

Réduction des risques et des dommages (RdRD) liés aux conduites addictives

**M. Valère Rogissart\***

\* Directeur territorial du pôle Accueils santé précarité d'Aurore en Seine-Saint-Denis, 13-15, rue Madeleine Vionnet, F-93300 Aubervilliers. Courriel : v.rogissart@aurore.asso.fr

# Faut-il distinguer des lieux et des acteurs en fonction des modalités d'action (qui fait quoi en matière de RdRD) ?

Comment faire de la réduction des risques dans les lieux de traitement ?  
En centres résidentiels de soins ? En hébergement social ? En prison ?

CSAPA, CAARUD, prison

## Résumé

Depuis 1987, la réduction des risques (RdR) a pris sa place dans le paysage des politiques publiques qui s'appuient sur plusieurs textes, dont ceux encadrant les dispositifs distincts CAARUD et CSAPA. Toutefois, il est nécessaire de mettre en place de nouvelles pratiques, de nouveaux outils validés pour s'adapter aux évolutions des questions de drogues. La structuration des politiques de RdR essentiellement avec les CAARUD et CSAPA peut laisser à croire en un dispositif qui serait marqué "plus gestion des consommations" pour les premiers et "plus soins" pour les seconds ; les réalités sont plus complexes. Les premiers acteurs de la RdR sont les usagers ; viennent ensuite les professionnels "dédiés" à la RdR (les personnels soignants sont moins fréquents dans les CAARUD), la médecine de ville, les officines pharmaceutiques, l'environnement... Il convient d'articuler les interventions entre les professionnels du "social" et ceux de la RdR et du soin (hébergement social capable d'aménager les consommations). En prison, il est nécessaire, entre autres, de prioriser l'accès aux conseils et aux matériels d'injection, en améliorant l'accès aux traitements et la continuité des soins à l'entrée et à la sortie d'incarcération.

## Mots-clés

Réduction des risques et des dommages – CSAPA – CAARUD – Prison.

## Summary

**Should we distinguish locations and actors according to different types of action (who does what in terms of HRR)? How to perform risk reduction in treatment centres? In medical homes? Social housing? In prison? CSAPA (ambulatory addictions centers), CAARUD, prison**

Since 1987, harm and risk reduction (HRR) is part of public policies. It is based on several texts, including those establishing two separate systems: CAARUD (*Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues* – Risk Reduction and Accompaniment Centres for Drug Users) and CSAPA (*Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie* – Centers for the Care, Follow-up and Prevention of addictions). However, we must implement new techniques and validated tools in order to adapt to the evolving situation with drugs. Current HRR policies are essentially centred on CAARUD and CSAPA, implying that the first primarily deals with "managing use" and the second with "managing care". The reality is more complex. First-line actors in HRR are the consumers, followed by the "dedicated" HRR professionals (health care personnel are less common in CAARUD), family practitioners, pharmacists and other concerned persons... We must coordinate interventions between "welfare", HRR and healthcare professionals (social housing capable of integrating substance use). In prison, we must offer priority access to information and material for injections. We must simultaneously improve access to treatment upon entering prison as well as healthcare continuity upon release.

## Key words

Harm and risk reduction – CSAPA – CAARUD – Prison.

Les propos qui suivent sont énoncés à partir du point de vue d'un acteur de terrain, d'un praticien qui a décliné la réduction des risques (RdR) dans différentes configurations, différents lieux militants ou professionnels du médico-social (et aujourd'hui directeur territorial en Seine-Saint-Denis pour le Pôle "accueils santé précarité" de l'association Aurore), en passant par AIDES, Médecins du monde, la direction de CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) puis de CSAPA (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), jusqu'à des programmes expérimentaux de prévention de la récurrence ou de communauté thérapeutique dernière-née des offres de soins de la dépendance.

Ce qui suit est plus particulièrement tourné vers les structures médico-sociales concernées par la RdR (CSAPA et CAARUD), et notamment sur la question des drogues illicites, et sera complété par mon co-expert, le Dr Vincent Meille.

## La RdR nécessite-t-elle de nouvelles pratiques et nouveaux outils ?

La RdR a depuis 1987 pris sa place dans le paysage des politiques publiques qui s'appuient sur plusieurs textes dont ceux qui encadrent les dispositifs CAARUD et CSAPA avec des missions déjà établies en matière de RdR (voir plus loin).

Mais il est effectivement nécessaire de compléter la palette existante par la mise en place de nouvelles pratiques/nouveaux outils validés par de nombreuses études, recherches et rapports. De nombreuses recommandations en découlent et font consensus au plan scientifique et en termes d'intérêt qu'elles représentent pour la RdR avec notamment des recommandations pour :

- En matière de traitements de substitution qui ont été, sont et seront des outils majeurs de RdR avec :
  - Un élargissement et une adaptation des traitements de substitution aux opiacés (TSO) : galénique (inhalable, injectable...), nature (Skenan<sup>®</sup>, héroïne médicalisée...).
  - Une approche intégrée TSO-RdR (notamment pour les injectables).
  - Une amélioration de l'accès aux soins, au diagnostic et aux traitements VHC notamment (cohérence d'action

en favorisant les coopérations CSAPA/CAARUD-hépatologie par exemple).

- Une diversification de l'offre notamment dite bas seuil : il n'y a que deux "bus méthadone" actuellement proposant ce type d'accès.

- Mais aussi développer les moyens de faire face aux overdoses avec l'accès à la naloxone – antagoniste des récepteurs de la morphine, administrée comme antidote dans les cas d'intoxication aiguë (surdose) – pour les usagers et les professionnels.

- En matière de mode de consommation par voie injectable, qui reste une pratique répandue, favoriser :

- La prévention des injections, programme *Break the cycle*, les alternatives à l'injection (chasser le dragon : mode consommation qui consiste à fumer l'héroïne), la sécurisation des injections (matériels diversifiés et accessibles...).

- La mise en place de salles de consommation à moindre risque (SCMR), les dispositions ayant été prises récemment : "*À titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue [...] après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.*" (1).

- Mais aussi de programmes d'accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI – AERLI), également devenus protégés compte tenu de la proximité des acteurs avec les usagers, les produits et leurs modes de consommation, répondant à un objectif énoncé : "*Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation.*" (article L3411-8 du Code de la santé publique) (2). Ces programmes pourraient être déclinés dans les 150 CAARUD français moyennant :
  - . la poursuite de la formation des acteurs sur ces programmes qui requièrent des compétences explicites en

matière d'injection et de son accompagnement ;  
 . la capacité d'aménagement d'un lieu dédié ou d'une infirmerie si elle n'existe pas encore ;

. le recrutement de personnels soignants (infirmiers diplômés d'État – IDE, assistants sociaux) pour les CAARUD non pourvus.

- L'accès aux matériels à distance (SAFE) pour les usagers qui ne souhaitent pas entrer en contact avec les dispositifs CAARUD/CSAPA ou la pharmacie de leur village, ou qui vivent dans des territoires non couverts par une offre de RdR suffisamment proche.

- Reprendre un travail de sensibilisation des officines pour améliorer l'accès aux matériels de RdR, qui reste trop réduit.

- La promotion de l'analyse de drogues et sa généralisation pour permettre réellement un travail de veille tel que prévu dans le référentiel RdR et effectif en région parisienne par exemple. Cela nécessite d'ajouter d'autres compétences techniques (pharmaciens, chimistes) pour encadrer le dispositif.

- Généralisation de l'accès au dépistage (TROD) rendu possible avec la récente réforme de santé : “[...] les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* destinés à réaliser des autotests de détection de maladies infectieuses transmissibles mis sur le marché [...]” peuvent être délivrés par “Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et les appartements de coordination thérapeutique [...]” (3). Dans la même visée, l'évaluation non invasive de la fibrose hépatique, les tests physiques (FibroScan®) ou biologiques (Fibrotest®, Fibromètre®) existent, sont en partie utilisés (avec GAÏA en Île-de-France qui intervient dans différents CAARUD/CSAPA par exemple) et pourraient être généralisés dans l'ensemble des dispositifs.

D'autres actions restent à développer et soutenir :

- Les programmes spécifiques allant au-devant de populations spécifiques – festif, jeunes (4, 5), femmes (6, 7) migrants, sortants de prison (voir plus loin), précaires etc. Encore une fois, de nombreuses recommandations et travaux sont proposés dans les différents domaines et peuvent guider les acteurs.

- La netRdR : le nouveau canal d'accès aux drogues que représente internet (entre 2002 et 2011, en Europe, la part des 15-24 ans déclarant avoir recours à internet comme source d'information sur les produits psychoactifs est ainsi passée de 30 % à 64 % selon l'OFDT) est aussi un nouveau canal de RdR et nécessite de promouvoir les expériences du type “psychoactifs” (voir contributions suivantes).

Une recommandation essentielle serait de soutenir le renforcement des dispositifs existant plutôt qu'un saupoudrage d'offres nouvelles.

Mais il faut souligner que la question ne se résume pas à l'établissement d'un listing d'outils, mais de se mettre en configuration pour être capable de s'adapter aux évolutions des questions de drogues. L'approche produit ou mode de consommation est évidemment essentielle à prendre en compte pour délivrer les bons messages, mais elle doit s'entendre dans une RdR comme un concept généralisable et une approche globale. C'est ce qui rend possible et nécessaire d'imaginer une RdR alcool ou cannabis par exemple, et plus largement une RdR sur les “polyconsommations”.

## Aujourd'hui, des lieux distincts pour la RdR

Des structures sont plus particulièrement “dédiées” à la réduction des risques avec les CAARUD et CSAPA, et différents textes décrivent la mise en œuvre des politiques publiques de RdR en France. En premier lieu “La Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a, pour la première fois, permis une reconnaissance législative de la politique de réduction des risques mise en œuvre, jusque-là, par voie de circulaire. Elle vise à définir l'objet de cette politique, à affirmer la responsabilité de l'État dans ce domaine et à sécuriser le statut et le financement des structures intervenant dans ce champ en les inscrivant parmi les établissements médico-sociaux.” (8).

“Cette réforme a donné un cadre aux structures de réduction des risques après avoir conféré un cadre aux pratiques à travers le Référentiel national des actions de réduction des risques publié par Décret du 14 avril 2005”, complété par le “Décret du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique” puis le Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions CSAPA qui détaille les missions de ces établissements dans le champ de la réduction des risques.

En résumé, les missions sont pour les CAARUD :

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

- Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :

. l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place,  
 . l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun,  
 . l'incitation au dépistage des infections transmissibles.  
 - Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle.  
 - La mise à disposition de matériel de prévention des infections.  
 - L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers.  
 Ils développent des 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.  
 Les centres participent 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." (articles R3121-33-1 et R3121-33-2 du Code de la santé publique) (2).

Et pour les CSAPA :

"Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie assurent, pour les personnes ayant une consommation à risque, un usage nocif ou présentant une dépendance aux substances psychoactives ainsi que pour leur entourage :

1°- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne ou de son entourage ; [...]

2°- La réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives

3°- La prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative. Elle comprend le diagnostic, les prestations de soins, l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

"Les centres assurent le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés [...]"

"Les centres peuvent spécialiser leur activité de prise en charge en direction de personnes consommant des substances psychoactives illicites ou de l'alcool." (articles D3411-1 et D3411-2 du Code de la santé publique) (2).

"Au titre de la prise en charge médicale, les CSAPA accueillant des usagers de drogues doivent assurer la prescription de l'ensemble des traitements de substitution aux opiacés (TSO) comme c'était déjà le cas pour les CSST et assurer notamment la primo-prescription de méthadone." (9).

Le référentiel RdR décline les modes et lieux d'intervention, les objectifs, la palette des informations et

peut être interprétable dans un sens favorable au développement de nouveaux outils/nouvelles pratiques (les équipes de RdR peuvent participer à l'évaluation de nouveaux outils ou stratégies), mis à part quelques sujets sensibles, ceux qui touchent aux produits ou aux pratiques très directement notamment. Il reste cependant très marqué :

- par une approche sanitaire (dans l'énoncé des objectifs par exemple ou le développement des informations à proposer très axées sur les risques pathologiques, dépistage/prévention des transmissions, procédures et gestes d'urgences...), en partie légitime mais qui ne rend pas compte de la nécessaire approche globale, holistique, pourtant préconisée en de nombreuses occasions ;

- et par les limites du cadre légal actuel qui reste un frein malgré quelques progrès – question de la crainte de présentation sous un jour favorable, notamment avec l'analyse de drogues ou d'information sur les drogues : "Ils ne peuvent pas être utilisés pour présenter les produits sous un jour favorable. Le cadre juridique de l'usage de stupéfiants doit être rappelé." (annexe 31-2 du Code de la santé publique) (2).

Si la RdR s'est historiquement d'abord centrée sur les dimensions sanitaires, d'accès aux soins, de prophylaxie qui se retrouvent dans les textes et pratiques actuels, avec la seringue comme outil réel mais aussi très symbolique, elle reste une RdR "sanitaire" qui a du mal à passer à une politique de RdR liés aux usages de drogues telles qu'initiée en milieu festif par exemple.

Il ne faut pour autant pas oublier que la lutte contre le VHC reste une urgence de santé publique, une priorité : elle n'a pas été correctement traitée ni en termes de soins, ni en termes de réduction des contaminations : alors que les recommandations internationales insistent depuis plus de dix ans sur les SCMR, sur les situations en prison comme haut lieu de contamination, rien n'a été entrepris de sérieux. Nous avons aujourd'hui les traitements efficaces et rapides pour considérablement réduire le réservoir VHC, mais nous ne le faisons pas : trop peu de personnes accèdent à ces traitements pour d'uniques questions économiques qui pourraient tranchées autrement. "Permettre un accès universel à ces traitements par le recours à la licence d'office, rendu possible dans le cadre de l'accord international sur les droits de propriété intellectuelle qui touche au commerce (ADPIC)" (10) doit être obtenu.

Mais, il n'y a pas eu heureusement besoin d'un VTT, "un virus du teuffeur tazé", en milieu festif techno pour

imaginer une RdR adaptée à ces contextes, produits, usages et usagers souvent décrits comme nouveaux un temps mais qui ne le sont plus depuis longtemps. En tout cas, on peut s'attendre à un renouvellement de nouveaux contextes, produits, usages et usagers qui impliquent d'avoir un dispositif souple, adaptatif, mais aussi autonome, à savoir qu'il puisse prendre des initiatives pour qu'une nouvelle pratique, un nouvel outil puissent être développés sans qu'ils soient prévus dans les textes. Et pour cela il faut s'appuyer sur les acteurs et avoir confiance en eux.

C'est entre autres la question de l'élargissement de la palette d'outils et pratiques qui par nature ne doivent pas être figés. Il s'agit d'être plus efficace ou de s'adapter mieux aux phénomènes émergents. Plus efficace en matière de lutte contre le VHC en renforçant la promotion de pratiques à moindre risque en permettant les CIS (centres d'injection supervisée), les programmes type ERLI ou *Break the cycle* par exemple. En s'adaptant si l'on songe à l'irruption d'internet à la fois comme pourvoyeur de produits et comme pourvoyeur de messages de RdR ou à l'accès aux matériels à distance (SAFE), sorte de vente par correspondance RdR qui permet d'aller là où personne ne va, ou encore avec de nouvelles galéniques pour les TSO, des injectables notamment.

## Faut-il distinguer des lieux ?

La structuration des politiques de RdR essentiellement avec les CAARUD et CSAPA peut laisser à croire en un dispositif qui serait marqué "plus gestion des consommations" pour les premiers et "plus soins" pour les seconds, dispositifs singularisés par des objectifs d'abstinence, une conception du soin avec des objectifs de guérison pour faire court et donc en difficulté pour prendre en compte des objectifs de consommation à moindre risque, de gestion/aménagement des consommations, de stabilisation... Autrement dit, les uns seraient dans le *care* et d'autres dans le *cure*. Les réalités sont plus diverses et variées (11), et surtout plus complexes.

Dans les discussions qui ont abouti aux textes de RdR (Loi 2004, référentiel RdR, textes CAARUD) auxquelles j'ai participé avec les représentants associatifs de l'époque et les pouvoirs publics, j'ai pour ma part milité pour une différenciation des lieux : certes des évolutions notables pouvaient déjà être constatées, mais je pensais qu'il y avait un risque de dissolution de la RdR dans "le soin", dans les CSST (centres de soins spécifiques pour

toxicomanes), largement majoritaires dans le paysage. Depuis, le passage des CSST en CSAPA a permis l'intégration claire de la RdR dans leurs missions et projet d'établissement, au-delà de la prescription de TSO qui est un outil majeur de la RdR et non pas un simple traitement vers l'abstinence, ce qui semble largement admis aujourd'hui (11). Si cette différenciation initiale a sans doute concouru à la création et au développement d'une culture, d'une identité RdR, elle est à reconsidérer. D'une part, cette conception est opérationnelle sur de grands centres urbains, dont Paris, où toute une palette d'offres coexistent, se complètent, différenciées ou non d'ailleurs (cf. Nova Dona qui gère un CAARUD et un CSAPA au même endroit), avec différents seuils d'accès, mais elle ne l'est plus dans beaucoup d'autres territoires, villes moyennes et territoire ruraux, notamment où ce serait déjà beau qu'il y ait un CAARUD et un CSAPA dans chaque département. D'autre part, l'approche santé globale que propose la RdR impose de considérer un continuum entre les messages et outils pour préserver au mieux sa santé et l'accès aux traitements de la dépendance au-delà de l'aménagement des consommations. L'enquête de la FA (11) montre que 57 % des structures gérant des CAARUD gèrent aussi un CSAPA, et c'est l'un des facteurs qui facilitent sans doute la diffusion progressive de la RdR, dont l'accès aux TSO, les uns étant les prescripteurs des autres et inversement.

Mais si "*La mobilisation de ce concept (RdR) présente une série de disparités selon les spécificités du territoire d'intervention (rural ou urbain), de l'équipement institutionnel local (proximité d'un CAARUD) et des conceptions idéologiques [...] il est possible d'émettre l'idée selon laquelle la précarité sociale des usagers reçus au sein d'un CSAPA représente une variable influente sur la position du curseur des actions de réduction des risques dans ce type d'établissement médico-social. [...] Un usage problématique de substances diverses et variées, enferré dans un mode de vie marqué par des problèmes polymorphes (carences socio-économiques, problèmes psychiatriques, une errance installée...) convoquent, de fait, une alliance simplifiée entre la réduction des risques et le soin.*" (12).

D'un point de vue pragmatique, en l'état actuel, ce sont plutôt des CAARUD qui seront amenés à développer des offres d'accompagnement/éducation à l'injection (SCMR ou AERLI) et donc parfois des situations de "mésusage" de traitement pour en faire une question de RdR au travail avec l'utilisateur. On peut aussi signaler que trois CAARUD proposent un accès méthadone

bas seuil (par exemple AXESS – groupe SOS avec une antenne méthadone dans le CAARUD du CSAPA Entracte). Ce seront plutôt des CSAPA qui seront amenés à élargir la palette des TSO parce qu'ils sont prescripteurs potentiels. Et les TSO injectables, nécessaires pour certains usagers, impliqueront qu'il y ait un accompagnement de l'injection en CSAPA (ERLI). De ce fait, les frontières se relativisent...

Il reste deux questions qui se posent : celle de la gestion des consommations (en CAARUD ou CSAPA ambulatoires qui peuvent accueillir des usagers actifs, "sous emprise" de produits) et celle de la RdR en CSAPA dits résidentiels du fait de ces consommations potentielles, plus précisément en CTR (centres thérapeutique résidentiel), en AT (appartements thérapeutiques), en familles d'accueil. Ce sont des lieux où les consommations sont censées être stoppées (au moins l'illicite, donc hors TSO prescrites) du fait des objectifs de soins entendus comme impliquant un arrêt des consommations. Il faut d'abord rappeler que du fait de la loi, la plupart des structures CAARUD ou CSAPA indiquent dans leurs règlements de fonctionnement l'interdiction des consommations des drogues illicites, mais aussi d'alcool ou de tabac. Le non-respect de ces dispositions peut impliquer l'exclusion temporaire ou définitive des usagers. Bien évidemment, bon nombre d'usagers restent actifs bien qu'inscrits dans un projet de soins... En conséquence, les tensions constatées en ambulatoire (est-il paradoxal de délivrer du matériel d'injection à un usager à qui l'on vient de prescrire de la buprénorphine sublinguale, voire accompagner ces injections ?) se retrouvent démultipliées en résidentiel : peut-on gérer les consommations dans ces lieux, comment et jusqu'où ? Peut-on en conséquence délivrer/mettre à disposition des matériels et conseils de RdR ? Cela serait-il contraire aux objectifs de soins ?

Aujourd'hui, les consommations ou re-consommations durant les durées de séjour ne sont plus un motif d'exclusion systématique ou ne devraient pas l'être. Ce qui fait rupture d'accompagnement, c'est la rupture de communication, le refus de relation avec l'équipe soignante, la violence sur autrui, la mise en danger d'enfants ou le deal dans les structures. Besoins et demandes sincères de soins et envies de consommation ne sont pas incompatibles, l'ambiguïté du désir en ces domaines est réelle comme dans d'autres, et il n'y a plus lieu de parler de "rechute" comme d'une récidive fautive, mais de considérer que l'important, c'est le maintien du lien et de sa qualité.

C'est l'un des principes de la RdR, une posture déterminée par un choix d'orientation : la RdR n'est pas quelque chose "en plus", à côté du soin, c'est une nouvelle façon de faire, d'envisager l'accompagnement, y compris durant les consommations. Pour maintenir le lien, certaines structures commencent à intégrer cette dimension en aménageant leur règlement (de l'interdiction de boire à une consommation négociée, régulée – comme au Centre de stabilisation l'Olivier, Aurore, Hauts-de-Seine, aménagement de fumoirs, ERLI qui implique une consommation accompagnée "in situ" – comme au CAARUD Sida Paroles, Hauts-de-Seine).

La Loi de santé vient de mieux protéger les acteurs, mais fait l'impasse sur le fait que des usagers, actifs, consomment sur les structures bien que ce cela soit explicitement indiqué comme interdit dans les règlements de fonctionnement du fait du statut illégal des drogues qui est rappelé : "réduire les risques", mieux gérer ses consommations, reprendre le contrôle, et c'est la perte de contrôle qui est essentielle dans l'insupportable pour la société et est un chemin : les consommations sont l'objet du travail. C'est ce qui ne se disait pas, ne se dirait pas ou ne parvient pas à se dire qui est évidemment le plus important. Comment passer du non-dit de quelque chose qui est sinon vu, au moins su d'une façon ou d'une autre ? On ne peut pas faire de la RdR sans connaître ce qui se passe, sans être capable d'évaluer les risques sur des éléments tangibles et donc d'en proposer des façons de les réduire : ce n'est pas possible sans un dialogue clair avec les usagers. Ce dialogue clair avec les usagers n'est pas possible sans une posture claire sur les objectifs poursuivis et les moyens développés en conséquence, ce n'est pas possible sans alliance et confiance. Autrement dit, tout ce qui se parle est en voie d'amélioration, tout ce qui se tait est un facteur de risque.

Cela dit, tout ne s'équivaut pas, la gestion des consommations en AT, qui implique souvent une approche individuelle, n'est pas la même qu'en résidentiel collectif. Dans le premier cas, l'adaptation "clinique" à chacun est relativement aisée : la présence de matériel, les discussions ouvertes sur les pratiques à moindre risque avec un usager qui maintient une partie de ses consommations ne sont pas un problème a priori. La même situation/discussion en CTR, par exemple, risque plus de troubler l'un des cohabitants du centre qui serait lui dans une abstinence soutenue. La présence de produits sur les structures collectives est un facteur de conflit et d'intérêt, qu'il n'est sans doute pas simple de gérer au quotidien ; c'est un pari à faire et gérer les consumma-

tions est une compétence à acquérir. Peu de lieux se sont lancés dans l'expérience ou l'on relatée (PROSES, mission squat de Médecins du monde), c'est donc bien quelque chose à développer pour en savoir plus.

Il y a par ailleurs la question des seuils, c'est-à-dire le niveau d'exigence et de tolérance à l'égard des usagers quant à leurs conduites, notamment en matière de consommations, qui va avec celle de savoir si on peut faire de la RdR partout, et de la même façon.

Il y a lieu, pour moi, que des structures puissent accueillir des usagers actifs, y compris en imaginant un accompagnement de ces consommations pour en réduire les dommages, en aménager les conditions pour, par exemple, parvenir à une forme de stabilisation, revenir à une consommation régulée, contrôlée. De la même façon que l'hébergement de consommateurs actifs ne peut être conditionnable à un projet de soins ou d'insertion, parce que ce simple hébergement est un facteur d'amélioration de la qualité de vie et de diminution des consommations, l'entrée dans tout dispositif de soins ne peut plus être conditionnée par une absence totale de consommation parce ce qu'elle doit être en soi un facteur de RdR globalement.

Mais il y a cependant des besoins d'accompagnement différents en fonction de chaque usager et qui doivent pouvoir être pris en compte dans une palette d'offres de services variées et variables et qui peuvent être différenciées selon les lieux. La dépendance n'est pas la seule définition/réalité possible de l'usage de drogue, ou d'alcool, ce que nous sommes capable d'intégrer dans différentes facettes, usage, abus dépendance, et donc de travailler de différentes façons. Des réponses socio-juridico-économico-professionnelle sont souvent sollicitées et impliquent des compétences et investissements importants, et tout n'est peut-être pas possible en tout, sur tout, partout, en passant d'un extrême à l'autre.

L'idée est plutôt de soutenir une palette d'offres de services, possiblement articulées, qui puisse aller de l'information sur les risques liés aux consommations quels que soient les produits, à la gestion des consommations en ambulatoire ou en résidentiel, jusqu'à la réponse aux demandes de soins qui visent l'abstinence, telle que les communautés thérapeutiques par exemple. Il y aurait un bénéfice certain d'imaginer qu'une partie des offres résidentielles puisse être clairement ouverte à des usagers actifs avec les aménagements nécessaires en matière de consommations in situ. Cette palette

doit pouvoir décliner différents curseurs, objectifs et cadres en fonction de ce qui est visé et des attentes des usagers. Pour autant, comme "la bientraitance", la RdR se décline dans tous les domaines mais de différentes manières, sans nier ou sous-estimer le prima de la question des consommations.

Dans tous les cas, c'est une pensée d'équipe, impliquant cadres et directions, les conseils d'administration, pour que ces évolutions vers "plus de RdR" n'en restent pas à un changement résumé à un professionnel dédié et à la mise à disposition de préservatifs.

Il faut par ailleurs considérer que d'autres lieux (et d'autres acteurs) sont concernés par la RdR, décrits comme dispositifs de droit commun sans lesquels les CAARUD et CSAPA ne peuvent travailler, mais aussi auxquels s'adressent les usagers qui n'ont pas recours aux dispositifs spécialisés : la médecine générale qui prescrit les TSO, les pharmacies qui les délivrent, les hôpitaux, avec notamment les services hépatologie, VIH, psychiatrie... Les articulations sont donc indispensables, ne serait-ce que pour non seulement assurer une continuité des soins mais aussi leur cohérence. C'est une mission en soi qui demande beaucoup de temps et d'investissement humain pour créer les liens nécessaires.

La question est de pouvoir proposer aux usagers une réponse adéquate à leurs besoins à un moment donné, de considérer ces réponses dans un parcours avec des allers-retours potentiels, d'un dispositif à l'autre. Cela nécessite de prendre acte de la diversité et de la complexité des contextes, des publics, des demandes et des acteurs, des territoires (urbain, rural). La question n'est plus tant l'un ou l'autre, mais l'un et l'autre, les uns avec les autres, qui impliquent une acculturation réciproque, un maillage du terrain autant que possible pour décliner une palette d'offres – sur ce point, l'enquête de la FA (11) montre que 81 % des CSAPA reçoivent des usagers orientés par un CAARUD, qui sont 79 % à orienter des usagers vers les CSAPA.

## Faut-il distinguer des acteurs ?

Les acteurs sont cités dans les textes spécifiques dans les termes suivants :

- En CSAPA :

*"Les centres s'assurent les services d'une équipe pluridisciplinaire dont la composition et le fonctionnement sont*

conformes aux objectifs du projet d'établissement et permettent sa mise en œuvre.

*Le directeur ou le responsable du centre a la responsabilité générale du fonctionnement du centre. Il assure, lui-même ou, le cas échéant, par délégation, dans le respect des compétences et des règles déontologiques des différents professionnels, la cohérence d'ensemble de l'activité des personnels ainsi que la coordination avec les intervenants extérieurs.*

*La responsabilité des activités médicales est assurée par un médecin.*" (13).

*"Enfin, en tant qu'établissement médico-social, les CSAPA se caractérisent par [...] leur pluridisciplinarité : leur équipe est constituée de professionnels de santé et de travailleurs sociaux, en vue d'une prise en charge globale à la fois médicale, psychologique sociale, et éducative."* (9).

- En CAARUD (référentiel national de RdR en direction des usagers de drogue, 2005), il est précisé pour les intervenants participant aux activités de RdR que : *"Les actions de réduction des risques sont réalisées par les professionnels du champ sanitaire, social et éducatif, des associations humanitaires, des associations de santé communautaire ou des associations spécialisées. Les intervenants peuvent être rémunérés ou bénévoles."* (annexe 31-2 du Code de la santé publique) (2).

Il est remarquable, comme marqueur direct du cadre légal actuel, de noter qu'à deux reprises désormais il a fallu protéger une partie de ces acteurs, notamment les acteurs sanitaires et sociaux "acteurs de RdR" :

- Une première clairement énoncée dans le référentiel de RdR : *"Les acteurs, professionnels de santé ou du travail social ou membres d'associations, comme les personnes auxquelles s'adressent ces activités doivent être protégés des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions. Les services en charge de la répression du trafic et de l'usage de stupéfiants doivent pouvoir clairement reconnaître les acteurs et les activités relevant de la réduction des risques."* (annexe 31-2 du Code de la santé publique) (2).

- Et une seconde avec la récente Loi de modernisation de notre système de santé : *"L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du Code pénal [N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires. N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte commandé par l'autorité légitime, sauf si cet acte est manifestement illégal.]"* (article L3411-8 du Code de la santé publique) (2). Si elles restent à évaluer sur ce qui va concrètement se réaliser, ces dispositions représen-

tent un réel progrès dont les acteurs doivent se saisir pour développer de nouveaux outils/nouvelles pratiques.

## Les usagers, premiers acteurs de la RdR

Les usagers sont en fait les premiers "à faire" ou non de la RdR, à la mettre ou non en pratique. Ils sont loin de constituer une population homogène (effets de génération, de culture, d'environnement, de catégorie socioprofessionnelle...) à bien des égards, mais ils représentent "la cible" principale des politiques publiques de RdR. Ce sont eux qui sont exposés/vulnérables aux risques liés aux usages de drogues et qui doivent pouvoir s'en prémunir.

Mais si ce sont eux les premiers acteurs de RdR, ce sont aussi eux qui portent le poids du stigmate, de la discrimination des usagers de drogues, d'autant plus pour les plus précaires, visibles et qui constituent une partie des publics reçus en CAARUD ou CSAPA.

Il est encore nécessaire de rappeler que, quand bien même ils sont usagers, les personnes ont des droits : droit à la santé, droits économiques et sociaux, à la vie privée... (14). Ils ont aussi des ressources telles qu'elles ont été prises en compte dans la dynamique communautaire que la lutte contre le sida a fait émerger en France.

*"La réduction des risques postule la responsabilité des usagers de drogues et invoque leur capacité à modifier leurs comportements si on leur en donne les moyens [...]. Ce postulat signifie une représentation spécifique de l'usager de drogues et du rapport aux drogues à partir des notions de responsabilité individuelle, d'autonomie, de rationalité des comportements et de participation citoyenne aux politiques publiques. La réduction des risques contribue ainsi à la promotion d'un discours spécifique autour de l'individu, du rapport au corps, et à la place accordée aux usagers de drogues dans la société."* (15).

*"La vision néo-libérale de la réduction des risques tend à pointer la responsabilité de la prise de risque uniquement du côté de l'individu. Pour être efficace, une politique de réduction des risques doit s'inscrire plus globalement dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé et d'amélioration de la qualité de vie des usagers de drogues, d'où la nécessité d'agir sur la dimension structurelle du risque. L'évaluation des interventions de réduction des risques doit prendre en compte la dimension environnementale du risque qui comprend, au niveau microsociologique, les*

*normes de consommation, les conditions de vie et les relations sociales des usagers de drogues ; et au niveau macro-sociologique, la dimension du contexte légal, économique et social et des politiques publiques.”* (14).

La RdR a supposé une alliance entre les professionnels et les usagers et une implication concrète de ces derniers dans la mise en place des premiers programmes (programme d'échange de seringues – PES notamment). C'était reconnaître une compétence des usagers acteurs de RdR pour eux et leurs pairs de par leur connaissance particulière des contextes de vie, des produits, des modes de consommation, de la pression de la rue...

Le référentiel de RdR aborde d'ailleurs cette possibilité en parlant de l'action communautaire, mais en précisant que *“Lorsque des usagers de drogue participent aux interventions de réduction des risques comme animateurs de prévention, ils s'interdisent de consommer des stupéfiants illicites pendant ces activités.”* (annexe 31-2 du Code de la santé publique) (2). C'est pour le moins une façon singulière de pointer que des usagers participent aux programmes. C'est pour bien d'autres raisons que j'ai travaillé dans ce sens pour ma part, à savoir une action communautaire qui soit la déclinaison d'une alliance entre des professionnels et des usagers directement concernés par la question de la RdR.

Et quelle représentation avons-nous de ces usagers pairs ? De ce qu'ils sont pour beaucoup ? Une partie d'entre eux sortent de la rue, de conditions précaires ou non, de la vraie vie ; associés, voir embauchés, il faudra les professionnaliser, passer au-delà des contraintes administratives des cadres d'emploi par exemple. Mais beaucoup d'autres présentent en fait une double appartenance, celle d'être professionnels et usagers (16), discrets le plus souvent, et c'est protecteur sinon salvateur. De ce fait, ils présentent une double motivation, une double compétence, et c'est pour moi une clé essentielle à l'adaptation réelle des offres de RdR aux besoins des usagers qu'ils rencontrent.

## Des professionnels “dédiés” à la RdR

En termes de typologie des professionnels CAARUD et CSAPA, on y trouve principalement les représentants classiques des établissements sociaux et médico-sociaux : éducateurs, assistants de service social, animateurs, infirmiers, aides-soignants, psychologues,

médecins, pharmaciens parfois, et des personnels pour le moment non qualifiés et dont une partie d'entre eux sont usagers. Les personnels soignants sont moins fréquents dans les CAARUD – quelques IDE mais peu de médecins : un quart des déclarants CAARUD (11) – mais il serait utile d'en généraliser la présence pour les liens avec les soins qu'ils représentent pour les usagers et les partenaires et pour les connaissances spécifiques que nécessite un travail sur l'injection par exemple, sans compter la dispensation de soins de premiers secours, dont les overdoses lorsqu'elles adviennent, ou la mise en place de parcours de soins qui nécessitent un sérieux travail de coordination.

Dans les CAARUD, *“Les intervenants [...] délivrent presque tous du matériel de consommation et tous ceux qui délivrent sont formés à son utilisation”*. Dans les CSAPA, *“Les deux tiers des CSAPA n'ont pas de professionnels formés spécifiquement à la RdR. Pour ceux ayant un professionnel dédié, il s'agit très majoritairement de l'infirmier. [...] la plupart des professionnels formés le sont par expérience professionnelle en RdR et par autoformation.”* (11).

Travailler sur les compétences reste nécessaire pour être capable de parler de drogues, c'est-à-dire des produits, des modes de consommation, des contextes des outils de RdR : poursuivre les efforts pour former les professionnels (dont les cadres pour favoriser le développement des nouveaux programmes), analyser des pratiques restent des outils majeurs pour poursuivre les changements avec la RdR.

Il y a donc des atouts : des textes, une histoire, des compétences, des recommandations, mais il reste des réalités qui posent la question des capacités de couverture des missions, notamment dans les CAARUD ; plus de la moitié des répondants à l'enquête de la FA (11) fonctionnent avec moins de cinq équivalents temps plein (ETP) et 27 % d'entre eux fonctionnent avec cinq à dix ETP versus 46 % pour les CSAPA, mais avec une moyenne de dix à 15 ETP.

Gérer des lieux d'accueil, notamment dits bas seuil, des lieux de soins adaptés, développer le travail d'*outreach*, les approches avec les publics et lieux spécifiques, développer les nouvelles pratiques et nouveaux outils, développer réellement les partenariats et les médiations, s'articuler avec et accompagner “le droit commun” impliquent beaucoup de moyens humains qu'il faudra renforcer dans beaucoup d'endroits, même en renforçant les synergies.

## Les autres acteurs de proximité (médecins TSO, pharmaciens) et le dispositif de “droit commun”

“Les programmes de “réduction des risques” travaillent en réseau avec de nombreux acteurs sanitaires du fait de la complexité des situations et des pathologies rencontrées. Il s’agit d’abord des services de soins somatiques, infectieux ou hépato-gastroentérologie. Les liens avec les urgences, traumatologique et médecine interne sont également nécessaires. L’accès aux services psychiatriques, tout aussi indispensable, est souvent difficile à négocier, en particulier en l’absence de travail en réseau entre les services. Les équipes “préparent” la personne pour qu’elle puisse passer les barrières logiques institutionnelles. Un accompagnement, d’intensité variable selon les cas, permet le “tuilage” entre dispositif spécifique bas seuil et système de droit commun.” (17).

Il faut souligner le rôle essentiel de la médecine de ville et des officines pharmaceutiques notamment, indispensables pour un dispositif RdR qui s’est étoffé et développé ces dernières années. Reste le sentiment de liens qui se sont distendus avec ces acteurs des soins de proximité et une présence moins forte des réseaux constitués (cf. les réseaux ville-hôpitaux sida, VHC ou addiction, Croix verte et ruban rouge par exemple) capables de soutenir leurs pairs dans ces activités, et qui nécessitent de l’être, et d’intervenir dans le débat public.

Pour tous ces acteurs, en ambulatoire ou non, c’est d’abord une question de posture, d’objectifs et logiques que chacun poursuit, de connaissances disponibles et connues des uns et des autres, qui étaient ou non les pratiques, de représentations de chacun de la RdR, et elles sont très variées.

La RdR a par exemple proposé que les usagers puissent avoir un parcours qui puisse, certes, préserver leur santé, mais en imaginant que les changements à faire puissent l’être *step by step*, supposant de gravir un escalier progressivement en allant vers le mieux. Mais tout dépend de l’escalier que l’on se représente, selon qu’il est un escalier de meunier, raide, sans rambarde et potentiellement fatal si l’on en chute (rechute...), ou l’escalier d’Esher qui bouleverse les perspectives et donne l’impression de montées qui descendent, ou l’inverse, et surtout de différents chemins possibles avec des jardins pour y faire des pauses (18).

## L’environnement, les citoyens

“La réduction des dommages repose à la fois sur des interventions qui visent directement les consommateurs et sur une mobilisation des services ou des associations qui peuvent favoriser leur inclusion dans la collectivité par la concertation et la médiation au bénéfice des usagers et de l’ensemble des habitants des zones de résidence concernées. [...] Enfin, les habitants des quartiers et les élus qui les représentent doivent être associés à ces activités en étant informés des principes qui les guident, de leurs modalités et de leurs résultats, afin de favoriser leur implantation et d’intégrer la réduction des nuisances et des tensions à leurs objectifs.” (annexe 31-2 du Code de la santé publique) (2).

La RdR doit être promue comme un outil du “vivre ensemble”. Le cœur de métier de la RdR, c’est de créer du lien, c’est de proposer une clinique du lien comme moteur de changement, et il faut donc créer du lien avec l’environnement des programmes : “Le caractère universel de la sécurité de tous doit s’affirmer comme “bien commun”. La RdR, vecteur de médiation sociale, de régulation des conflits d’intérêts et de territoire, peut devenir un des paramètres actifs du “vivre ensemble”. La RdR comme philosophie d’action promeut une vision pragmatique et humaniste dans les politiques publiques mises en œuvre. À l’opposé de la vision passéiste de la “guerre à la drogue”, proposons à “L’individu incertain”, pensé par Alain Ehrenberg, un nouveau projet social du “vivre ensemble”, un “care collectif” basé sur une éthique de la “bienveillance”, quelle que soit la place de chacun – riverains, usagers, soignants, élus, policiers... La puissance de la RdR découle, encore et toujours, d’une volonté de solliciter les capacités et ressources des individus et des systèmes sociaux.” (19).

La question de la médiation, la gestion des risques des conflits de voisinage, de logiques d’acteur, est donc bien partie intégrante des actions de RdR à traiter, mais elle se confronte à des années de diabolisation des drogues et des usagers, qui se confond parfois avec une précarité visible. C’est un véritable investissement de terrain sur le long terme qu’il faut penser (il suffit de penser aux réactions qu’a suscitées l’installation des boutiques et que suscitent aujourd’hui les projets de SCMR), mais qui nécessite des moyens humains qui pour le moment sont mobilisés sur d’autres priorités. Peu définies, ces actions de médiation mériteraient de faire l’objet d’approfondissements pour mieux en définir les contours et les moyens qu’elles nécessitent, notamment auprès des élus de proximité qui hésitent pour beaucoup à

soutenir publiquement les politiques de RdR. La RdR a pourtant fait l'objet de votes par les représentants de la nation, des ministres illustres l'ont portée, des moyens ont été déployés et beaucoup de progrès enregistrés, mais elle reste une politique semi-clandestine, trop peu défendue par ceux qui en ont la responsabilité.

## Articulations avec l'hébergement social

La question de la précarité dans les CAARUD et les CSAPA représente une réalité lourde, un réel poids dans le quotidien du fait des grandes difficultés à résorber ces situations. *“Les CAARUD reçoivent en majorité des usagers qui, s'ils peuvent être suivis par le système de soins, spécialisé ou non en addictologie, connaissent en général des usages plus problématiques et moins “maîtrisés” que l'ensemble des consommateurs. Ils vivent également souvent dans des situations sociales plus précaires.”* (20). Cette situation n'est pas totalement anormale, les CAARUD ayant pour but d'entrer en relation avec les usagers les plus marginalisés, les plus éloignés des dispositifs de soins notamment.

Il reste que cela pose :

- La question du risque d'embolisation des questions sociales sur les questions spécifiques aux usages de drogues (et d'alcool). Certains usagers moins précaires seraient dissuadés de recourir aux CAARUD et ce faisant aux offres centrées RdR (outils, conseils, alternatives...) qu'ils proposent, notamment les publics les plus jeunes.
- La question des professionnels confrontés à la violence des situations sociales dans lesquelles se trouvent les personnes. C'est une limite au travail de RdR de proximité. *“Les programmes de réduction des risques ne protègent pas les professionnels comme l'institution le fait. Ils les exposent à la réalité sociale brute avec toutes ses inégalités et sa violence. Ces équipes, épuisées, élèvent petit à petit leur seuil d'exigence et diminuent leur activité de première ligne, pour se protéger. En diminuant cette activité de première ligne, elles excluent de fait, une partie de leur public, souvent le plus vulnérable, reproduisant ainsi une forme d'exclusion.”* (A. Bouillet, directrice du CSAPA Clemenceau, association Aurore, Gagny).
- La question de réponse en matière d'hébergement adapté pour faire face au nombre important de personnes à la rue. Les Sleep-in en sont, mais il n'y a que trois structures de ce type actuellement. Des expériences d'hébergement en partie autogéré par les usagers actifs existent (Proses en Seine-Saint-Denis), mais restent

marginales voir difficiles à défendre au prétexte qu'elles ne feraient pas partie des missions des CAARUD et ne trouvent donc pas de financement. Il serait pourtant utile et légitime que les CAARUD puissent être reconnus dans cette mission de proposer des hébergements adaptés aux usagers concernés (plan hivernal, financement DHRIL pour séjour de stabilisation...).

C'est cette situation qui rend nécessaire une articulation avec les structures d'hébergement social, comme les maisons de stabilisation, les CHU, les CHRS pour lesquels des recommandations ont encore une fois été formulées : *“Favoriser les démarches de soins : hospitalisation, centre de cure, post-cure et prévenir des démarrages de consommations de produits addictifs. Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale.”* (21).

En synthèse, il est recommandé de favoriser les démarches de soins (hospitalisation, centre de cure, post-cure) et prévenir les démarrages de consommation de produits addictifs :

- en échangeant avec la personne sur sa consommation de produits dans le cadre non jugeant du CHRS ;
- en diversifiant les modes d'expression relatifs à la prévention et à l'information sur les questions liées aux addictions ;
- en échangeant en équipe et avec la personne qui souhaite engager des soins sur les stratégies à adopter pour favoriser son parcours de soins ;
- en articulant l'intervention entre les professionnels du CHRS, les partenaires de l'addictologie et les éventuels intervenants infirmiers dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ;
- en anticipant, avec la personne et son médecin, les modalités d'organisation lors des soins en hospitalisation complète ou partielle, ainsi que sur les possibilités d'hébergement ou de logement à la sortie du parcours de soins.

Si ces travaux spécifiques défendent l'intérêt de porter un regard sur les questions de consommation dans ces structures (mais aussi en CHU), il est illusoire de demander aux professionnels des CHRS de devenir des spécialistes de la RdR ; ils ont un autre cœur de métier, la réinsertion sociale et professionnelle, ce que nous savons moins bien faire. Le travail est ici d'apporter des arguments pour soutenir ces approches (formation au concept et moyens), mais surtout d'apporter ces compétences pour les accompagner dans leur cœur de

métier en complémentarité de ce que les CHRS savent faire avec, par exemple, des interventions de CAARUD ou CSAPA dans la structure auprès des personnes et des équipes.

Par ailleurs, en cohérence avec la nécessité d'assurer un accès universel aux soins VHC désormais possibles, il serait utile de réfléchir à l'implication de structures de type LHSS (lit halte soins santé) ou ACT (appartements de coordination thérapeutique) en fléchant des lits VHC par exemple. L'objectif est de permettre aux publics les plus précaires, largement présents en CAARUD et CSAPA, de se soigner en étant réellement soutenus tant par des conditions de vie que par un accompagnement adapté (aide à l'observance, aménagement des consommations si besoin...).

## Parmi les publics / lieux spécifiques : la prison

C'est encore un thème pour lequel foisonnent les recommandations, avec pour quelques exemples :

- Le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues, octobre 2012 (22).
- Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014 "Politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice" (23).
- La Note interministérielle du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes dépendantes (24).
- L'instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention (25).
- Le Guide "Soins des personnes détenues. Addictions, la continuité des soins des personnes détenues. Articulation entre les professionnels de la santé de la prison et du milieu ouvert" (26).

Cette nécessité "d'agir la RdR en prison" est entre autre argumentée par l'enquête PREVACAR : "Les études disponibles sur la santé des personnes détenues convergent vers les mêmes constats.

- Les personnes détenues y apparaissent comme une population fragilisée et très vulnérable, caractérisée par une surreprésentation des catégories socioprofessionnelles les plus démunies, ayant un niveau éducatif peu élevé, et particulièrement concernée par des problèmes de logement et de couverture sociale avant même l'incarcération.

- Des prévalences et/ou incidences plus élevées qu'en population générale sont relevées pour de nombreuses pathologies telles que les addictions, les maladies mentales et le suicide,

les infections par le VIH, les virus des hépatites, ou encore la tuberculose...

- Le choc carcéral ainsi que les conditions de promiscuité, d'hygiène, d'isolement, d'inactivité peuvent être générateurs d'une violence contre soi ou contre les autres. L'aggravation ou la réactivation de certaines pathologies (maladies transmissibles, consommation de substances psychoactives) en sont souvent d'autres conséquences.

- L'enquête Coquelicot (enquête séro-épidémiologique) réalisée en 2004 note des prévalences pour le VIH et le VHC chez les usagers de drogues ayant un antécédent d'incarcération plus élevées que chez ceux n'ayant jamais été incarcérés (11 % versus 5 % pour le VIH ; 67 % versus 51 % pour le VHC). Cette même enquête indique que 12 % des usagers de drogues ayant été incarcérés déclarent avoir eu recours à l'injection en prison. Parmi ces personnes, 30 % déclarent avoir partagé une seringue." (27).

Si la mission d'intervenir en milieu carcéral est clairement énoncée pour les CSAPA, elle ne l'est pas pour le moment dans les textes actuels des CAARUD, bien qu'ils interviennent déjà pour nombre d'entre eux et qu'ils sont comptés parmi les ressources potentielles dans les recommandations du Guide 2012 par exemple (22).

Les recommandations essentielles sont :

- De réduire le recours à l'incarcération en favorisant les alternatives à l'incarcération et l'accès à une offre de soins adaptés.
- D'appliquer le principe d'équité d'accès aux soins et aux mesures de RdR entre prison et milieu libre (notamment au bénéfice des femmes qui ont un accès encore plus difficile aux conseils de santé et de RdR) (28).
- D'appliquer les nombreuses recommandations formulées dans les documents cités en priorisant l'accès aux conseils et aux matériels de RdR en prison, y compris les matériels d'injection, en améliorant l'accès aux TSO et leur diversification et en améliorant la continuité des soins à l'entrée ou à la sortie d'incarcération.
- D'indiquer clairement le rôle et la légitimité des CAARUD en milieu carcéral à l'instar des CSAPA, en reconnaissant qu'il s'agit bien d'une de leurs missions.

## Faire confiance aux acteurs pour développer les expérimentations

Les usagers ont eu une place historique dans la création des outils et pratiques (PES, *Chill out* – lieux de repos en milieu festif, ERLI, squats...) de RdR, à commencer

par le premier dépliant qui leur est adressé en 1986, “Fixer propre”, conçu entre des usagers, un médecin de santé publique et des militants de la lutte contre le sida de AIDES. C’est l’une des marques de fabrique de la RdR qui agit aux marges, aux limites des normes et parfois au-delà, au moins un temps, comme au début des échanges de seringues ou des premières prescriptions de ce qui deviendra des TSO, même en dehors des autorisations de mise sur le marché de l’époque. Parfois condamnées, ces initiatives sont devenues des innovations, déviantes à une norme initiale, et installant bientôt une nouvelle norme d’intervention (29), la RdR. Les acteurs font-ils pour autant n’importe quoi ? Rien n’est moins sûr. Ils ne sont pas isolés ; dans les structures dont nous parlons, ils sont inscrits dans une équipe, dans un projet d’établissement, et souvent avec un conseil d’administration soucieux de respecter les cadres légaux et réglementaires, y compris lorsqu’ils pensent légitime telle ou telle pratique. Si le programme ERLI est bien connu des acteurs de la RdR aujourd’hui, il n’est que peu pratiqué et pour des questions de risques liés au cadre légal pour les acteurs éventuels essentiellement. Ce risque vient d’être levé, et ce type d’action est désormais possible et à intégrer dans l’arsenal pour une lutte plus efficace contre les risques liés à l’injection, le VHC notamment. La dimension collective des actions mises en œuvre est capable de réguler les pratiques, y compris celles qui sont “sur le fil” : ce sont autant d’espaces de recherches nouvelles de pratiques, sous réserve qu’elles puissent se dérouler “en clair” pour permettre cette régulation nécessaire, ne serait-ce que pour évaluer la pertinence de ce qui est proposé : c’est de cette façon que se sont construites les premières approches d’analyse de drogues comme nouvel outil de contact avec les usagers et comme vecteur de diffusion des messages de RdR.

De la même façon, gérer des acteurs-usagers dans une équipe est possible en clair, plus difficilement en gris. C’est la place de la santé communautaire, de l’auto-support qui est en jeu. Il y a bien ASUD (Observatoire du droit des usagers) et Psychoactifs pour en porter une parole publique par exemple, mais est-ce suffisant ?

Enfin, nous sommes aussi dans une dynamique de développement de la démocratie sanitaire, notamment avec les lois du droit des usagers et du droit des malades, qui sont autant de leviers pour prendre en compte les besoins des personnes, la recherche de solutions qui leur conviennent, y compris au prix de débats contradictoires auxquels ils sont de fait indispensables.

## Conclusion

---

Ces questions auraient mérité de plus amples développements ou compléments, et des impasses ont dû être faites (une RdR cannabis par exemple).

Mais deux axes principaux me semblent devoir être relevés :

- Développer ce qui est très largement recommandé internationalement et nationalement et qui ne relève plus de propos militants mais d’approches rationnelles, de la raison qui doit dépasser la passion dont ces sujets font trop souvent l’objet.
- Faire confiance aux acteurs tels qu’ils sont dans leur diversité et continuer à les protéger mieux encore, notamment d’une forme de soupçon due à leur proximité parfois et qui est une autre façon de manifester une défiance stigmatisante que les usagers vivent eux-mêmes. Ils sont d’abord responsables et ce sont eux qui portent au quotidien cette politique de santé efficace.

Alors, permettez-moi de reprendre cette désuète expression des années 1970 : “Do it” (30), “Faisons-le”, parce que nous savons pourquoi, et le plus souvent comment et avec qui le faire. ■

V. Rogissart

Faut-il distinguer des lieux et des acteurs en fonction des modalités d'action (qui fait quoi en matière de RdRD) ? Comment faire de la réduction des risques dans les lieux de traitement ? En centres résidentiels de soins ? En hébergement social ? En prison ? CSAPA, CAARUD, prison.

In : Audition publique à l'initiative de la FFA "Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives", 7-8 avril 2016, Paris.

*Alcoologie et Addictologie*. 2017 ; 39 (3) : 275-288

## Références bibliographiques

- 1 - République Française. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Article 43. Paris : RF ; 2016.
- 2 - République Française. Code de la santé publique. Paris : RF ; 2016.
- 3 - République Française. Code de la santé publique. Article L3121-2-2. Paris : RF ; 2016.
- 4 - Collectif Étudiants. Organiser des événements festifs : un guide à destination des étudiants ; 2013. <http://www.cpas1option.com/le-guide>.
- 5 - Association Française de Réduction des Risques (Pôle Festif). Référentiel national des interventions de RdR en milieux festifs. Pantin : AFR ; 2012.
- 6 - Fédération Addiction. Pratiques professionnelles dans les dispositifs d'accès aux soins spécialisés pour les femmes usagères de produits psychoactifs. Synthèse de l'étude réalisée en Île-de-France pour l'Union Régionale. Paris : FA ; 2013.
- 7 - RESPADD. Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse. Paris : RESPADD ; 2013.
- 8 - Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n° 2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'Assurance maladie. *Bulletin Officiel Santé* ; 2006 (2).
- 9 - Direction Générale de la Santé. Circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie. *Bulletin Officiel Santé*. 2008 (3).
- 10 - Collectif. Élargissement de l'accès aux traitements contre l'hépatite C. Lettre ouverte à Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes ; Paris ; 14 décembre 2015.
- 11 - Fédération Addiction. Agir en réduction des risques en CSAPA et CAARUD. Rapport d'enquête. Paris : FA ; 2015.
- 12 - Bellucci-Dricot M. Les pratiques en réduction des risques en CSAPA : une question aigüe qui divise (encore) ? In : Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ? *Acta*. 2013 ; (13) : 42-5.
- 13 - République Française. Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. *JORF*. 2007 ; (112, 15 mai) : 8997.
- 14 - IDPC. Guide sur la politique des drogues, version 2. Londres : IDPC ; 2012.
- 15 - INSERM. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Expertise collective. Paris : INSERM ; 2010.
- 16 - EGUS 9. Les usagers-salariés du médico-social. *ASUD Journal*. 2015 ; (57).
- 17 - Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport remis à Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports ; novembre 2009.
- 18 - Esher MC. La maison aux escaliers. Lithographie ; 1951.
- 19 - Coppel A. In : Réduction des risques : bilan et perspectives. Dossier de synthèse documentaire et bibliographique. Marseille : CRIPS Alpes Côte d'Azur ; 2007.
- 20 - OFDT. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012.

*Tendances*. 2015 ; (98).

- 21 - ANESM. Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Saint-Denis : ANESM ; 2015.
- 22 - Ministère de la Justice, Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Paris : Ministères ; 2012.
- 23 - Ministère de la Santé et des Sports, Ministère de la Justice et des Libertés. Le Plan d'actions stratégiques 2010-2014. Politique de santé pour les personnes placées sous-main de justice. Paris : Ministères ; 2010.
- 24 - MILDT, DGS, DHOS, DAP. Note interministérielle MILDT/DGS/DHOS/DAP n° 474 du 9 août 2001 relative à l'amélioration de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues présentant une dépendance aux produits licites ou illicites ou ayant une consommation abusive. Paris : Institutions ; 2001.
- 25 - Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale. Instruction du 17 novembre 2010 relative à l'organisation de la prise en charge des addictions en détention. Paris : Ministères ; 2010.
- 26 - Fédération Addiction, APSEP. Soins des personnes détenues. Addictions, la continuité des soins des personnes détenues. L'articulation entre les professionnels de la santé de la prison et du milieu ouvert. Paris : FA ; 2014.
- 27 - Direction Générale de la Santé. Enquête PREVACAR. Volet offre de soins VIH hépatites et traitements de substitution en milieu carcéral. Paris : DGS ; 2011.
- 28 - Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Avis relatif à la situation des femmes privées de liberté. Paris : CGLPL ; 2016.
- 29 - Alter N. L'innovation ordinaire. Paris : PUF ; 2000.
- 30 - Rubin J. Do It! Scénarios de la révolution, 1970. Paris : Seuil ; 1973.

### Autres références

- AFR. Recherche "ICI Drogues". Recommandations pour intervenir sur internet au sujet des drogues. Compte rendu de recherche. Paris : AFR ; 2016.
- Carrieri P, et al. ERLI: innovative peer-to-peer educational intervention to reduce HIV and other blood-borne infection risks in difficult-to-reach people who inject drugs: results from the ANRS AERLI study. Abstract n° THAC0403. 20<sup>th</sup> international AIDS Conference ; Melbourne ; 20-25 juillet 2014.
- Global Commission on Drug Policy. La guerre aux drogues. Rapport. Genève : GCDP ; 2011.
- Global Commission on Drug Policy. Prendre le contrôle : sur la voie de politiques efficaces en matière de drogues. Genève : GCDP ; 2014.
- Groupe Pompidou, Conseil de l'Europe. Réduction des dommages. Document d'orientation sur la prévention des risques et la réduction des dommages liés à l'usage de substances psychoactives. Strasbourg : GP ; 2013.

### Principaux sites consultés

- OFDT.
- AFR.
- FFA.
- ASUD.
- SAFE.