aussi les effets plus forts/plus longs que d'habitude, ou que prévus.

Un certain nombre d'intervenants de CAARUD cherchent également à se documenter à partir des informations :

- partagées par les usagers, anonymement, sur les forums internet d'autosupport ;
- constatées par les Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance avec lesquels ils travaillent parfois de manière très réactive (analyse de produits suspects, échanges d'information sur le rapport composition/effet) ;
- recueillies en milieu festif, ou plus rarement en « squat », dans les endroits où les produits circulent et pour le lieu festif, au moment où il circule et est consommé.

Ces informations et cette veille informelle viennent compléter de manière transversale les informations qui arrivent des institutions d'analyse nationales telles que l'OFDT ou la Direction Générale de la Santé par le biais de ses agences régionales.

Les informations relayées par affichage et/ou à l'oral aux usagers ne sont retravaillées par aucune des équipes rencontrées.

Focus contexte

Le réseau des CEIP-A, un appui pour la santé publique

L'addictovigilance, qui pourrait se définir comme la vigilance dédiée à l'abus, la pharmacodépendance, le détournement des substances psychoactives, qu'elles soient médicamenteuses ou non, illicites ou non, engage indirectement le travail en réduction des risques puisque la connaissance de la composition des produits en circulation, et des liens entre toxicité des éléments contenus dans les substances et effets sur la santé, permet d'informer et de réduire efficacement les risques réels pris par les consommateurs de ces produits.

Les Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et d'Addictovigilance (CEIP-A) ont pour mission de collecter les données concernant les cas d'abus, de dépendance ou de détournement de substances psychoactives licites ou non (hors alcool et tabac) graves ou inhabituels, d'évaluer le potentiel d'abus et de dépendance des substances ou leur dangerosité.

Ces données comprennent les éléments cliniques et peuvent comprendre les données analytiques biologiques (sanguines, urinaires, capillaires) ou concernant les produits consommés. Ils ont donc une mission d'expertise pharmacologique et également d'informations des professionnels qui peut s'avérer bénéfique aux interventions de réduction des risques.

La France compte au moins un CEIP-A par région. En fonction des contacts, affinités, du lieu d'implantation et de l'historique, il va nouer des liens de différentes natures avec les professionnels des CAARUD ; à Lille par exemple, le CEIP-A a commencé à travailler avec le coordinateur TREND pour l'OFDT, surtout autour d'échanges essentiellement d'informations concernant les produits, les usages et notamment les effets inhabituels constatés sur le terrain.

De manière générale, les remontées d'informations par les intervenants vers les CEIP-A pourront également permettre de mieux documenter les cas et de lier les effets, la toxicité constatée avec un produit bien défini.

Le réseau des CEIP-A est intéressé par l'échange d'informations et de compétences régionalement afin d'améliorer la connaissance des produits, des usages et d'améliorer la veille sanitaire.

Pour trouver le CEIP-A de votre région, rendez-vous sur www.addictovigilance.fr/votre-centre

Les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie - CSAPA

La circulaire N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA leur confie dans son troisième chapitre « l'obligation de mettre en œuvre des mesures de réduction des risques à destination du public qu'ils prennent en charge ».

Cette mission obligatoire s'articule avec l'ensemble de leurs autres missions de soins, de prévention et d'accompagnement, et s'inscrit de manière transversale dans l'accompagnement des personnes. Elle suppose la mise en place d'un certain nombre de pratiques nouvelles en centres de soins, comme l'accès à du matériel stérile de consommation par exemple. Les équipes se sont emparées de cette mission de manières diverses en fonction de leur histoire et de leurs enjeux.

Ce travail a permis de mieux en faire l'état des lieux. Historiquement, la réduction des risques s'est construite en contraste avec une posture de soins parfois peu compatible avec une réponse pragmatique et inconditionnelle, mettant de côté l'usage pour s'intéresser à l'usager. Aujourd'hui placés dans le même continuum de réponses, centre de soins et centre de réduction des risques n'en sont pas moins différents. Le CSAPA propose un travail sur la consommation, une démarche de « projet » voire d'objectif visant la réduction ou l'arrêt de tout ou partie des consommations de substances. Cette dynamique s'ajoute sans se confondre à l'approche inconditionnelle de l'accueil en réduction des risques.

Il est donc important de continuer à réduire le clivage hérité du passé entre réduction des risques et soins, qui a progressivement diminué grâce à la circulaire reconnaissant la réduction des risques comme partie prenante des missions d'un CSAPA.

D'où les questions suivantes : Comment cette RDR se déploie-t-elle dans les centres de soins ? Peut-on remarquer et décrire des spécificités à ces actions ? Comment irriguent-elles de manière transversale la posture des intervenants en CSAPA ? Comment s'articulent-elles avec les actions des CAARUD ? Quels changements peut-on constater sur le terrain depuis l'inscription de la mission de réduction des risques en CSAPA ?

Méthodologie¹

Dans la même dynamique que le travail mené sur les CAARUD² et sous le pilotage du même groupe de professionnels, la Fédération Addiction a mené un état des lieux de deux ans dans les CSAPA, décliné en trois phases :

- Un questionnaire a été envoyé aux 480 structures alors recensées en France. **126 CSAPA ont répondu**, soit 27 % de l'ensemble des centres interrogés.
- Une série d'entretiens a ensuite été menée dans sept structures : **cinq équipes et cinq professionnels** ont été interrogés sur la manière dont la réduction des risques s'est installée dans leurs pratiques professionnelles au quotidien, dans le projet d'établissement, ainsi que sur les éléments qui les interrogent ou ont pu les interroger et les réponses qu'ils y ont apportées.
- À l'échelle régionale, quinze réunions rassemblant des professionnels d'horizons différents ont été menées pour faire le point sur les enjeux d'avenir de la réduction des risques dans la pratique :
 - les articulations avec les dispositifs CAARUD ;
 - la mise en œuvre d'une RDR pour des produits non classés comme stupéfiants (alcool et tabac) ;
 - l'inscription de l'action dans la cité, auprès des citoyens et des partenaires de droit commun.

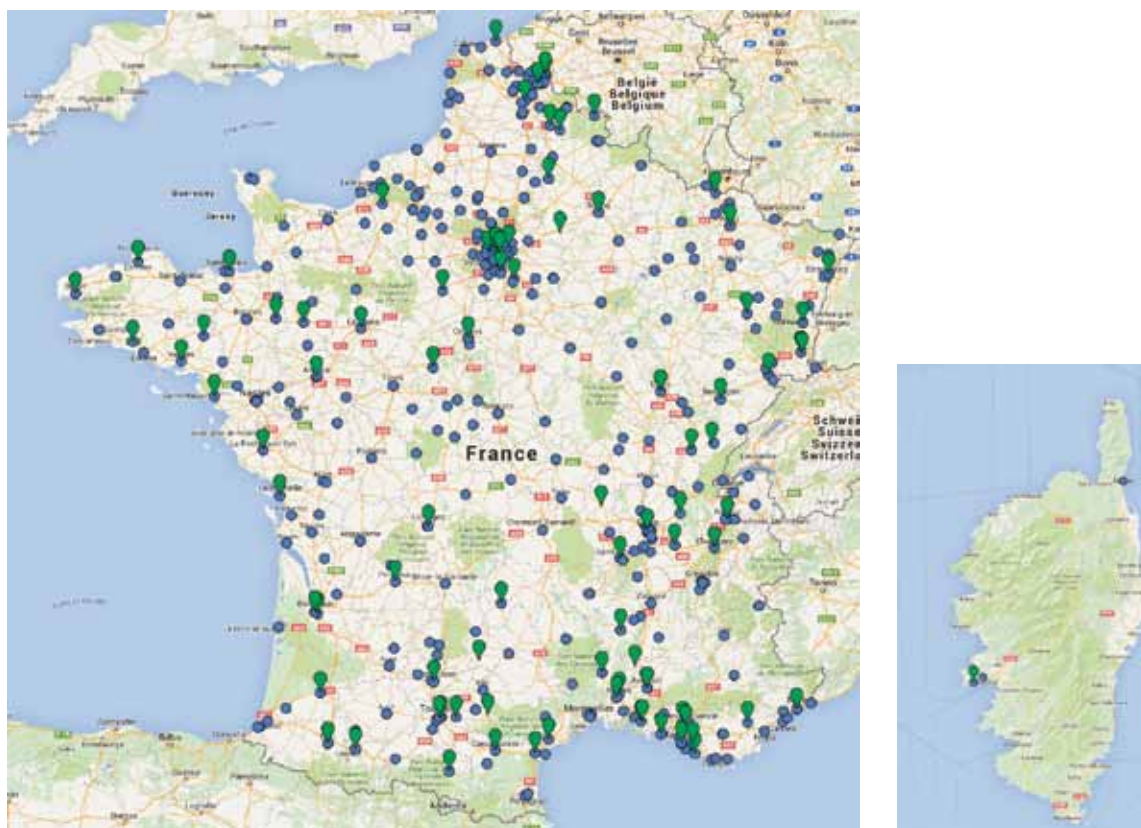
Nota Bene : Sauf indication contraire, les statistiques sont réalisées sur la base de l'ensemble des répondants. CSAPA N=126

¹Tous les outils de la méthodologie sont consultables sur www.federationaddiction.fr

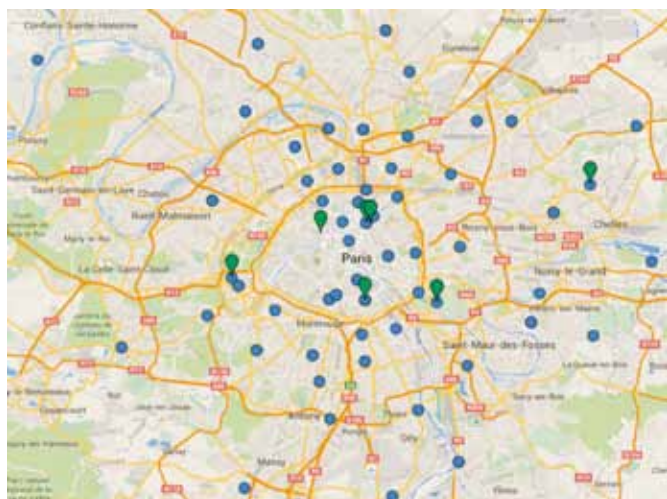
²Voir partie 1 p.3

Carte des répondants

En **bleu**, les CSAPA recensés en France / En **vert**, les CSAPA ayant répondu à l'enquête.



France métropolitaine

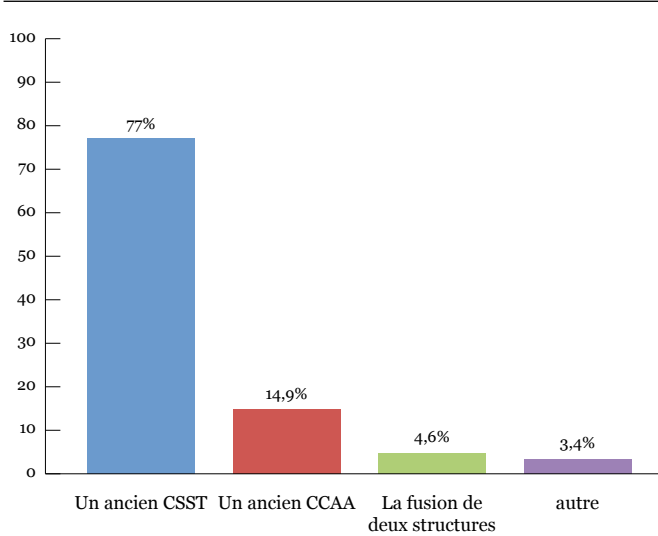


Focus Île-de-France



Focus DOM-TOM

Panorama des CSAPA répondants

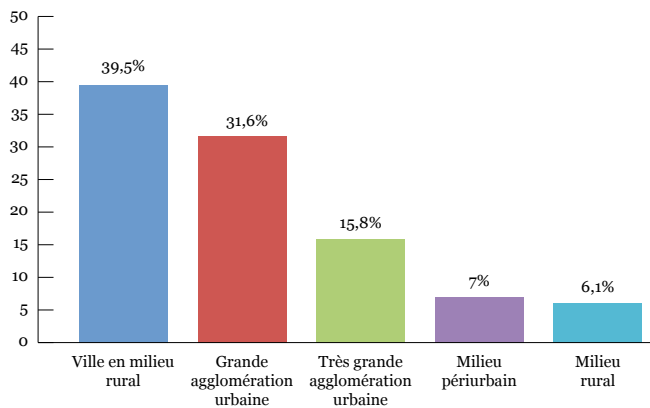


Historique. Graphique 23

Parmi les 126 répondants :

- 68% sont d'anciens CSST / 16% sont d'anciens CCAA
- 13% ont été créés lors du décret CSAPA de 2006.

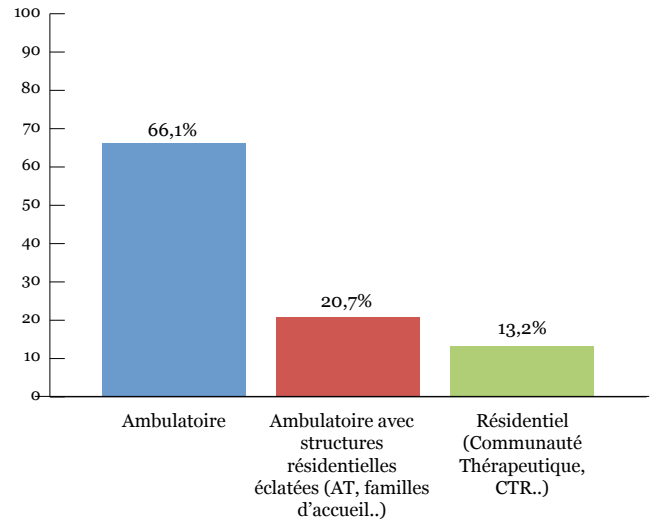
Une partie de ces CSST avaient été créés en lien avec l'autorisation de la méthadone et donc dans la logique RDR.



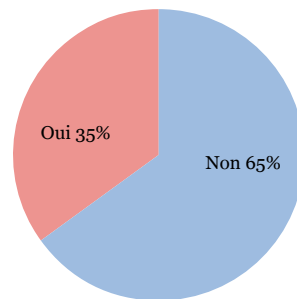
Situation géographique du lieu principal. Graphique 24

La plupart des CSAPA répondants sont situés en grande ou en très grande agglomération urbaine pour 47,3% et dans des villes en milieu rural pour 39,5%.

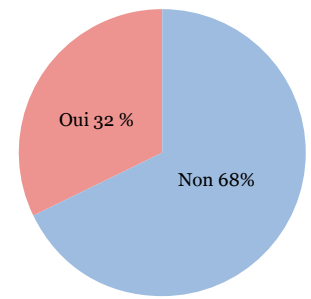
Le milieu périurbain et le milieu rural ne représentent au total que 13% des répondants.



Type d'accueil. Graphique 25

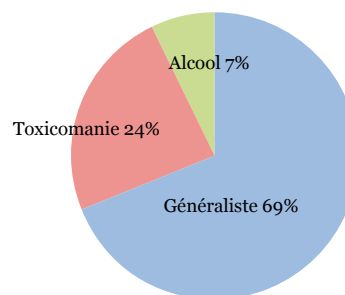


Antenne. Graphique 25 bis



CJC. Graphique 25 ter

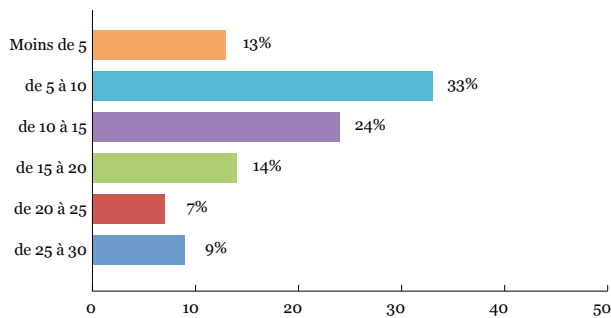
45% des CSAPA disposent d'antennes, majoritairement sous forme de consultations avancées (autres que CJC). En milieu rural, 10% d'entre elles sont combinées à des antennes délocalisées et 4% à des unités mobiles.



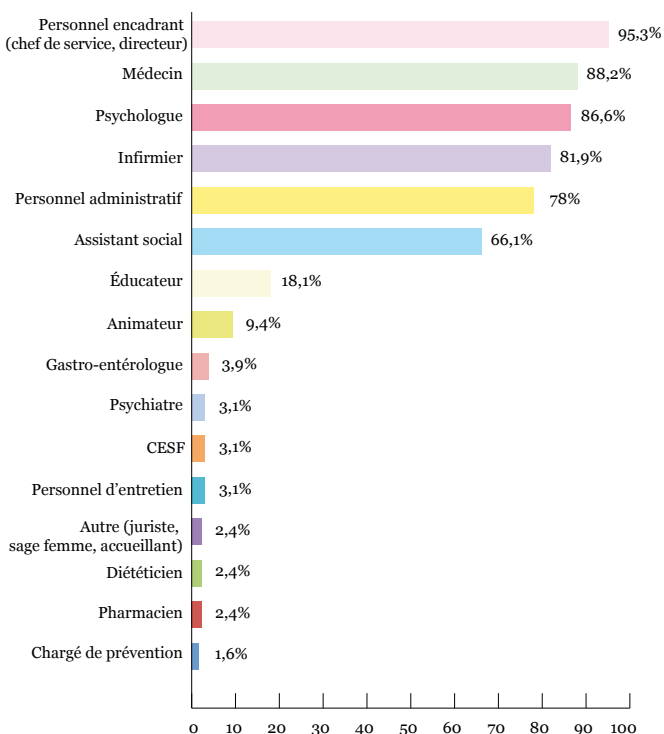
Spécialisation. Graphique 26

Le CSAPA répondant type est un ancien CSST, ambulatoire et généraliste. Il est situé en grande agglomération urbaine. Il gère également une CJC.

Constitution des équipes



Nombre d'équivalents temps plein (ETP). Graphique 27



Composition de l'équipe. Graphique 28

Les CSAPA répondants présentent en moyenne entre 10 et 15 équivalents temps pleins (ETP).

46% ont une équipe salariée de moins de 10 ETP. Cet écart entre la moyenne et la majorité peut s'expliquer par la présence de 7 structures présentant une équipe de plus de 30 ETP (maximum à 63).

La totalité des équipes concernées par l'enquête s'élève à 1330 équivalents temps plein.

Majoritairement, les équipes disposent d'au moins un temps médical, un psychologue et un infirmier.

Les CSAPA répondants sont aussi majoritairement dotés de travailleurs sociaux. 3 CSAPA seulement n'en comptent aucun.

- Les CSAPA n'ayant pas noté de personnel encadrant dédié au CSAPA sont tous à gestion hospitalière.
- 8% des CSAPA répondants travaillent avec des usagers bénévoles, 13% avec d'autres volontaires, aucun ne déclare travailler avec les deux.

Les publics

La somme des files actives des 126 CSAPA répondants pour 2012 est de 78 069 personnes, pour près de 760 000 consultations.

Selon l'OFDT, 139 479 personnes ont reçu « au moins un acte » au sein des CSAPA en 2012³. **On peut donc penser que la file active totale des répondants à l'enquête représente autour de 55% des files actives nationales des CSAPA en 2012.**

Moyennes et profil

La file active des CSAPA répondants est constituée en moyenne de :

- 78% d'hommes
- 22% de femmes
- 20% de moins de 25 ans
- 33% de personnes âgées de 24 à 34 ans
- 28% de personnes âgées de 35 à 44 ans
- 19% de personnes âgées de plus de 45 ans
- 72% de personnes ayant une domiciliation sécurisée
- 20% de personnes ayant une domiciliation précaire
- 8% de personnes sans domicile fixe.

Parmi les publics spécifiques, on note une relative prégnance des sortants de prison (environ 40% des CSAPA répondants) suivis par l'entourage familial (nommé « Parents » dans le questionnaire, 30%), les publics insérés (30%) et les femmes avec enfants (autour de 30% également).

Les deux tiers des CSAPA rencontrant ces publics mènent des actions particulières à leur destination.

Les entretiens menés avec les équipes, permettent de compléter les données quantitatives :

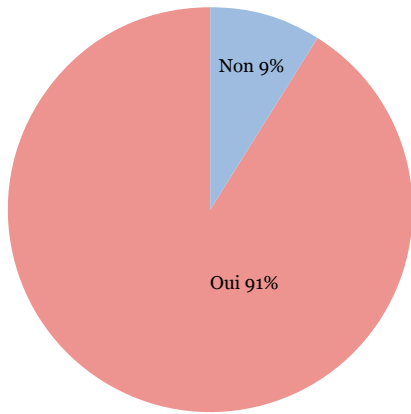
- le public accueilli par les structures visitées est très majoritairement constitué de **poly-consommateurs**, presque toujours consommateurs **d'alcool** — en première intention ou non — et très souvent consommateurs de **tabac et/ou de cannabis**, là encore en première intention ou non.
- Une part importante des publics injecteurs consomme **des médicaments par voie intraveineuse** (Skénan® ou Buprénorphine).

³ Chiffres RECAP OFDT – tableau statistique 2012.

Fiche 1

Organisation et fonctionnement de la RDR en CSAPA

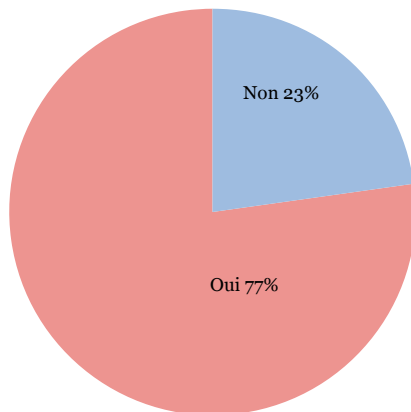
Une mission qui s'inscrit progressivement dans les pratiques



Inscription de la RDR au projet d'établissement. Graphique 29

La quasi totalité des CSAPA répondants ont **inscrit la réduction des risques à leur projet d'établissement.**

La très grande majorité des CSAPA déclarent **des partenariats autour de la réduction des risques** (83%). Pour 77% d'entre eux ces partenariats se font avec un CAARUD en particulier.



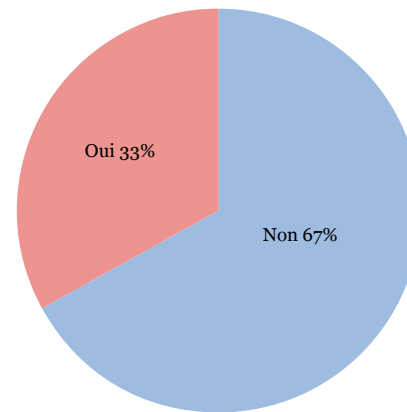
Lien avec un CAARUD particulier. Graphique 30

Parmi les CSAPA ayant un lien avec un CAARUD particulier :

- 81% reçoivent des usagers orientés par le CAARUD
- 79% orientent des usagers vers le CAARUD
- 53% partagent d'autres liens et/ou une même association gestionnaire.

⁴Voir la fiche 4 sur les TSO, page 45.

Professionnels dédiés

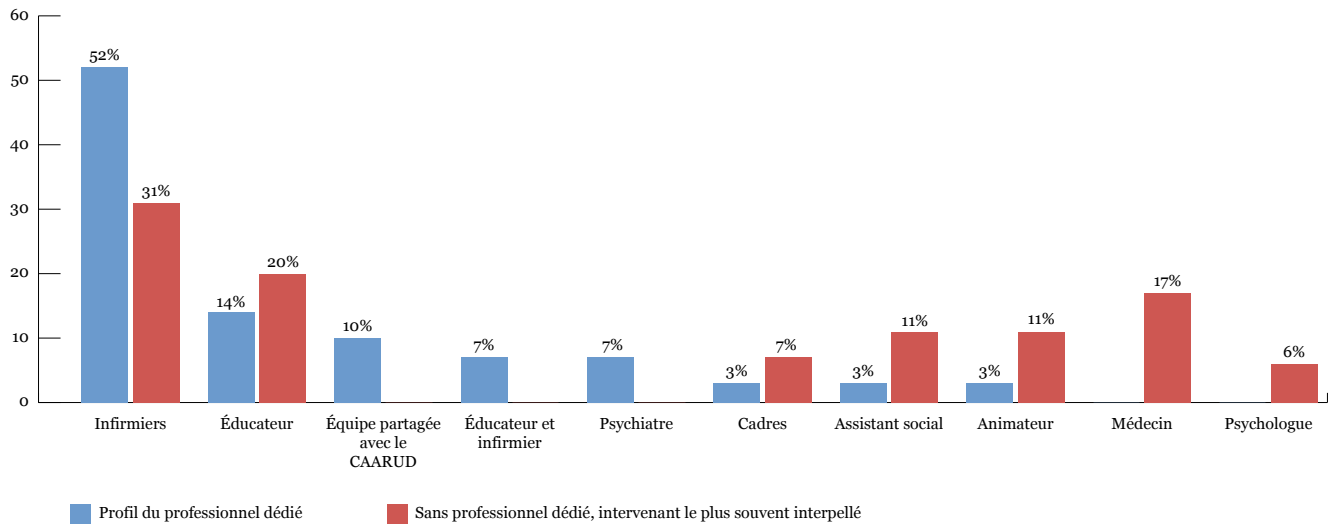


Professionnels dédiés. Graphique 31

Les deux tiers des CSAPA n'ont pas de professionnel dédié spécifiquement à la réduction des risques.

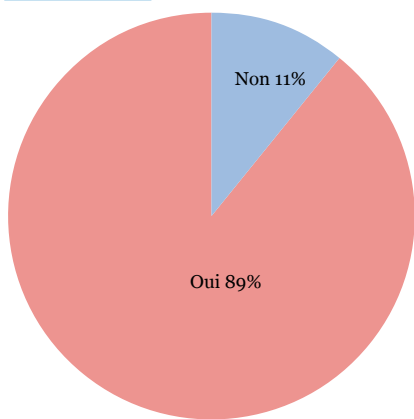
L'une des spécificités de la RDR en CSAPA se trouve dans les personnels concernés (voir graphique 31 bis ci-contre) : pour ceux ayant un professionnel dédié, il s'agit très majoritairement de l'infirmier. Pour les autres, infirmiers, éducateurs ou médecins sont le plus souvent sollicités.

- Les entretiens confirment cette relative prégnance du personnel médical ou paramédical parmi les professionnels interpellés au sujet de la RDR. Cela s'explique par l'histoire de la RDR liée au risque infectieux et parce que la manipulation du matériel d'injection et le rapport au corps engagent un savoir présent dès la formation initiale en médecine ou en école d'infirmier.
- L'absence de médecin parmi ces professionnels désignés comme référents RDR serait liée d'après les entretiens à un rapport plus ou moins complexe du médecin avec les consommations ou recon consommations des usagers qu'il accueille⁴, surtout lorsqu'il est prescripteur de médicament de substitution aux opiacés.

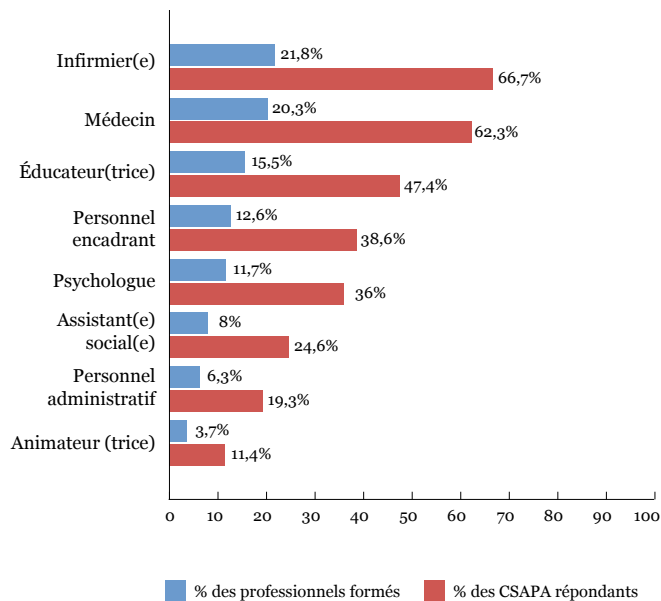


Professionnels dédiés ou les plus interpellés. Graphique 31 bis

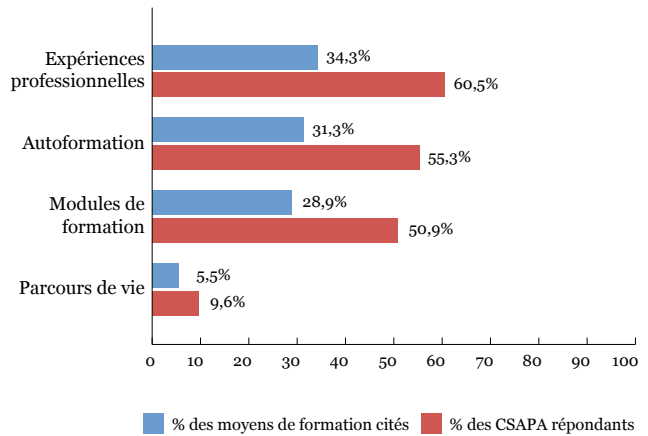
Formation



Professionnels formés. Graphique 32



Types de professionnels formés. Graphique 32 bis



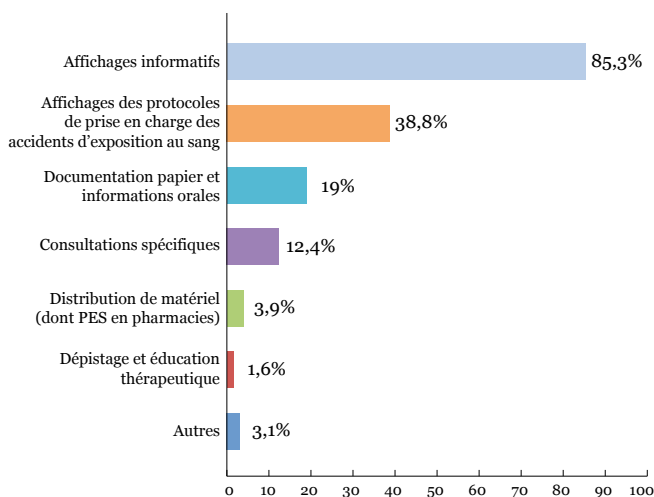
Moyens de formation. Graphique 32 ter. N= 115

Les deux tiers des CSAPA ont un infirmier formé à la réduction des risques. La moitié des CSAPA ont formé le médecin et l’infirmier. 15 CSAPA ont formé l’ensemble de leur équipe.

La plupart des professionnels formés le sont par expériences professionnelles en réduction des risques, et par autoformation. Plus de la moitié des CSAPA mentionnent au moins un professionnel ayant suivi un module de formation.

À ce jour, 70% des CSAPA ont formé plusieurs membres de leur équipe aux premiers secours ; un quart ont formé l’ensemble de leur équipe.

L'information en réduction des risques



Modalités d'informations de RDR. Graphique 33

On note en complément que :

- 36% des CSAPA assurent un affichage informatif et un affichage des protocoles de prise en charge des accidents d'exposition au sang
- 29% des CSAPA assurent seulement un affichage informatif de réduction des risques.

Lors des entretiens, la plupart des intervenants expliquent que l'information de réduction des risques se fait dès l'accueil, par la présentation de l'action et des missions du CSAPA ; pour ces professionnels, informer l'utilisateur qu'il peut trouver des messages voire des outils de réduction des risques au sein du centre permet d'offrir une ressource à la personne, et de ne pas scinder de manière hermétique le soin et la réduction des risques dans le suivi. Certains CSAPA estiment que cela permet d'« *amener du non-jugement dans les pratiques* » autour des consommations.

L'information apportée se décline de différentes manières. Il s'agit en général d'information sur papier, de plaquettes, en salle d'attente et en infirmerie notamment, ou d'affiches, de cartes du CAARUD, d'informations de l'INPES et/ou de la MILDECA. Les structures diffusent aussi des plaquettes d'information ou des outils de communication issus d'associations d'auto-support – notamment du site internet Psychoactif et des informations qu'il propose sur les produits – et de collectifs d'intervention en milieu festif – plaquettes de l'association Techno + par exemple.

La plupart des CSAPA donnent ces informations en fonction du suivi, au fil des échanges, lors de la mention de pratiques de consommation, et suivant la « place », le sentiment de compétence et les limites de l'intervenant. Si l'intervenant ne se sent pas à l'aise à donner l'information directement, il peut orienter vers un collègue spécialisé, formé ou dédié⁵.

D'autres CSAPA donnent les mêmes informations systématiquement à tous les usagers, en abordant les pratiques d'injection notamment. Ils donnent l'information y compris à ceux qui réduisent leur consommation, et à ceux qui sont déjà sensibilisés aux pratiques de consommation à moindre risque – fréquentant un CAARUD, utilisant du matériel de RDR, etc.

Enfin, une minorité ne donne ces informations que lors du repérage de problématiques sanitaires importantes telles que des abcès à répétition, et orientent rapidement vers le CAARUD.

Pour la plupart des intervenants interrogés, ces informations visent non seulement à réduire les risques de manière pragmatique, mais aussi à « *responsabiliser* » les personnes. Elles apparaissent parfois comme une opportunité d'aborder la question de la gestion des consommations voire de leur diminution.

⁵Voir personnels dédiés page 35

Fiche 2

Accompagnement à la réduction des risques

Modalités d'intervention : entretiens spécifiques et pratiques transversales

Les CSAPA ont été interrogés par questionnaire sur les actions menées spécifiquement sur chaque produit.

- **12% des CSAPA mènent des actions spécifiques pour chacun des produits consommés.**
- Entre 80 et 97% des actions menées sont des entretiens individuels de RDR.
- 91% des CSAPA déclarent mener des actions de RDR liés à la consommation d'alcool.
- 41% des CSAPA déclarent mener des actions de RDR visant la consommation de crack.

Modalités d'action « hors les murs »

Milieu carcéral

- Les CSAPA sont 71% à avoir une activité en prison et/ou pour les sortants de prison, principalement de préparation à la sortie.
- 58% des CSAPA répondants ont été désignés comme CSAPA « référents ».
- 17,3 % des CSAPA répondants assurent au moins une action de RDR en milieu carcéral.

Les entretiens montrent que ces actions de réduction des risques en milieu carcéral correspondent à des actions d'information individuelle en fonction des prises de risque relevées dans les propos des personnes incarcérées : explications sur les risques spécifiques de l'alcool distillé de manière artisanale, ou d'une prise de médicaments après une consommation d'opiacés...

La RDR en milieu carcéral passe essentiellement par de l'information sur l'alcool et le cannabis, les autres produits/consommations étant souvent décrits comme « tabous » — le tabac n'est abordé par aucun des intervenants, n'étant pas vu comme une priorité pour et par les personnes⁶.

Des informations peuvent être amenées lors des consultations avancées sur la consommation d'opiacés. Les usagers refusent souvent d'en parler ailleurs qu'en

consultation par peur de sanction de la part de l'administration pénitentiaire, pour usages, trafic ou manquement au règlement de la prison notamment. Une minorité d'intervenants vivent cette confidentialité comme problématique, entre « cautionnement » de la pratique d'usage et refus d'exposer l'usager à une sanction. Cette tension est en général partagée en équipe.

Au-delà de ces cas particuliers, pour tous les CSAPA intervenant en milieu carcéral, l'impossibilité de parler de consommations avec l'administration pénitentiaire sans faire courir de risque de sanction à l'usager nuit à l'efficacité de l'accompagnement, y compris en termes de réduction des risques.

Intervention en milieu festif

Un quart des CSAPA interviennent en milieu festif. Ils y mènent principalement

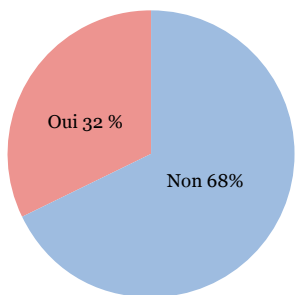
- Des « actions de prévention » (90%);
- De la distribution de matériel (70%);
- Des échanges autour des consommations (70%);
- De l'information auprès des partenaires (70%);
- Une formation aux partenaires (51%).

L'action en milieu festif est sans doute l'outil le plus évident de la pratique de réduction des risques des CSAPA ; en entretien, c'est la première action qui vient en réponse à la question « Comment mettez-vous en œuvre la mission de réduction des risques du CSAPA ? ».

- La quasi-totalité des actions en milieu festif sont présentées aux partenaires sous l'intitulé « prévention », ne définissant pas la réduction des risques comme une approche spécifique, mais comme une posture transversale, de la prévention au soin.
- Les structures interviennent majoritairement au sein de collectif, rassemblement, ou de Groupement de Coopération Sanitaire et Médico-Social. Elles mutualisent ainsi les moyens humains, matériels et financiers pour des interventions qui se font de manière paritaire : toutes les structures membres interviennent en même temps.
- Les lieux d'intervention sont de nature différente, bien qu'il s'agisse souvent de festivals — Aurillac, Avignon, Rock en Seine, Printemps de Bourges — plus rarement d'événements étudiants et/ou alternatifs — free party, teknivals.
- Les intervenants sont choisis sur la base du volontariat, et sont formés.
- Ils interviennent en binôme — au sein du groupement — avec un stand et une ou deux équipes de maraude aux pourtours.

⁶ À l'occasion de la Journée mondiale sans tabac 2015, le RESPADD en partenariat avec l'IPPSA a organisé en mai 2015 une journée Tabac et Vulnérabilités. Dans ce cadre, une table ronde a été organisée sur Tabac et Incarcérations, lors de laquelle plusieurs équipes sont venues présenter les spécificités du contexte carcéral sur la consommation de tabac, et les actions innovantes qu'elles mettaient en place. Pour plus d'informations et les actes de la journée : www.respadd.org

La réduction des risques en action de prévention



CJC. Graphique 25 ter (rappel)

La prévention est distincte de la réduction des risques puisqu’elle consiste à prévenir la consommation plus que ses risques. Pour autant, les CSAPA visités en entretien ne scindent pas les pratiques de manière catégorique.

Pour la plupart des CSAPA interrogés, les actions de prévention sont l’occasion de faire passer des messages de réduction des risques. Certains intervenants parlent de « prévention des risques » notamment pour les actions délocalisées, pour faciliter le lien avec des partenaires souvent plus sensibles aux actions

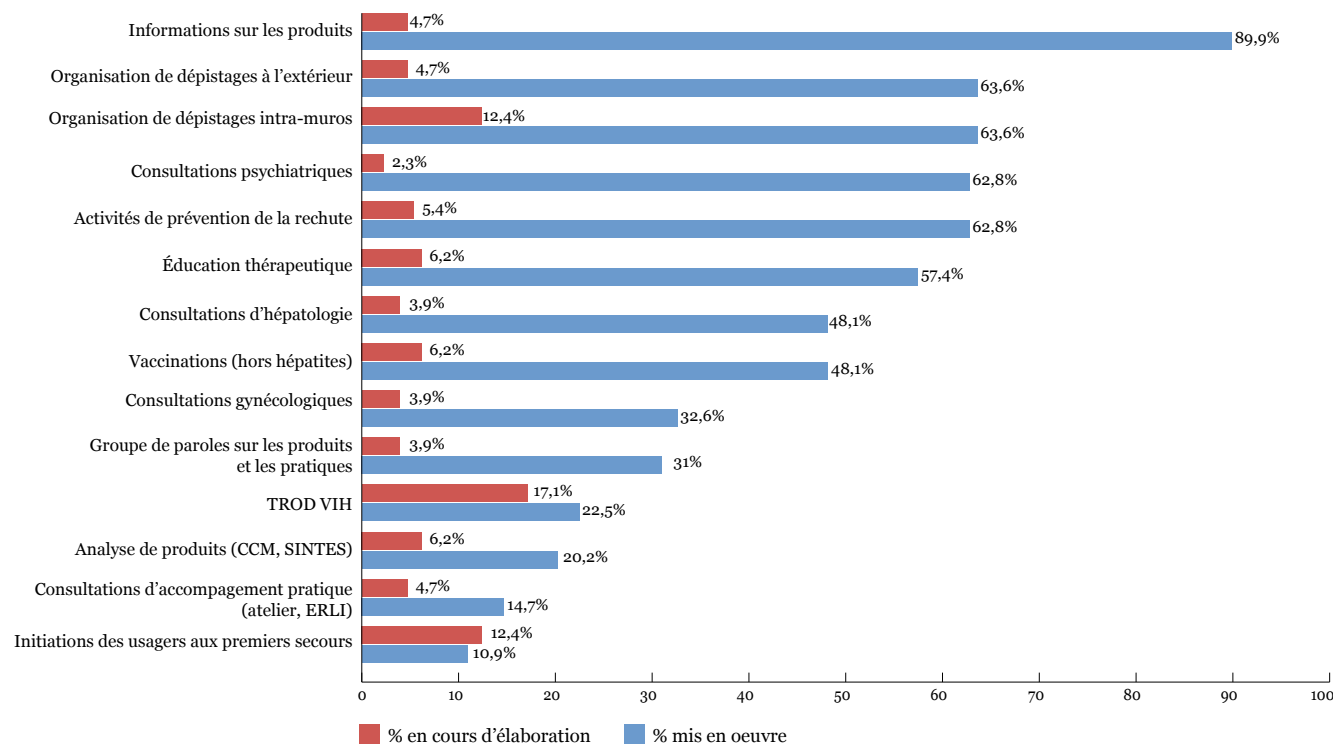
de prévention — supposant à priori qu’il n’y ait pas de consommations— que de réduction des risques — supposant à l’inverse qu’il y ait des consommations.

La demande des partenaires est clairement positionnée sur prévenir le début des consommations et des dépendances. Elle fait ressortir un décalage entre les commandes d’interventions, visant un public avant le début des consommations, et la pratique de terrain qui montre :

- que les destinataires des actions de prévention sont souvent déjà dans des consommations : jeunes lycéens, personnes détenues, résidents en CHRS...
- que la posture de réduction des risques permet, en dédramatisant l’abord des consommations, d’être plus efficaces dans les messages à faire passer sur les problèmes liés à la dépendance comme aux risques qui y sont associés.

Pour éviter cette difficulté il paraît nécessaire, avant d’intervenir en prévention, de sensibiliser les partenaires dans un dialogue ouvert. Cela permet de se faire une idée des messages et de la posture qu’il sera possible d’adopter ; et de trouver un compromis entre ce que l’intervenant connaît du terrain et la commande du partenaire.

Typologie des actions de réduction des risques

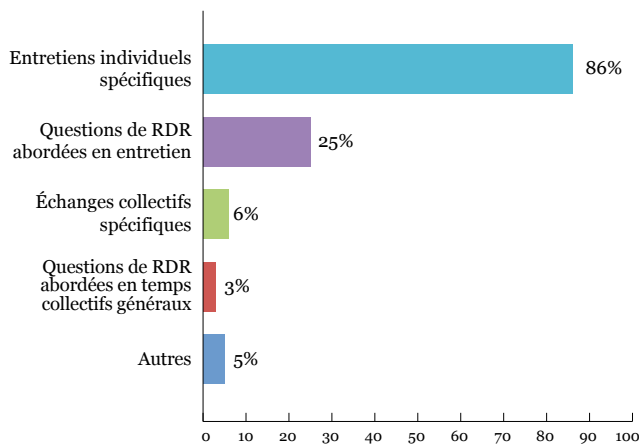


Actions de RDR menées ou en cours d’élaboration. Graphique 34

Les Tests Rapides d’Orientation Diagnostique (TROD) sont mis en œuvre dans un quart des CSAPA répondants (24,8%), et en cours d’élaboration chez 17%.

- L’action la moins proposée est l’initiation des usagers aux premiers secours, mais elle semble se développer. L’arrivée de la Naloxone dans les centres devrait l’accélérer ;
- 19% des CSAPA mènent ou élaborent des consultations d’accompagnement pratique (ateliers, ERLI...), en lien avec un partenaire ;
- 20% mettent en œuvre des pratiques d’analyse de produits.

Les autres formes d’accompagnement à la réduction des risques



Autres formes d’accompagnement à la RDR. Graphique 35

- 86% des répondants organisent des entretiens individuels spécifiques de réduction des risques.
- Seuls 3 CSAPA n’ont mentionné aucune forme d’accompagnement à la réduction des risques autre que l’information.
- 19% des CSAPA ont mentionné aborder des questions de RDR uniquement lors d’entretien individuel.

La définition de « l’entretien individuel spécifique RDR » n’est pas uniforme d’une structure à l’autre.

Les entretiens spécifiques paraissent être ceux où est abordée la RDR liés **directement aux usages** — matériel, pratique et modalités de consommations... — en regard des entretiens d’accompagnement social ou médical qui ne sont pas vus comme spécifiquement RDR parce qu’ils abordent d’autres questions.

D’autres CSAPA parlent d’une approche transversale qui se décline potentiellement dans toutes les consultations, si un usage à risque est mentionné. Certains réalisent un repérage des pratiques à risque à chaque bilan avec la personne, en lui demandant où elle en est de sa consommation, si elle a partagé son matériel, si elle a fait des mélanges de produit.

Tous les CSAPA visités étendent la réduction des risques au-delà des risques liés à la consommation de produits et incluent d’autres « *risques d’incidents* » possibles : actes de violence, risques de désaffiliation, de surendettement, de perte de lien avec l’entourage... Ils évoquent également des risques liés au cadre légal pénalisant l’usage et l’usager.

Les modalités d’intervention se fondent sur la définition de réduction des risques par les professionnels qui dépend de leur intérêt et de leur parcours — l’expérience professionnelle et l’autoformation sont les premières modalités de formation des professionnels, avant les modules de formations⁷.

La RDR s’est **globalement intégrée de manière efficace** dans les missions, comme en témoignent son inscription au projet d’établissement, les mentions nombreuses d’actions spécifiques par produit. Dans la pratique, de la gestion des émotions et des incidents jusqu’à l’orientation vers un CAARUD ou la délivrance de matériel, la définition de l’action de réduction des risques est très large.

Le choix des modalités d’intervention — avec ou sans professionnel dédié, en entretien ou non, avec ou sans démonstration... — semble déterminé par l’histoire de la structure et son projet d’établissement.

Le choix de mener ou non des actions collectives spécifiques ou abordant des questions de RDR engage, d’après les professionnels, le rapport qu’entretiennent les usagers avec le CSAPA et ce qu’ils viennent y chercher. Pour les professionnels interrogés, les usagers du centre font la différence entre les dispositifs CAARUD et CSAPA, et ont souvent l’image du « *CSAPA qui soigne* », où l’on arrête les consommations. Ils délèguent à d’autres structures la mission de réduction des risques liés aux consommations. Ainsi, ils peuvent être surpris d’entendre les messages de RDR en groupe de parole, à l’accueil ou en entretien.

⁷Voir partie Formation p. 36

L'accompagnement individuel autour des pratiques de consommations

L'accompagnement individuel peut aller jusqu'à la démonstration par la personne de ses gestes de consommations : kit, utilisation d'un stérifiltre, pose de garrot, inclinaison de la seringue...

Les intervenants ne systématisent pas ces interventions, ils les adaptent aux pratiques de consommations, à l'aisance ou l'envie d'aborder ces questions de chaque usager.

Dans la plupart des cas, la démonstration est faite par l'intervenant et non par l'utilisateur — à quelques exceptions près, pour les usagers qui ont régulièrement des complications liées à la consommation.

L'infirmier semble un lieu adapté à ces accompagnements autour des pratiques d'injection, car c'est un lieu où « *le corps se découvre* » :

- les soins infirmiers — petits abcès, système veineux détérioré, infections, etc. — sont décrits comme d'excellents supports pour aborder la pratique d'usage ;
- il s'agit d'un lieu où une certaine confiance peut naître entre l'intervenant et l'utilisateur, du fait du climat de confidentialité médicale et d'une compétence sanitaire particulièrement adaptée de l'infirmier.

Ces entretiens dits *spécifiques* sont donc ceux dédiés à la réduction des risques sanitaires liés à la consommation ; ils ne résument pas toujours l'ensemble de la mission de réduction des risques du CSAPA qui est plus transversale (voir page précédente).

Dans cette conception, la réduction des risques englobe des risques larges, allant jusqu'aux risques de « craving » par exemple, ou au risque d'une augmentation de la consommation d'un autre produit, en « relais » d'une consommation arrêtée — l'alcool ou le cannabis notamment —, voire le risque de rechute pour une personne abstinente...

Focus pratique

Alcool : une consultation avancée en CHRS CSAPA Le Griffon

La consultation avancée du CSAPA du Griffon en CHRS a commencé en 2010. Elle est menée sur 4 structures, par une équipe mobile du CSAPA constituée d'un psychiatre et d'une psychologue. Fondée sur une démarche d'outreach, les intervenants tentent « *d'amorcer quelque chose* » dans une clinique de la précarité, où les personnes ne sont pas dans une quelconque demande si ce n'est celle, fréquente, d'un médicament magique.

La consommation elle-même n'est pas le sujet de l'échange avec la personne. Les risques pris et les événements indésirables qu'elle occasionne feront par contre l'objet d'une discussion :

- débordements liés aux états de conscience modifiés,
- problèmes dans le milieu professionnel — tremblements, horaires non respectés...
- régulation des sevrages sauvages ou des syndromes de manque,
- travail sur la répartition de la dépense budgétaire
- information sur les impacts de la consommation sur la nutrition, l'hydratation...

Sur le volet « thérapeutique », les intervenants suivent le rythme et s'adaptent aux personnes ; ils ne « provoquent » rien, ils veulent « permettre ».

L'élément central pour donner aux personnes l'opportunité de partager quelque chose, d'ouvrir un lien, semble être le maintien d'un passage régulier des mêmes professionnels et l'attention portée aux personnes (« *se souvenir de ce qui est dit* »).

Cela favorise une temporalité propice aux échanges (« *le mercredi, je sais qu'il passe* »), et la construction d'un rapport régulier au temps qui passe (« *demain, c'est mercredi, je sais qu'il passe* »).

Travailler avec les équipes pour aider la gestion des consommations

Sur le plan institutionnel, cette action contribue à sensibiliser les professionnels et à faire évoluer le fonctionnement du CHRS pour :

- expliquer en quoi, pour la personne, la consommation est une « solution » à une problématique toujours présente en cas d'abstinence, et comment parfois la situation serait même pire sans le produit.
- permettre le stockage et la consommation encadrée de boissons alcoolisées
- éviter les dommages liés à une exclusion suite à un débordement qui aurait pu être géré.

Comme dans beaucoup d'établissements, l'alcool est le déclencheur visible des nuisances et des difficultés ressenties par les professionnels non spécialisés du CHRS. L'intervention addictologique montre qu'en travaillant la problématique de la personne, on peut réduire l'intensité du symptôme qu'est la consommation. Elle complète la compétence des intervenants en CHRS. **L'intervention de professionnels du CSAPA permet de réduire les risques liés aux consommations d'alcool, pour la personne et pour l'institution.**

Un changement de posture pour les intervenants

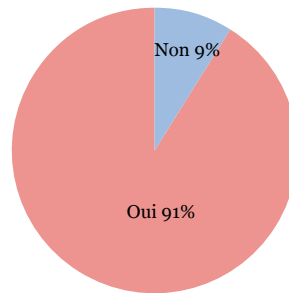
La posture des intervenants ne semble pas toujours aisée, car elle est différente de celle plus classique des rendez-vous. Là, il s'agit d'évoluer parmi les résidents — et non dans un bureau — la plupart du temps sans que rien ne se passe.

Les personnes viennent au bout d'un certain temps, elles discutent de la vie au CHRS, de leurs envies, de leurs problématiques. Les discussions ne tournent pas toujours autour de demande en addictologie, mais l'intervenant suit la demande et tente d'y répondre quoi qu'il arrive.

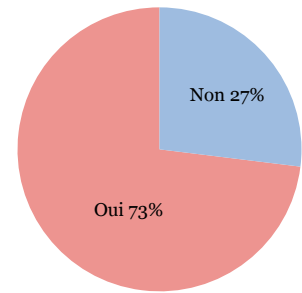
Un lien se crée alors, qui ne sera pas forcément maintenu concrètement d'une semaine à l'autre mais qui sera pérennisé par le maintien d'un « possible », d'une écoute⁸.

CSAPA le Griffon, Aria, Lyon
04 72 10 13 13 csapa.griffon@aria-asso.fr

Fiche 3 La RDR alcool et tabac



Actions spécifiques à la RDR liées à l'alcool. Graphique 36



Actions spécifiques à la RDR liés au tabac. Graphique 36 bis

La majorité des personnes accueillies en CSAPA consomment quotidiennement de l'alcool et du tabac, en polyconsommation ou non. Leur usage excessif de l'alcool est la cause d'une part importante des problèmes qui surviennent dans les dispositifs, spécialisés ou non en addictologie, particulièrement dans ceux proposant un hébergement.

Gestion de l'alcool et des risques liés à sa consommation

Faute d'outils et d'assise conceptuelle, les équipes peinent à définir un plan d'action sur la réduction des risques liés à la consommation d'alcool. Très souvent en entretien, les intervenants disent agir « *au cas par cas* », en réaction à des problématiques repérées dans un suivi, sans avoir bénéficié de formation spécifique⁹. La plupart des intervenants ont néanmoins fait de la RDR d'alcool une priorité, parfois suite à une sollicitation de l'Agence Régionale de Santé.

En CSAPA double spécialité (ou dits « généralistes »), le point sur la consommation d'alcool est souvent fait dès l'accueil, et une information sur les risques liés est donnée de manière assez spontanée.

Sur certains territoires, la différenciation entre structures double spécialité et structures spécialisées sur l'alcool a été maintenue. La plupart des CSAPA spécialisés toxicomanie — et l'un des CSAPA double spécialité visités — orientent les personnes pour leur problématiques alcool, vers un centre spécialisé Alcool. Ces orientations sont causées principalement par un manque de moyen pour prendre en charge tous les publics.

⁸Cette action peut rappeler le travail mené au CAARUD « Le Scud » de Pau autour de la consommation d'alcool, autorisée et encadrée dans le centre. L'action du CAARUD de Pau est décrite en p.8 du présent rapport.

⁹À l'occasion de ses 2^e journées nationales à Toulouse en 2012, la Fédération Addiction a réalisé un court métrage sur les interventions en réduction des risques liés à l'alcool. Ce film, intitulé « RDR Alcool, l'impératif d'un changement », est consultable sur le site www.federationaddiction.fr

Spécificités de la réduction des risques liés à l'alcool et au tabac

La réduction des risques liés à l'alcool et au tabac a fait l'objet de cinq réunions régionales, rassemblant des professionnels d'horizon divers¹⁰.

Ces groupes ont partagé le constat que la réduction des risques liés à la consommation de produits licites ne bénéficie pas d'une assise conceptuelle et d'un bagage d'outils aussi importants que la RDR liés aux produits illicites, pour des raisons historiques que les apports de l'addictologie n'ont pas finis de désamorcer.

Cette spécificité semble moins tenir à la nature du produit qu'à son statut légal, à ces modes de consommation et de distribution :

- L'alcool et le tabac ne présentent pas de risques infectieux directs,
- Leur consommation présente moins de supports que d'autres types de consommation pour motiver un changement de pratiques d'usage.
- Néanmoins les professionnels constatent :
 - des risques immédiats pour l'alcool, par l'aspect parfois massif des consommations, le caractère accidentogène de ces prises et la toxicité du produit
 - des risques à long voire très long terme pour le tabac, dont la consommation ne modifie pas l'état de conscience donc ne provoque pas directement de risque d'événements indésirables liés : désaffiliation, violences...
- L'histoire de la réduction des risques ne s'est pas faite sur ces produits, et leur consommation ont lieu dans un contexte différent des produits stupéfiants :
 - Ces produits sont licites, donc plus accessibles et visibles dans l'espace public
 - Ils touchent un public vaste et très diversifié
 - Les publics consommateurs sont moins stigmatisés dans la mesure où le produit, banalisé, ne marginalise pas la personne de la même manière qu'un produit illicite,
 - Les risques liés à ces consommations sont connus et reconnus mais les outils pour les réduire semblent encore peu identifiés.

La vigilance vis-à-vis des polyconsommations est un aspect important de la prise en charge, surtout dans les CSAPA à double spécialité.

Une attention particulière est portée sur la possible hausse des consommations d'alcool en « relais » d'une

diminution des autres consommations. Elle peut augmenter les dommages sanitaires ; les conséquences de consommations abusives d'alcool pouvant être plus graves que celles de la consommation précédente — lors d'un arrêt de consommation de cannabis par exemple. Sans dire que la consommation d'autre produit doit pour autant être maintenue, les intervenants notent que ce risque d'une augmentation plus ou moins forte de la consommation d'alcool en relais est à prendre en compte, dans une dynamique de réduction des risques, lors d'un travail vers la baisse ou l'arrêt d'un autre produit.

Les groupes et les entretiens ont permis d'avancer que la RDR liés aux consommations d'alcool et/ou de tabac partage un socle commun avec la RDR liés aux autres produits.

De la même manière qu'« *il vaut mieux ne pas s'injecter des drogues mais si l'on persiste à s'en injecter, alors il faut utiliser une seringue stérile¹¹* », on peut proposer « *de ne pas boire de trop grande quantité d'alcool, si toutefois l'on en boit en très grande quantité, il faut s'hydrater régulièrement et se placer dans un environnement sécurisé* ».

Par contre la réduction des risques se décline différemment selon le statut du produit, le public qui le consomme, l'histoire de l'intervention et la nature des risques pris. Pour l'alcool et le tabac, elle engage...

...d'autres acteurs :

- CJC et prévention
- Acteurs du milieu festif
- Milieu hospitalier
- Acteurs de la société civile (bistrotiers, bureaux des étudiants par exemple)

... d'autres outils :

- Lien avec la prévention et l'intervention précoce
- Gestion du risque lié et responsabilisation de l'utilisateur pour lui-même
- Lien thérapeutique re-questionné ou problématique — le professionnel étant un consommateur potentiel
- Pas d'outils de consommation directement — comme les seringues, les roule-ta-paille — mais des outils d'évaluation — alcootest, CO testeur, etc...

... d'autres représentations :

- Culturelles — consommation raisonnable très répandue pour l'alcool, banalisation du produit
- Thérapeutiques — la réduction ou l'arrêt des consommations sont présentées et/ou demandées quasi systématiquement comme objectif
- Sociales et individuelles — risques souvent à moyen/long terme, stigmatisation des excès.

¹⁰ Voir outils de méthodologie sur le site www.federationaddiction.fr

¹¹ Anne Coppel *Les politiques de lutte contre la drogue : le tournant de la réduction des risques liés à l'usage de drogues, Les Cahiers de l'Actif*, n°310-311, mars-avril 2002

Focus Contexte

Le Baclofène¹²

Le Baclofène bénéficie d'une recommandation temporaire d'utilisation délivrée par l'ANSM au début de l'année 2014. Ce médicament aide certaines personnes présentant une addiction à l'alcool, à retrouver une maîtrise de leur consommation voire à sortir de la dépendance.

Sa prescription est réclamée par des usagers. Les CSAPA sont assez nombreux à le prescrire, à des seuils différents, avec ou sans protocole formalisé. Ce médicament n'apparaît pas pour tous comme un outil de réduction des risques. Il permet d'accéder à une gestion de la consommation, et propose une alternative.

Sa particularité tient à la responsabilisation et au renouvellement de la place de la personne accueillie dans le suivi. En effet, les pratiques de prescription existantes ont montré que le délai et la posologie varient beaucoup d'une personne à l'autre, l'atteinte d'une réponse thérapeutique paraît moins déterminée par des critères fixes et évaluables — âge, sexe, caractéristiques physiques ou somatiques— que l'expertise de l'utilisateur et son vécu du traitement. Ils sont le principal guide d'une posologie progressive, qui augmente au fil du temps jusqu'à obtention d'une réponse que seul l'utilisateur est à même d'évaluer. Entre connaissances et responsabilité médicales, et expérience individuelle des effets désirables et indésirables du médicament, la prescription et le suivi du traitement par Baclofène suppose une alliance thérapeutique à égalité entre médecin et patient.

« Il y a deux « sachants » et non un seul, sans compter que cela s'appuie sur un dispositif plus large avec un possible accompagnement psychologique et social, alors je parlerais plutôt de « groupe de sachants ». [...] L'augmentation des doses doit se mettre en place avec les retours du patient, son degré de motivation et ce que son corps peut supporter. Le médecin joue un rôle motivationnel d'accompagnement et de contrôle de cohérence de la posologie.¹² »

L'utilisateur doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement médico-psycho-social, l'action sur l'entourage étant également fondamentale. La question de l'accès au traitement et de l'accompagnement pour les personnes isolées et/ou en situation de grande précarité reste complexe.

« Le patient s'appuie sur un trépied : son médecin, les forums et sa famille. Pour les personnes sans domicile fixe, le médecin est comme le fil d'Ariane et quand surviennent les effets thérapeutiques du produit, cela peut être très rude. ¹² »

Focus pratique

Le nalméfène dans le traitement de l'alcoolodépendance

Le nalméfène est disponible depuis septembre 2013 et est commercialisé sous le nom de Selincro®. Son indication est la réduction de la consommation d'alcool chez les patients adultes ayant une dépendance à l'alcool avec une consommation à risque élevé, ne présentant pas de symptômes physiques de sevrage et ne nécessitant pas un sevrage immédiat.

Le nalméfène est un modulateur du système opioïde avec une activité antagoniste sur les récepteurs μ et δ et une activité agoniste partielle sur le récepteur κ . Il agit sur les zones cérébrales responsables du craving et aide donc à réduire la consommation d'alcool et à la maintenir à un niveau bas.

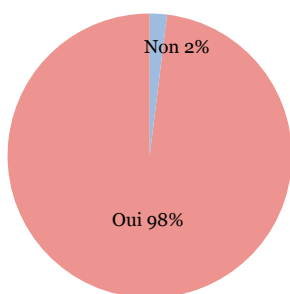
La posologie est d'un comprimé par jour pris par voie orale. Le traitement est pris de façon quotidienne, la prise peut se faire seulement en cas de situation à risque de consommation d'alcool, de préférence 1 à 2 h avant le moment où la personne est susceptible de commencer à boire. Cette modalité de prise « à la demande » nécessite une anticipation de la prise d'alcool par l'utilisateur. La posologie maximale est de 1 comprimé — 18 mg— par jour.

Comme tout traitement, il possède des effets indésirables, dans ce cas insomnies, vertiges, céphalées, nausées, d'intensité légère ou modérée principalement à l'initiation du traitement. Des états confusionnels et plus rarement des hallucinations ou des états de dissociations ont été rapportés. De même, il donne lieu à des contre-indications. Le nalméfène peut être prescrit par tout médecin.

¹² Extrait de l'intervention au Conseil d'Administration de la Fédération Addiction de M. Blaise, représentant de l'association Olivier Ameisen, anciennement alcoolodépendant (4 avril 2014).

Fiche 4

Les Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO)



Considérez-vous les TSO comme un outil de réduction des risques ? Graphique 37

98,4 % des 126 CSAPA ayant participé à l'enquête considèrent le TSO comme un outil de réduction des risques. Cette dimension du traitement n'a pas de définition réglementaire, l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) des Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO) ne mentionnant pas directement leur rôle en réduction des risques. Il dépend donc des objectifs souhaités par la personne accueillie en lien avec le prescripteur.

En quoi le TSO est-il un outil de réduction des risques ?

Pour la plupart des professionnels interrogés, la réduction des consommations d'opiacés entraînée par la mise sous MSO, va permettre à la personne de gérer ses usages et de consommer de manière différente.

Le MSO permet d'équilibrer ces consommations si elles se maintiennent, et d'en réduire les dommages. La possible diminution des injections, la réduction de la sensation de manque et du craving figurent parmi les premiers vecteurs de RDR.

L'accès au traitement – orientation par un CAARUD

La question des TSO envisagée sous l'angle de la collaboration entre les CSAPA et les CAARUD a été travaillée dans cinq réunions régionales, notamment sur la base d'une vignette clinique et d'un recueil des différents protocoles d'inclusion dans un traitement.

Certains enjeux ressortent de manière plus prégnante :

- l'écoute et l'alliance avec la personne sont cruciales lors d'une inclusion dans un TSO, pour avoir accès à la réalité de ses pratiques d'usage qui peuvent se maintenir ou réapparaître — rechute, re-consommations festives. Cela permet d'agir au plus proche de son besoin et de sa demande,

et de sécuriser le dosage du traitement.

- L'orientation de la part d'un CAARUD vers un CSAPA pour l'initiation d'un TSO pose deux questions aux professionnels :
 - L'offre de soin médical peut être hétérogène sur un territoire, que ce soit en nombre de structures présentes ou quant à leur fonctionnement : différences de projet d'établissement, différences de dotation budgétaire, de constitution d'équipe, etc. Cette diversité suppose que le CAARUD ait une connaissance fine du paysage institutionnel.
 - Un travail d'étayage de la demande et d'alliance est régulièrement mené par le CAARUD en amont d'une orientation. Ce travail n'est pas toujours pris en compte par l'équipe du CSAPA qui reçoit la personne, ces professionnels du CSAPA redoutent une forme de passe-droit pour les personnes ainsi orientées et de fournir une « prestation » plus qu'un véritable suivi. Un même travail d'étayage peut donc être refait, dans l'objectif de construire une relation avec l'usager, mais au risque de rallonger les délais et de donner au TSO une dimension d'enjeu du suivi¹³.

La collaboration entre CSAPA et CAARUD met en évidence cette tension entre :

- D'un côté la nécessité de proposer l'accès à un suivi et non à une seule prestation,
- Et de l'autre celle de prendre en compte la situation, le profil et la demande de ceux qui ne peuvent ou ne veulent engager un suivi global, sans le résumer à un « manque de motivation ».

L'enjeu pour les CSAPA est d'organiser des réponses incluant à la fois des usagers en attente d'une délivrance d'un MSO et d'un accompagnement en CAARUD, et **des usagers venant vers le CSAPA, y compris sur une orientation de ville, pour y bénéficier d'un suivi** médico-psycho-social global.

L'accès au traitement – protocoles d'inclusion

Majoritairement, l'évaluation psychosociale se fait sur un seul entretien et par un seul intervenant - souvent le premier rencontré, parfois un personnel dédié. L'adresse directement la personne au médecin qui fait le point sur les consommations et gère la posologie. Cette pratique **facilite l'accès au traitement et allège le parcours de la personne.**

D'autres pratiques prévoient 3 consultations avant l'initialisation, qui couvrent les trois domaines de l'approche bio-psycho-sociale : bilan social, bilan psychologique puis rendez-vous médical.

¹³ Sur ce sujet, la Fédération Addiction a fait paraître en 2010 un guide de la collection Pratique(s) sur les prescriptions de TSO en CSAPA. Pour en savoir plus et le télécharger : www.federationaddiction.fr

Elles peuvent avoir lieu dans une même semaine ou dans une même journée. Les demandes d'inclusion sont ensuite discutées lors des réunions d'équipe, où les intervenants ayant reçu la personne présentent leur bilan et leur avis, avant l'avis du médecin.

Plus rarement, une initiation directe avec un rendez-vous avec le médecin, est proposée. Le bilan social et psychologique peut alors se faire ou se compléter au fil du suivi, après l'initiation.

En dehors de la première analyse urinaire, la quasi totalité des CSAPA ne proposent plus d'analyses supplémentaires, sauf sur indication clinique du médecin.

Les objectifs du traitement

L'abstinence est l'un des objectifs les plus fréquemment demandés par les usagers. Elle fait partie du projet de soin des structures, dans une approche évolutive, graduée d'objectifs intermédiaires. La majorité des CSAPA concernés conçoivent l'abstinence comme une issue parmi d'autres, et ne l'opposent pas à la réduction des risques.

Quelques CSAPA travaillent la demande de l'utilisateur – souvent sur l'arrêt – pour mettre en avant l'objectif de réduction des risques du TSO, comme outil d'amélioration du confort de vie, de sécurisation et de régulation des consommations, et d'accès aux soins. Ces équipes notent que le TSO ainsi accompagné permet de favoriser l'écoute et l'échange avec la personne accueillie sur ses besoins, son vécu, sa situation... Ce qui favorise les conditions d'une alliance thérapeutique de bonne qualité.

Sur l'ensemble des CSAPA concernés, quelques uns abordent toujours l'initialisation du TSO comme un outil d'arrêt des consommations, proposant un long travail de la demande – 4 semaines – dont les dangers en termes de RDR sont pourtant largement documentés. Ce délai est jugé utile pour ce qui est présenté comme une « *demande d'arrêt* », pour quelqu'un qui se prépare « *à changer de vie* ». Pour d'autres, c'est le manque de moyen en personnel médical qui impose un délai d'attente.

De manière générale, plus les objectifs du TSO sont partagés et explicites de part et d'autre, dans une dynamique de non-jugement et d'écoute sur les consommations, plus ils ont de chances d'être atteints.

Approches et enjeux de la RDR – le mésusage des traitements

En 2012, les médicaments représentent 51,9% des substances injectées, et 21,5% des substances administrées par voie nasale¹⁴. La majorité des publics consommateurs d'opiacés pris en charge par les CSAPA sont dans des consommations de médicaments – Buprénorphine Haut Dosage, Benzodiazépines, Skénan®. D'après la phase qualitative de l'enquête, certains médecins interrogent la prescription d'un MSO, n'étant pas sûrs de la manière dont l'utilisateur le prend. S'ils ne mettent pas fin au traitement, ce mésusage cristallise les difficultés liées à l'adoption d'une posture de réduction des risques en CSAPA et révèle la nécessité de clarifier avec le patient ses objectifs. Elle engage à la fois le fonctionnement du CSAPA et la manière dont le médecin et l'équipe envisagent le traitement.

Si 98% des CSAPA voient dans le TSO un outil de RDR, son utilisation et la posture du médecin qui le prescrit et de l'équipe qui l'accompagne vont s'avérer déterminantes en termes de réduction des risques. En l'absence de recommandations claires sur ce sujet, les postures sont diverses :

- Le médecin est peu souvent désigné comme professionnel dédié à la réduction des risques¹⁵. Cela peut interroger puisque c'est lui qui met en place le TSO.
- Des équipes ont choisi de différencier les temps, et font une séparation entre RDR d'un côté – délivrance de matériel, accompagnement sur les dommages liés aux consommations, informations – et soin de la dépendance de l'autre. Cette séparation voulue peut mener à une confidentialité autour des reconstructions, elle apparaît souvent comme une manière d'éviter que l'accès au traitement de substitution ne soit conditionné aux reconstructions ou à d'éventuels usages hors prescription du MSO.
- D'autres médecins, infirmiers et travailleurs sociaux parlent d'une plus-value importante à ne pas **scinder les problématiques**. Aborder les reconstructions, les manières de prendre le traitement ou la persistance de certaines pratiques à risques lors des prises de produit permet d'ajuster et de personnaliser au mieux le TSO comme le suivi, et de promouvoir une alliance thérapeutique de qualité.

De l'avis des groupes régionaux, cette posture facilite également la prise en main par la personne de sa problématique et de sa capacité à agir sur elle-même, puisqu'elle permet d'établir un dialogue dans le non-jugement et de travailler à partir de sa réalité, de ses modes de consommations et de son besoin.

¹⁴ « Les principaux médicaments injectés sont la buprénorphine haut dosage (BHD) (54%, n=138), la morphine (30%, n=79), le méthylphénidate et la kétamine (3,5%, n=9) et la méthadone (1,5%, n=4). Les principaux médicaments « sniffés » sont la buprénorphine haut dosage (80%, n=150), la kétamine (13%, n=24) et la morphine (2,7%, n=5). » ANSM - Résultats enquête 24 OPPIDUM - octobre 2012, p.4.

¹⁵ Voir professionnels dédiés p.35; formation p.36

Focus pratique

Prescription de Skénan® CSAPA Charonne

La « lettre Girard » du 27 juin 1996 invitait, après avis au médecin conseil de la CPAM, l'utilisation de sulfates de Morphine dans le traitement de la dépendance aux opiacés¹⁷.

Agoniste aux opiacés, le Skénan® représente une alternative — ou un complément— à la méthadone et à la buprénorphine haut dosage pour les injecteurs ne pouvant ou ne voulant pas abandonner l'injection. Consommé par défaut ou par choix, il fait l'objet d'usages clandestins et de détournement vers le marché parallèle. Or en plus des risques liés aux gestes d'injection accrus par la fréquence et la répétition des prises, la constitution et la galénique du médicament présentent des risques spécifiques¹⁸.

Une offre et un usage particuliers sur des territoires donnés

Le Skénan®LP, très accessible, est la principale spécialité détournée surtout en région parisienne. Il est majoritairement injecté¹⁹ et près de 50 % des injecteurs sont porteurs du VHC. Ces injections à risque ont lieu dans de nombreux endroits du territoire, dans des contextes plus ou moins spécifiques, comme à Paris où la scène de revente de Skénan® est « poreuse » avec celle du crack, entraînant des polyconsommations risquées. Limiter le recours au Skénan® « de rue » pourrait favoriser l'éloignement d'autres consommations.

La mise en place d'un protocole de prescription et de délivrance du Skénan® en CSAPA

Tenant compte d'une expérience de prescription pour certains consommateurs et devant la multiplication des demandes d'usagers et de collègues, le CSAPA Charonne à Paris a élaboré un protocole de prescription et de délivrance du Skénan® de manière à « reconnaître et accompagner les personnes ne pouvant pas ou ne souhaitant pas abandonner l'injection de Skénan® à un temps T afin de réduire les risques liés à leurs pratiques et usages, protéger leur santé et améliorer leur qualité de vie. »

L'initiation et le suivi du traitement

- Un protocole d'accord est systématiquement adressé au médecin conseil de la CPAM ;
- la délivrance est quotidienne en période d'inclusion et de non-stabilisation. Elle ne se fait que si l'état du patient paraît compatible, et la délivrance de matériels d'injection est proposée dans le cadre du CSAPA ;
- un accompagnement explorant toutes les étapes à risques d'une injection de Skénan® — préparation de la solution à injecter notamment— peut être proposé en interne par un personnel formé ou chez un partenaire ;
- un « contrat » est établi et signé entre l'équipe et le bénéficiaire précisant le cadre, les objectifs individualisés. Ce contrat est révisable tous les deux mois avec bilan régulier. Il peut être interrompu à tout moment s'il y a un manquement grave au cadre notamment. Un relais TSO plus classique est alors proposé.

Abord social

Ce programme a un versant d'accompagnement socio-éducatif avec une déclinaison plus spécifique de la prévention des dommages sociaux (gestion des aspects financiers représentés par l'achat ou la revente du produit, gestion du temps rendu disponible (structuration des journées, inscription sociale, insertion), situation vis-à-vis de la justice).

Bilan

Le protocole Skénan® du CSAPA Charonne formalise des pratiques auparavant plus ponctuelles. Il permet d'expérimenter, de préfigurer ce que pourraient être des pratiques plus larges avec des MSO injectables mis sur le marché, d'adapter l'offre de soin à des usagers particulièrement en difficulté et de personnaliser un projet de RDR et de soin.

**Catherine Péquart,
directrice de l'association Charonne.
01 45 83 22 22 — charonne@charonne.asso.fr**

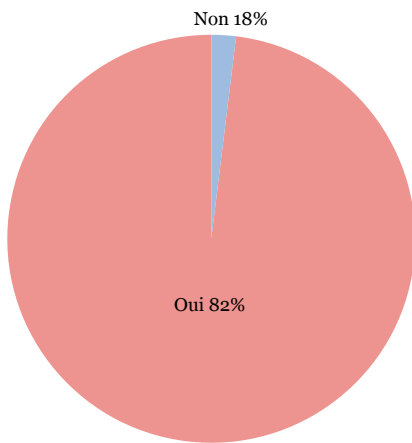
¹⁷ Ces prescriptions sont autorisées en cas d'échec ou de contre-indication avec les TSO dotés d'une AMM spécifique.

¹⁸ Complications liées à l'injection d'excipients (amidon, talc...) : lésions de la paroi des vaisseaux, microembolies entraînant un lymphoedème avec lésions chroniques (« syndrome de Popeye »), autres complications vasculaires (thrombophlébites) ou ostéoarticulaires, risques de dépression respiratoire et de surdosage, notamment lors de l'association avec l'alcool et/ou les benzodiazépines.

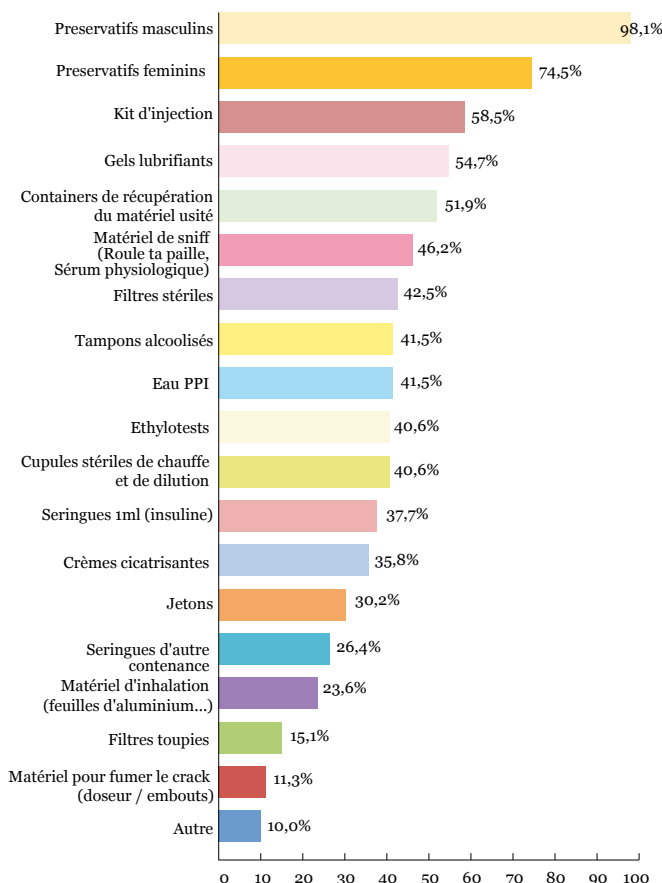
¹⁹ En 2012, plus de 84% des consommateurs de Skénan® fréquentant les CAARUD le détournent par voie intraveineuse, ce qui en fait le médicament détourné le plus injecté en France.

Fiche 5 Le matériel de réduction des risques

Quel matériel est délivré en CSAPA ?



Distribution de matériel de RDR. Graphique 38



Matériel distribué. Graphique 39

Les CSAPA ont quasiment tous des kits d'injection mais leurs positionnements sont divers autour de la délivrance dans un même lieu de matériel de RDR et de MSO.

Cet enjeu paraît être à double sens :

Des intervenants, notamment des médecins délivrant des traitements de substitution, interrogent une « *injonction paradoxale* » entre aide à la diminution et à la substitution et abord d'une pratique d'usage dans un même lieu :

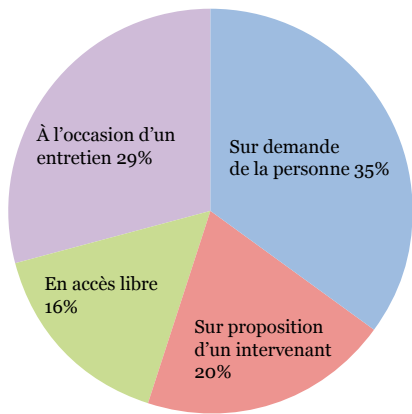
« *Ils viennent pour se faire soigner, leur objectif normalement il est là* ». « *Je délivre un traitement de substitution, je ne peux pas faire les 2. Il y aurait sinon une injonction paradoxale, voire incitative. On se limite à « faites attention, utilisez des seringues propres » pour ceux qui reconsumment* ».

Les solutions sont donc diverses : proposition du matériel en entretien, dès l'accueil, par un intervenant tiers.

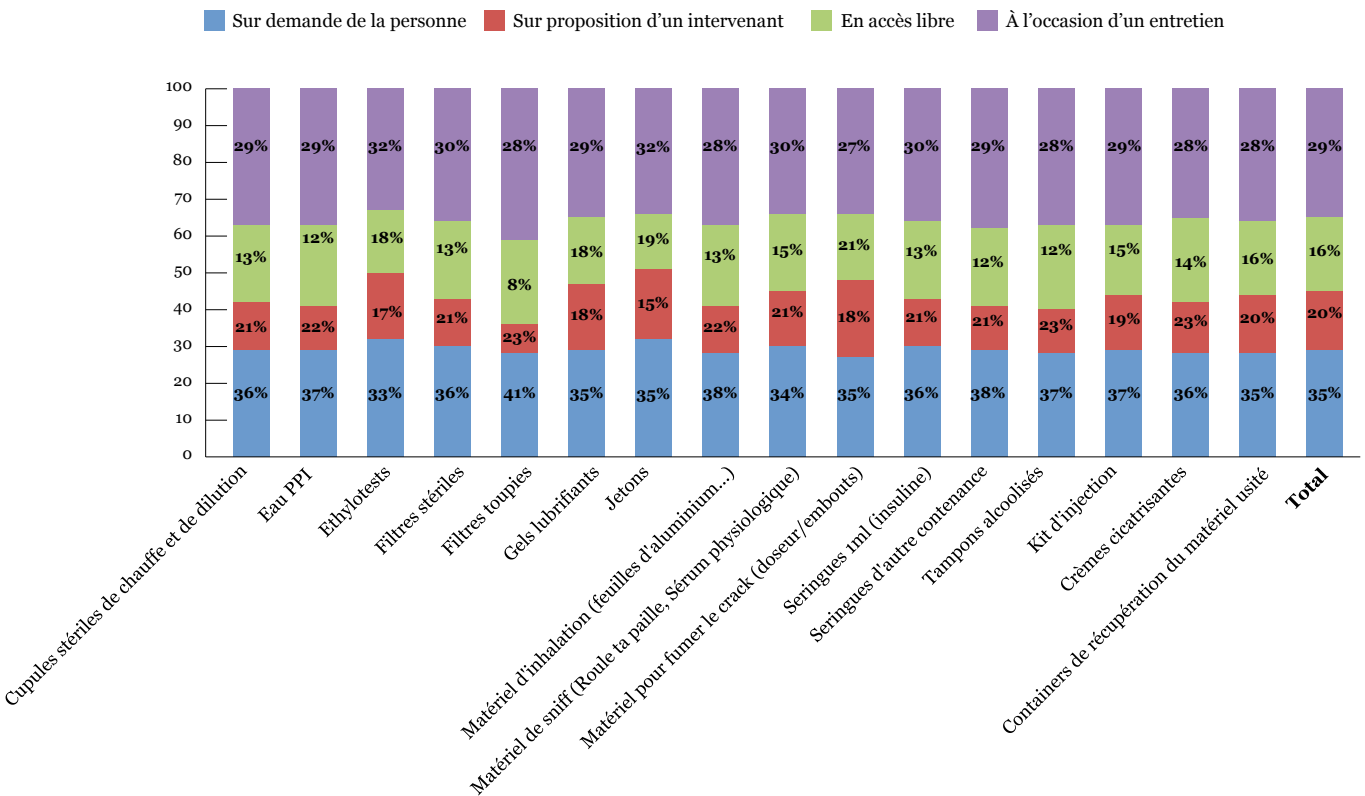
« *Même si on a une mission RDR, ça nous était très compliqué et on se sentait un peu schizophrène au départ de donner d'un côté le flacon de TSO et la seringue tout de suite après. Donc ce qu'on fait c'est que si la personne est en soin chez nous, et qu'elle me demande du matériel ... Je ne la reçois que dans le cadre de la réduction des risques [...] Les patients n'osaient pas demander à l'infirmière, maintenant ils savent à qui s'adresser.* »

Les usagers engagés dans un travail vers l'abstinence ou la réduction des consommations peuvent exprimer une surprise ou une gêne vis-à-vis de la présence de matériel de consommation au sein du CSAPA. Ils n'identifient pas ce dispositif comme point d'accès au matériel, mais comme lieu de diminution ou d'arrêt des consommations, comme en témoignerait le peu de demandes de matériel en CSAPA durant les suivis — « *Parfois un peu compliqué pour les personnes de prendre du matériel là où a lieu le soin.* »

Comment est délivré le matériel?



Modalités de délivrance. Graphique 39 bis. N=106



Matériel délivré/modalités délivrance. Graphique 39 ter. N=106

Le graphique ci-dessus permet de distinguer les modalités de délivrance par matériel. Les pourcentages sont relatifs au nombre de CSAPA mettant à disposition du matériel (par exemple, il faut lire : « 36% des CSAPA délivrant des cupules stériles le font sur demande de la personne »).

Une petite partie des CSAPA laissent le matériel en accès libre, la majorité le délivre lors d'un entretien, et/ou sur demande de la personne. Une proportion assez faible délivre le matériel sur proposition des intervenants.

Si la mise en place de la RDR dans le CSAPA a pu interroger les intervenants, la plupart des équipes disent y trouver du sens et qu'elle fait désormais partie

du travail pour les personnes qui n'ont pas besoin de différencier les problématiques de consommation et de soin. **Tous les intervenants peuvent être amenés à parler de consommations avec la personne et sont donc à même de proposer au terme de l'entretien un outil de RDR.** Ils sont nombreux à parler du matériel, et à rappeler le principe de non-jugement et de réduction des risques même si le personnel socio-éducatif et le personnel infirmier sont en première ligne lorsqu'un besoin de RDR se fait jour (abcès par exemple). Ils orientent facilement vers un CAARUD – surtout pour les CSAPA/CAARUD partageant les mêmes locaux – afin de ne pas « confondre les espaces » symboliques, et les missions.

Certains intervenants délivrent du matériel de manière individualisée et confidentielle, informant dès l'entretien d'accueil sur sa disponibilité, soit dans tous les bureaux, soit dans l'infirmierie, soit chez un partenaire. Suivant les consommations, les gestes décrits, les situations somatiques, l'utilisation de l'outil peut être montrée par un intervenant formé.

Cette délivrance directe est utilisée pour éviter la confrontation aux stimuli et à la possibilité d'une consommation pour les personnes ne consommant plus. Elle est également choisie pour que la discussion prenne une entrée plus intime — et permette d'aborder la sérologie, le rapport au corps, les règles d'hygiène, etc.

Enfin, les CSAPA/CAARUD présentent une particularité quant au matériel : en dehors des plages d'ouverture et/ou d'accueil du CAARUD, le personnel du CSAPA délivre du matériel. La plupart du temps la délivrance ne s'accompagne pas de messages particuliers, cela relevant pour les intervenants de la compétence du CAARUD.

Le binôme des deux dispositifs semble néanmoins permettre une montée en compétence des professionnels du dispositif CSAPA.

Focus pratique

Accueil inconditionnel en CSAPA, Tempo - OPPELIA

À Valence, le CSAPA Tempo reçoit environ 800 usagers chaque année, principalement consommateurs d'opiacés (34% sur 2014) et de cannabis (28,4%). L'association gérant le CSAPA porte également un CAARUD mobile qui intervient en extérieur sur le sud du département de la Drôme, et propose un accueil de jour sur six lieux autres que Valence.

L'accueil

Le CSAPA propose un espace d'accueil ouvert toute la journée, avec un professionnel présent et en capacité d'interagir avec les personnes. L'endroit offre un temps de pause aux personnes qui peuvent y venir sans rendez-vous, pour échanger entre elles, avec un professionnel, simplement pour lire ou prendre un café, ou pour bénéficier des prestations d'hygiène courante que la structure propose. Cette proposition, complémentaire à celle du CAARUD, diversifie les points d'accès à ces prestations, fidélise les usagers et favorise l'accès aux soins. Cet accueil est tout aussi inconditionnel que celui du CAARUD et les usagers trouvent du matériel de réduction des risques délivré par un intervenant, dans un espace fermé pour éviter de nourrir des représentations et des craintes pour les personnes accompagnant un jeune en CJC par exemple.

Délivrance de matériel

Dans cet objectif, la délivrance de matériel est vue comme une prestation comme une autre qui ne pose aucun problème à l'équipe pour qui « *c'est devenu naturel* ». Les stocks sont gérés par une infirmière qui intervient par ailleurs dans le cadre du CAARUD. L'ensemble des professionnels présents sur l'accueil sont formés et délivrent sur demande une gamme très large de matériel, en kit ou en vrac. Ce travail de délivrance se construit en parallèle et en complément de celui du CAARUD. Les professionnels du CAARUD interviennent davantage dans le cadre de petites unités mobiles se déplaçant sur l'ensemble du département pour aller à la rencontre des usagers qui ne viennent pas – ou ne peuvent pas venir sur les lieux fixes.

Le CSAPA propose également une borne d'échanges de seringues, ainsi qu'un réseau d'usagers relais sur la Drôme.

Place et expertise de l'usager

Le matériel est choisi et délivré en aller-retour avec les usagers, pour deux raisons :

- Le CSAPA n'a pas vocation à faire monter les professionnels en expertise technique sur les outils ; il doit offrir un espace où le lien thérapeutique est possible et sécurisé.
- Le fait que les usagers soient perçus comme experts crée une formation par l'échange, à partir de l'expérience. Cela permet ensuite un transfert des connaissances vers d'autres usagers, transmettant ainsi les savoirs et les messages de manière sécurisée.

Rapport au soin

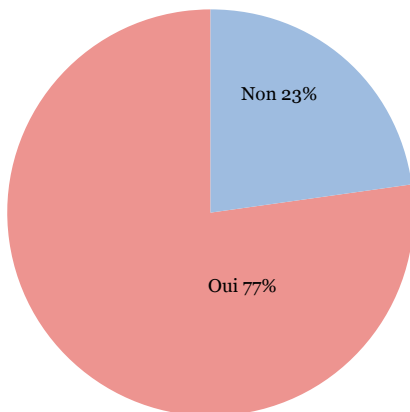
Le projet d'établissement et la possibilité d'être accueilli en CSAPA de manière inconditionnelle ne supposent pas pour autant que la structure soit devenue un CAARUD. Le personnel et les espaces sont séparés entre lieu d'accueil et bureaux d'accompagnement, de soins médicaux et psychologiques. Le CSAPA propose un accompagnement pluridisciplinaire, délivre des soins, tout en souhaitant faire exister de manière transversale la posture de réduction des risques et la dynamique de projet de soin et d'accompagnement d'un CSAPA. Ce double accompagnement soulève encore des questions, notamment sur l'articulation entre professionnels, le secret partagé, les mésusages de médicaments. Ces difficultés sont travaillées en équipe et les solutions envisagées au cas par cas.

CSAPA Tempo - Valence

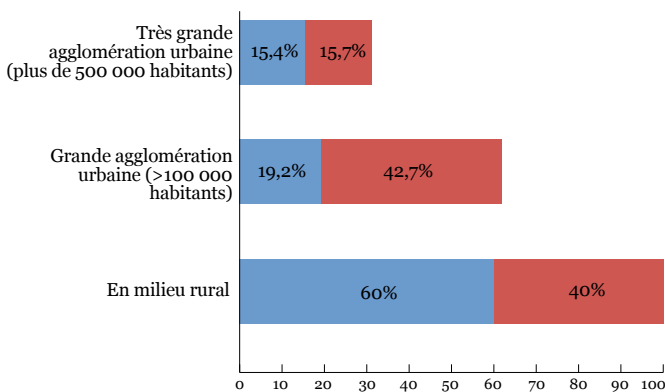
04 75 40 17 70, tempo@oppelia.fr

Fiche 6

Articulation avec les CAARUD



Lien avec un CAARUD particulier. Graphique 30 (rappel)



Répartition géographique des CSAPA travaillant ou non avec un CAARUD. Graphique 30 bis

Pour rappel

D'un point de vue statistique, on sait que :

- 77% de CSAPA ont un lien avec un CAARUD en particulier.

53% des répondants à l'enquête partagent d'autres liens et/ou une même association gestionnaire.

Orientations et accès aux soins

L'articulation CSAPA/CAARUD se fait principalement autour de l'orientation des personnes, vers le CSAPA pour l'accès aux soins, vers le CAARUD pour l'accès au matériel. Les deux dispositifs gardent la complémentarité qui a présidé à leur création.

Les intervenants interrogés notent qu'il y a beaucoup plus d'orientations du CAARUD vers les CSAPA qu'à l'inverse. Les causes de ce décalage semblent plurielles, mais celle qui domine est sans doute la persistance d'une conception linéaire et chronologique du soin :

- l'orientation vers le CSAPA irait dans le sens d'une temporalité qui correspond à une représentation « idéale » du soin : l'usage actif et le CAARUD comme un « *amont* » du soin, un lieu pour « *ceux qui n'en sont pas encore là* » ; ensuite, avec le travail sur l'usage actif, le CSAPA, qui engage un travail même sans poser d'emblée un objectif d'abstinence ;
- l'accompagnement enclenché en CAARUD peut se poursuivre de manière cohérente en CSAPA, l'inverse ne paraît pas évident et serait vécu comme un certain « *retour en arrière* ».

Légitimement, et dans la suite des textes qui ont présidé à leur création comme à la composition des équipes, la manière de faire de la réduction des risques en CSAPA est différente de celle qui s'exerce en CAARUD. Les usagers viennent chercher au CAARUD une forme de pragmatisme, dans une autre démarche qu'au CSAPA.

L'échange de pratique comme outil de collaboration

Pour les intervenants se revendiquant d'une formation par expérience professionnelle¹⁹, celle-ci résulte souvent d'échanges de pratiques entre CSAPA et CAARUD. Une majorité des CSAPA, gérés ou non par la même association qu'un CAARUD, ont fait intervenir une personne de CAARUD à minima sur la nature du matériel, dans un objectif de présentation du travail complémentaire d'un partenaire.

Ces présentations n'ont pas toutes eu vocation à entraîner une distribution de matériel, et ont plus constitué selon les professionnels une information sur le travail existant chez les partenaires qu'une formation pour mettre en œuvre ces travaux.

Certains sites combinent les deux dispositifs CSAPA et CAARUD. Ceux-là ont une pratique professionnelle double ; les intervenants peuvent être amenés à revoir sur les plages horaires « CAARUD » les usagers qu'ils voient sur les plages horaires « CSAPA » ; ce type de fonctionnement gêne plus l'utilisateur que le professionnel, même si celui-ci peut parfois se questionner sur la pertinence de cette double intervention. La pratique double CSAPA/CAARUD et l'adoption de ces deux regards impactent l'une et l'autre des pratiques, sans les confondre.

¹⁹Voir partie formation p.36

L'adaptation de l'accueil

Pour la majeure partie des CSAPA sollicités durant l'enquête, une partie du travail du CAARUD est perçue comme un travail de l'amont vers le soin — évaluation d'une demande de passage sous TSO, premier accès au soin, échanges et premier lien avec le dispositif. Pour exemple, lors de l'orientation d'un usager par un CAARUD, **le protocole d'inclusion ne tient que peu compte du travail mené en CAARUD.**

Cet enjeu peut être mis en lien avec le constat admis dans 3 des 5 groupes, d'un souci de reconnaissance pour le travail mené en CAARUD — certains CAARUD mettant en avant la nécessité de considérer que « *le travail du CAARUD, c'est aussi du soin* ».

Cette notion « *c'est aussi du soin* » en CAARUD ; et « *c'est aussi de la réduction des risques* » en CSAPA semble englober un spectre large d'activités qui participe d'une **redéfinition progressive de l'accompagnement**, autrement que par la notion de trajectoire de soin pour les uns, ou de « *step by step* », pour les autres. Cette approche qui commence à évoluer nettement présentait un même sous-entendu chronologique trop rigide, trop linéaire.

Tous s'accordent à dire que le soin ne se résume pas à l'accès à l'abstinence et que la réduction des risques ne se résume pas à l'accès au matériel de consommation ; même si les définitions de la réduction des risques et de l'accompagnement restent disparates d'un établissement à un autre, voire d'un professionnel à l'autre.

Focus pratique

Accompagnement en CAARUD et initiation des TSO, CSAPA Croix-Rousse

Au CSAPA de l'hôpital de la Croix Rousse, les nouveaux patients sont accueillis par l'équipe infirmière. Il leur est proposé d'être pris en charge de façon anonyme conformément à la loi de 1970, avec un remplacement du nom de famille par la lettre X pour la constitution du dossier.

Les premières réunions régionales de la Fédération Addiction en Rhône-Alpes sur l'articulation CSAPA et CAARUD ont fait émerger le constat que l'orientation d'usagers d'un CAARUD vers un CSAPA procède d'un travail de réflexion et d'élaboration, fait avec les intervenants. Il concerne l'évaluation d'une demande de passage sous TSO, un premier accès au soin, des échanges et un premier lien avec le dispositif. Ce travail en amont, qui peut prendre plusieurs mois, voire plusieurs années, n'était pourtant pas pris en compte dans le protocole d'inclusion des CSAPA.

Le CSAPA de la Croix Rousse a donc souhaité mieux le prendre en compte dans l'accueil de ces patients.

Un travail coordonné entre les équipes du CSAPA et des deux CAARUD de la ville a donc été mené pour organiser un accueil différencié.

Sur appel des professionnels du CAARUD, le protocole est allégé pour un accueil plus simple et plus rapide. Les professionnels du CAARUD peuvent, pour un usager avec qui un travail préalable a été entrepris, et avec son accord, présenter son parcours par téléphone, à l'équipe du CSAPA, au moment de la réunion d'équipe. A l'issue de cette présentation, les premiers rendez-vous sont pris pour les premières prescriptions. Un accueil par semaine est possible pour une demande de ce type.

Par ailleurs, le CSAPA essaie de proposer une prise en charge adaptée avec une notion de bas seuil et de haut seuil possible, sans seuil maximal de posologie pour les TSO. Les CAARUD participant à cette dynamique sont attentifs **à ne pas devenir pour autant un « pré CSAPA »**, afin de conserver le rôle et les missions qui en font un dispositif à part entière, proposant un accueil de première ligne à des personnes qui peuvent avoir une demande minimale. Prendre une dimension de « *pré CSAPA* » risquerait de créer une hausse du seuil d'accès au CAARUD, contredisant cette mission.

CSAPA la Croix Rousse – 04 26 73 25 82 - frederic.buathier@chu-lyon.fr

Conclusion

Dans son projet associatif, au travers de ses prises de position, et tout au long de son travail sur le sens de l'action de ses adhérents, la Fédération Addiction soutient une approche humaniste des addictions et des personnes qu'elles concernent, sans jugement, quelque soit leurs usages et leurs comportements addictifs.

Fruit de trois ans d'enquête et de co-construction avec les professionnels, cette première parution veut donner un socle de repères sur la mise en pratique de la réduction des risques, par les CAARUD, et par les CSAPA.

Ce rapport rend compte de l'ensemble des éléments que les adhérents et les partenaires de la Fédération ont bien voulu confier. 214 questionnaires remplis, 23 entretiens d'équipe et/ou individuels, les éléments issus de regards croisés, des échanges de pratiques auxquels près d'une centaine de professionnels ont accepté de se prêter, constituent la matière de ce rapport d'enquête.

Il nous permet aujourd'hui d'éclairer les pratiques de la réduction des risques dans le dispositif médicosocial, et de donner une image assez détaillée des réalités de terrain. Il nous montre comment cette philosophie est en train d'imprégner doucement tous les champs de l'intervention autour des addictions : prévention, matériel et TSO en CSAPA, évolutions des postures de soin, accompagnement des consommations d'alcool et de tabac, articulation et partenariats autour de l'aller-vers, sensibilisation des acteurs du social... Ce premier volet nous permet donc d'éclairer une bascule passionnante, du soin à la prévention en passant par la prise en compte des savoirs expérientiels, dont nous n'avons pas fini de mesurer et d'accompagner l'impact dans le champ des addictions..

Ce rapport sera suivi d'un travail d'analyse des postures et pratiques transversales, pour fournir des points d'appui à leurs évolutions.

Cette analyse se fera de manière dynamique, pour ne pas figer les pratiques et les postures qu'elle entend décrire. La conceptualisation et l'analyse de ces pratiques et postures auront vocation à favoriser ces dynamiques, en valorisant la créativité des acteurs de terrain, au plus près des évolutions d'usage, de produits, de territoires, et les expérimentations.

Martine Lacoste

Vice Présidente de la Fédération Addiction.

Remerciements

Ce rapport d'enquête est le résultat d'un projet mené de 2012 à 2015 par la Fédération Addiction.

Notre association souhaite remercier :

L'ensemble des intervenants ayant participé à l'enquête

- Les 88 CAARUD et les 126 CSAPA ayant répondu aux questionnaires en 2013
- Les 7 CSAPA et les 8 CAARUD ayant accepté de participer à un ou plusieurs entretien(s) collectif(s) ou individuel(s) en 2014
- Les 99 professionnels ayant participé aux réunions des 5 groupes régionaux en 2014
- L'association Aides pour avoir largement relayé l'enquête dans son réseau durant les deux années
- Les collectifs de CAARUD ayant accepté de participer à l'enquête.

Le groupe projet

- Lilian Babé, directeur adjoint du CSAPA Soléa – Besançon
- François Brossard, directeur adjoint du CSAPA Sato Picardie – Creil
- Jean-Christophe Catusse, chef de service au CAARUD Sleep In de PSA – Marseille
- Didier-Philippe Delannoy, animateur socio-éducatif au CAARUD 16 Kay du SDIT – Chalon-Sur-Saône
- Denis Fauvel, infirmier au CSAPA Douar Nevez – Lorient (durant l'enquête)
- Pascal Fraichard, directeur des CSAPA PSA Marseille et Arles et du CAARUD Sleep'In et délégué régional de PSA PACA - Marseille
- Virginie Laporte, chargée de mission chez Aides - Paris

- Florent Martel, chef de service du CAARUD Ruptures – Lyon
- Alain Meunier, infirmier au CSAPA AVSEA – Saint Die des Vosges
- Nicolas Naveau, chef de service du CAARUD Oppélia Freessonne – Juvisy Sur Orge (durant l'enquête)
- Etienne Normand, chef de service du CAARUD et PMSA "Intermède" de l'Association Régionale Clémence Isaure – Toulouse
- Denis Pedowska, directeur du CAARUD Aurore 93 – Aulnay sous Bois
- Catherine Pequart, directrice de l'association Charonne – Paris
- Guillaume Rasquin, chef de service du Sleep In du Cèdre Bleu – Lille
- Thomas Rouault, directeur CSAPA/CAARUD/CHRS Oppelia – Essonne
- Gilles Rozsypal, chef de service du CAARUD de l'Apleat - Orléans (durant l'enquête)
- Jonathan Wildenberg, éducateur au CAARUD Logos – Nîmes

Les référentes administratrices du projet

- Brigitte Reiller, référente de la démarche participative Pratiques professionnelles de réduction des risques
- Martine Lacoste, vice présidente de la Fédération Addiction et référente du projet Réduction des risques

Les apports transversaux de

- Jean-Michel Delile, vice président de la Fédération Addiction, référent du travail sur les hépatites
- Alain Morel, administrateur, référent du travail sur l'articulation des acteurs de soin.

Ce projet a reçu le soutien de la Direction Générale de la Santé.

Rédaction : Laurène Collard, chargée de projet
l.collard@federationaddiction.fr

Conception graphique : Sophie Della Corte
sophiedellacorte.com

Impression : La petite presse, Le Havre,
Haute-Normandie

Achévé d'imprimer en décembre 2015.



9 rue des Bluets

75011 Paris

01 43 43 72 38

www.federationaddiction.fr