

Réduire les risques
éthique, posture et pratiques

PRATIQUES (S

La Réduction des Risques (R.d.R) dans le dispositif médicosocial spécialisé ambulatoire

De l'analyse des pratiques et postures
professionnelles d'un réseau
À l'élaboration de recommandations partagées

Table des matières

Remerciements	3		
Avant-propos	4		
Introduction.....	5		
1. CLINIQUE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES	6		
1. La Rdr, une «clinique» ?	7		
* De mesures de santé publique à la formation d'une clinique.....	7		
* Pourquoi conceptualiser la clinique de la Rdr ?.....	10		
2. Faire basculer la notion de demande	13		
* L'accueil et la demande en réduction des risques.....	13		
* Quelles caractéristiques cliniques.....	15		
* En extérieur ou sur place : les atouts d'un «lieu de vie».....	17		
		2. QUESTIONNEMENTS D'ACTEURS ET COMPLÉMENTARITÉS DES DISPOSITIFS	19
		1. Les CAARUD, un dispositif dédié	21
		2. Les CSAPA et la réduction des risques, une mission transversale	22
		3. CONTEXTES, PRATIQUE(S) ET ENJEUX LES PÔLES DE L'INTERVENTION	24
		1. Rdr en milieu festif	25
		2. Rdr liés aux produits licites	28
		3. Réduction des risques et place des usagers	40
		4. Réduction des risques spécifiques aux publics vulnérables	45
		5. Réduction des risques sanitaires	49
		6. Réduire les risques sociaux	54
		7. La réduction des risques et son environnement	60
		8. Réduction des risques et contexte légal	64
		9. Réduire les risques en milieu rural	67
		Conclusion.....	69
		Bibliographie	70
		Annexes - méthodologie de projet.....	72
		Réduction des risques - Pour aller plus loin.....	74

Remerciements

Ce guide Pratique(s) a été réalisé grâce à l'implication, aux réflexions et aux partages de pratiques des intervenants de terrain.

La Fédération Addiction souhaite remercier :

- * les 88 CAARUD et 126 CSAPA ayant répondu au questionnaire de la démarche participative
- * les 15 équipes qui ont accepté de participer à un ou plusieurs entretiens collectifs ou individuels
- * les 65 intervenants ayant participé à une ou plusieurs réunions régionales
- * les 17 professionnels membres du groupe de pilotage du projet
- * l'ensemble des contributeurs à ce guide
- * les Unions Régionales de la Fédération Addiction, et particulièrement celles de Rhône-Alpes-Auvergne, Bourgogne, Franche Comté, Aquitaine, Midi-Pyrénées et Nord-Pas de Calais, pour leur mobilisation dans l'organisation des réunions régionales,
- * les membres du Conseil d'Administration et particulièrement les deux référents du projet
- * les relecteurs de ce guide : Martine Lacoste, Jean-Jacques Santucci, Brigitte Reiller, Catherine Delorme, David Saint-Vincent, Nathalie Latour, Jean-Pierre Couteron.

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

Avant-Propos - Une clinique des modes de vie

Jean-Pierre Couteron - Président de la Fédération Addiction

La réduction des risques s'est inventée dans le dépassement de bien des paradigmes qui furent ceux du soin au toxicomane, et notamment de celui de la demande de soin, reprenant le modèle de la demande qui précède l'entrée en thérapie.

L'urgence du Sida, mais aussi des travaux comme ceux de Robert Castel et Anne Coppel ont conduit à penser la rencontre tout à fait autrement, en prenant en compte l'usage et ses pratiques, l'usager et ses styles de vie tels qu'ils se présentent. C'est en allant vers les personnes consommatrices, au devant d'elles, pour ensuite les accompagner dans les étapes qu'elles pourront « faire », que ces personnes pourront « agir » dans le sens d'une meilleure santé.

Et c'est dans cette dynamique qu'une démarche de « prendre soin » s'est peu à peu forgée jusqu'à remettre en cause la domination exclusive du paradigme de la « demande ». La RdR diffuse de manière transversale, dans les recommandations juridiques dont elle fait l'objet, par le renouvellement des missions qu'elle suscite dans les dispositifs spécialisés. Elle s'impose dans toutes les postures, dans toutes les professions, à toutes les étapes du parcours de santé de la personne.

Elle a donné lieu à l'élaboration d'outils et de pratiques. L'échange de seringues fut le premier d'une longue série: création de trousse de RdR, de kit pour le sniff, arrivée des médicaments de substitution, accompagnement au risque de l'injection, salles de consommation à moindre risque, actions du type « change le programme » prévenant le passage à l'injection... mais aussi des outils et programmes sur le versant de l'insertion ou du logement, avec TAPAJ, travail alternatif payé à la journée, ou Un logement d'abord.

Au-delà de cette volonté d'aller-vers et de ces outils, son déploiement a initié une redéfinition du soin : à partir de la substitution, les traitements médicamenteux ont ciblé d'autres effets que le sevrage ; les thérapies se sont diversifiées, prenant mieux en compte les approches motivationnelles et expérientielles ; les trajectoires de soin possibles se sont multipliées, s'éloignant des parcours trop figés dans une chronologie souvent inadaptée à l'usager. La RdR a permis la co-construction, avec l'usager, d'un chemin au plus près de sa trajectoire de vie, faisant le pari d'une possibilité de changer sa vie, pas à pas, en s'ajustant à la recherche de bien-être commune à tous les humains, loin de l'injonction morale ou pénale à « changer de vie », aussi brutale qu'irréaliste.

Enfin, si la RdR a fait bouger les pratiques professionnelles, elle a aussi et surtout ouvert la voie à des pratiques d'auto-support qui sont le propre des communautés d'usage. Leur place et leur autonomie, comme une composante à part entière de l'accompagnement et de l'accès à une meilleure santé doit sans cesse être défendue, d'autant plus que dure la pénalisation de l'usage. L'auto-support des usagers existe même et surtout en dehors des parcours de soin labélisés. Il appartient à leur propre dynamique de vie.

Le travail fait dans ce document doit contribuer au développement et à la transmission de tous ces acquis. Fidèle à son projet associatif, la Fédération Addiction a réuni des adhérents d'associations de dimension nationale, régionale ou locale, implantées sur différentes régions et confrontées à des situations variées. Leur travail commun a permis de proposer ce texte. Chacun sera libre de s'en servir pour appuyer et conforter ce qui

reste l'une des plus grandes transformations des réponses à un problème de santé. Ainsi, la logique de la RdR aura plus de chances d'être reconnue et adaptée, y compris dans ces champs nouveaux qu'elle commence à rencontrer, autour du tabac et de l'alcool notamment, et où elle suscite les mêmes craintes et rejets de la part de certains soignants que dans le champ des drogues illicites.

Introduction - La RdR, une approche «philo-active» !

Martine Lacoste - Vice présidente de la Fédération Addiction

Un monde sans drogue, sans addiction, n'existe pas.

On s'est longtemps employé à nier cette réalité, à l'habiller de tous les vocables pour se détourner des questions que les abus et la dépendance soulèvent. Les réponses qui s'imposaient alors étaient dans le meilleur des cas empreintes de morale, et au pire, répressives.

Bousculant l'ordre théorique d'un monde qui se rêve policé, aseptisé, «les années Sida» nous ont conduit à admettre que certaines personnes ne veulent ou ne peuvent arrêter leurs usages de produits. Celles-ci conjuguent, à leur temps, plaisirs, risques et souffrances. La prise en compte de cette réalité est inscrite dans la loi de santé de 2004, et largement réaffirmée dans celle de 2016.

Cet ouvrage veut avant tout traduire combien il est impératif de prendre en compte les usagers, dans leur personne et dans l'espace public. Des hommes et des femmes, considérés comme citoyens à part entière, qu'il ne suffisait pas seulement de «soigner» ou de «faire guérir» mais à qui il faut apporter les moyens de «prendre soin» pour les restituer dans leur dignité, dans notre humanité. Cette démarche au caractère universel - reconnue par l'OMS comme l'une des politiques de santé publique les plus efficaces - c'est la Réduction Des Risques (RdR). Nous vous en proposons ici des repères éthiques et conceptuels, un éclairage de la portée des enjeux à partir des pratiques.

De fait, la RdR s'impose comme un mode d'intervention qui a prouvé aujourd'hui sa pertinence. Il est fondamental de savoir qu'elle doit autant cette reconnaissance aux outils employés (plutôt empiriques à ses débuts), qu'au substrat éthique qui l'a nourrie et lui a permis - et lui permet encore - d'évoluer. En repoussant les limites de ses interventions, la RdR permet aux praticiens que nous sommes, d'aller au plus près, au plus juste des personnes que nous accompagnons dans leur parcours.

La RdR est une pratique d'intervention qui se nourrit de l'expertise des usagers. Elle est ouverte et évolutive, elle adapte en continu de nouveaux modes d'intervention : Salles d'injection supervisée, analyse des produits, prévention communautaire des overdoses par Naloxone, intervention en milieux festifs et en milieu carcéral... Il s'agit d'être en phase, tant du point de vue temporel que comportemental avec les usagers, quels que soient les produits utilisés, elle s'ouvre aussi aujourd'hui à d'autres champs d'interventions concernés (social, psychiatrie, monde du travail, etc.).

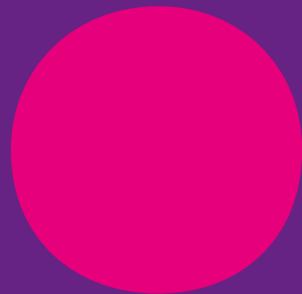
Le corps que la RdR prend en charge, c'est le corps social tout entier, dans la nécessaire altérité que suppose le vivre-ensemble, et non plus le «vivre avec». L'utilisateur, pris en considération là où il est, là où il en est, est d'abord un citoyen qui traverse, dans son parcours de vie, une étape justifiant un accompagnement avec les intervenants que nous sommes.

Les courants de pensée autant que les modes de fonctionnement de notre société évoluent, et notre rapport à l'autre n'est pas hermétique à ces mouvements. La Fédération Addiction souhaitait formaliser en cet instant «T» un état des lieux des concepts et pratiques qui étaient aujourd'hui l'évolution positive en matière de Réduction Des Risques. Toutefois, il faut se garder de croire en un aboutissement, et rester vigilant quant à d'éventuelles remises en cause toujours possibles. Rien n'est définitivement acquis pour la RdR tant que perdurera dans la loi la pénalisation de l'usage.

Un postulat, cependant reste immuable : l'éthique. Notre éthique qui, à l'heure où certains s'emploient à vouloir dresser des murs, nous amène à vouloir bâtir des ponts.



CLINIQUE DE LA RÉDUCTION DES RISQUES



1. La RdR, une «clinique» ?

✱ De mesures de santé publique à la formation d'une clinique

La réduction des risques suppose de partir de l'observation pragmatique d'une situation et de réduire les risques qui y sont liés : mettre sa ceinture de sécurité en voiture, par exemple. Pour le cas des consommations de produits psychoactifs, les problématiques à identifier en termes de risques peuvent-être nombreuses : comment le produit est-il consommé ? Quel produit est consommé ? De quoi est-il composé ? Quels sont les contextes de sa consommation ? Quelles sont les conséquences sociales de la prise de produit ? Quels sont les risques directement liés à la manière dont le produit est pris ? Comment peut-on envisager concrètement de les réduire ?

La réduction des risques s'appuie avant tout sur l'expérience de la personne, racontée par elle ou directement observée in situ. En cela, elle rejoint la définition première du terme de «clinique». Ce terme renvoie à une pratique, médicale à l'origine, qui consiste à observer les actions, réactions et symptômes d'une personne, en prenant l'écoute de celle-ci et sa singularité comme outil fondamental.

Ceci étant, parler de «clinique de la réduction des risques» n'est pas évident, tant la notion de clinique et le concept de réduction des risques liés aux usages de produits psychoactifs sont chargés d'histoire.

C'est en se décalant d'une clinique qui dans les années 1960, renvoyait l'usage de drogue à une notion de «pathologie psychiatrique» et puis en lien avec la psychana-

lyse, à la notion de «souffrance psychique»— pour répondre à un problème de santé publique, que la réduction des risques a impulsé une nouvelle clinique.

Dans l'histoire des addictions et jusqu'aux années 1980, la question des besoins immédiats liés aux consommations des personnes était peu abordée, au profit d'une volonté d'aider les personnes à sortir de leur dépendance. Avec l'émergence de l'épidémie de sida, les usagers et certains professionnels ont ouvert un nouveau champ d'intervention, dans l'urgence. La réduction des risques est née de ce combat militant et professionnel. Devant ce problème de santé publique massif et visible, la réaction devait être – et a été – efficace : accès à du matériel à usage unique, accompagnement des consommations in situ, changement des pratiques d'injection.

Cette réponse étant venue du terrain et souvent des consommateurs eux-mêmes, elle s'est fondée sur une approche pragmatique de la prise en compte des pratiques telles qu'elles existaient. Le consommateur «montré», décrivait sa pratique de consommation, partageait ses besoins, ses savoir-faire et ses représentations. C'est par l'autosupport, dans l'entre-soi qui caractérisait nombre des premiers dispositifs de RdR qu'est née la dynamique de «prendre soin» en «faisant avec» l'usage, avec les consommateurs et avec leur(s) consommation(s), et donc hors du champ d'un soin qui se concevait alors majoritairement comme le simple abandon de l'usage.

Cette approche s'est vue consolidée aussi grâce à son efficacité, évaluée par des données probantes, par exemple son impact sur les risques infectieux notamment repris dans l'expertise collective réalisée par l'INSERM en 2010, ou encore tel qu'évalué dès 1996 dans le cadre du rapport SIAMOIS¹, suivi par les

enquêtes Coquelicot et Programmes d'échanges de seringues (PES).

Ainsi peut-on penser que ce qui caractérise et permet de modéliser la clinique de la RdR aujourd'hui, c'est notamment qu'elle n'était pas prévue pour en être une à l'origine.

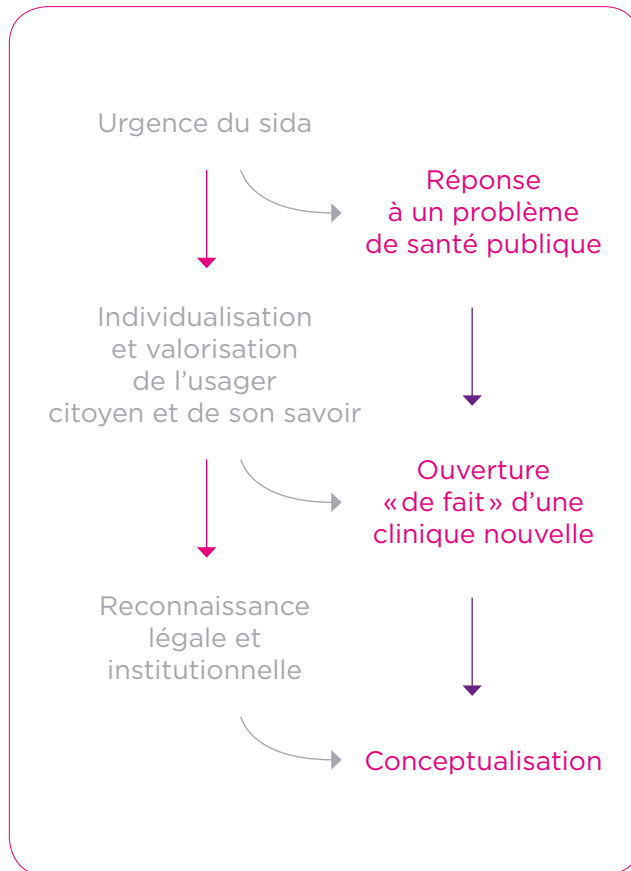
Ce changement de paradigme, abandon d'une priorisation de la sortie de la dépendance au profit de la prise en compte de l'usage et ses risques, a demandé un engagement fort et au long cours. Les associations porteuses des premières mesures de RdR en France revendiquaient de ne pas conditionner le «prendre soin» et l'accompagnement à une «demande» de la personne d'un «soin» de sa dépendance, mais de travailler avec toutes les personnes qui prenaient des risques d'infections par le VIH et/ou d'overdose, parce que leurs pratiques d'usage n'étaient pas sécurisées.

Cette inconditionnalité a contribué à une forme de «retranchement» de la réduction des risques hors du champ du soin historique, créant un clivage dans les représentations entre la RdR d'un côté et le «soin» de l'autre.

Ce clivage s'est progressivement estompé, à mesure que les deux champs ont appris à converger pour proposer une pluralité d'offres de soin.

réduction des risques SIAMOIS – Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officiel d'Injection et de Substitution.
« Tome 1 : Les grandes tendances Description, analyse et mise en perspective des données de ventes officielles de seringues et de produits de substitution en France de 1996 à 1999. » INVS- Santé Publique France, 2001.

1 EMMANUELLI J., *Contribution à l'évaluation de la politique de*



■ Individualisation des suivis

À l'origine, la réduction des risques visait à offrir une réponse générale et massive à l'épidémie du sida chez les injecteurs. Elle était évaluée par des mesures globales, populationnelles : baisse des overdoses, des contaminations. Au contact des personnes et par son pragmatisme, cette réponse populationnelle se proposait tant au niveau collectif que dans des rencontres individualisées, prenant en compte les besoins d'une personne sur sa consommation personnelle.

La RdR s'est dévoilée comme une « proposition de rencontre », amenant de fait une clinique redéfinie pour chaque personne accueillie. De « comment les personnes injectent-elles ? », Nous sommes progressivement passé à « comment injectez-vous ? » pour adapter la réponse : outil, site d'injection, alternatives par l'inhalation, plus tard substitution...

La réduction des risques décrit en fait une manière d'observer et d'écouter, non plus au pied du lit d'un malade comme l'étymologie du terme clinique le suppose², mais dans la vie et dans le contexte de chacun. L'objectif de la clinique change également de son acception traditionnelle ; on ne vise plus à « guérir » mais à « prendre soin », à subjectiver le rapport à l'usage en s'intéressant à ses modalités, *pour donner les outils et informations utiles afin que la personne puisse prendre soin d'elle-même dans son contexte de vie, avec son produit et avec sa consommation*³.

2 « Nous héritons du terme de clinique des médecins de l'Antiquité grecque, notamment Hippocrate. Celui-ci s'appuie sur le sens premier pour définir ce qu'il nomme la « tekne kliniké », la technique clinique, qui consiste à s'incliner (même origine) sur le lit (klinè) où la maladie, le handicap, les vacheries de la vie ont allongé celui qui souffre » ROUZEL J., « L'éducateur : du bricoleur au passeur » in Jean Brichaux, *L'éducateur d'une métaphore à l'autre*, érès, 2004.

3 Voir l'introduction de Jean-Pierre Couteron,

Cette forme de clinique peut parfois désarmer les professionnels. En premier lieu car elle est en perpétuelle redéfinition pour être au plus proche de chaque personne, invitant donc à un exercice de pensée critique sur sa pratique professionnelle⁴. Elle sort des paradigmes qui l'ont précédée, en réinventant une manière de *percevoir* les personnes – valorisation des savoirs profanes, usagers citoyens, empowerment... – et de *penser* leur comportement d'usage – non-jugement, pragmatisme, accueil inconditionnel.

Il paraît donc utile de conceptualiser la posture éthique et clinique de la réduction des risques.

président de la Fédération Addiction aux 6èmes Journées Nationales de la Fédération Addiction, Marseille, 9 juin 2016. www.federationaddiction.fr

4 Ici la description de la pensée critique de Michel Foucault comme le fait de « penser autrement qu'on ne pense et percevoir autrement qu'on ne voit » paraît pertinente. FOUCAULT M., dans *L'Usage des plaisirs*, Gallimard, 1984, p.15-16

■ Impact de la reconnaissance légale et institutionnelle de la RdR

La RdR est désormais reconnue par l'Etat et la loi. Cette reconnaissance a débuté avec le décret Barzach qui autorisait, en 1987, la vente libre de seringues en pharmacie, puis la création des « Boutiques » devenues CAARUD, ainsi que l'autorisation et la mise sur le marché des traitements de substitution aux opiacés... Puis elle est entrée dans le droit, via la loi de santé de 2004 qui en inscrit le mot et en reconnaît la philosophie dans le cadre de la lutte contre les maladies infectieuses. 6 ans plus tard, l'expertise collective de l'INSERM rend des conclusions largement positives sur ces mesures. Ces éléments combinés aux expériences étrangères vont favoriser l'inscription de la réduction des risques dans l'offre légale et les financements publics de santé : création des CAARUD en 2005, mission obligatoire des CSAPA en 2008.

Enfin, la loi de modernisation de notre système de santé promulguée en janvier 2016 vient d'élargir cette philosophie du soin à l'ensemble des addictions, lui permet d'aller plus loin avec la supervision des usages, et sécurise sa mise en pratique en protégeant les intervenants de toute poursuite pénale⁵.

La réduction des risques est donc une pratique clinique prouvée et reconnue, dont les financements sont stabilisés, et à laquelle tout citoyen doit pouvoir accéder.

Cette reconnaissance suppose que le dispositif de soin,

⁵ La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé généralise la réduction des risques en l'inscrivant non plus dans un livre consacré à la lutte contre les maladies infectieuses mais dans celui consacré aux conduites addictives, de manière large.

spécialisé ou non, intègre la logique et les missions de la RdR dans les pratiques d'accompagnement ; cette évolution semble bien amorcée, intégrée par de plus en plus de professionnels de la toute jeune addictologie. Mais elle invite également toutes les disciplines du soin — pris au sens large — à s'emparer de cette posture clinique, et à en **revendiquer l'éthique**.

La posture de réduction des risques, en valorisant et en respectant l'identité, l'autonomie, la liberté et le savoir de la personne accueillie permet également d'en valoriser la citoyenneté. Comme le décret Barzach proposait un changement de vision sur les publics, la reconnaissance légale et l'adoption d'un point de vue non-jugeant sur les personnes qui consomment permet de faire levier, **pour inviter la société à changer de regard sur les problématiques de consommation**.

L'expertise des acteurs de réduction des risques sur la réinsertion des personnes dans la société et sur l'évolution des représentations sociales est reconnue dans les textes règlementaires, notamment au travers de la mission 6 du référentiel des CAARUD qui concerne la médiation sociale. Cette mission fournit un levier fort aux intervenants, pour valoriser les caractéristiques éthiques de leurs actions.

Cette éthique se décline dans la pratique des intervenants, dans le « prendre soin » qui est leur vocation première, et dans la posture qui motive et cadre les accompagnements proposés.

■ Faire alliance, créer du lien : l'éthique

La RdR s'inscrit dans une philosophie de la bienveillance, du « mieux-être », du « prendre soin » et de l'adhésion autour de la prise en compte de la situation et des besoins immédiats de la personne.

La clinique de la RdR peut se déployer à partir de tout échange ; c'est la relation avec la personne qui permet de la déplier. La consommation qu'elle soit problématique ou non, devient le support de l'échange. A partir des discussions et du lien autour des usages — même les plus simples, mêmes les plus récréatifs — une alliance singulière, construite au cas par cas, peut naître de la posture de RdR. L'usage ne sera jamais considéré d'emblée comme seulement pathologique ou problématique. Selon ce qu'en dit la personne, il pourra tour à tour prendre fonction de solution ou générer des problèmes.

Elle permet donc de dégager la définition du mot « clinique » de la notion de pathologie. **Ainsi conceptualisée, cette éthique crée une « clinique des modes de vie » qui engage la notion de relation, d'alliance, de savoir être en lien.**

« En matière de toxicomanie et plus généralement d'addiction ce qui importe c'est l'établissement d'une relation. Cette relation est à la fois le cadre et le lieu de l'expression de l'alliance thérapeutique »⁶.

Cette éthique de la réduction des risques invite parfois à un changement de posture pour les soignants, vis-à-vis des personnes qu'ils rencontrent et de leurs partenaires. Fondée sur des principes de santé communautaire, la RdR pour être « clinique » suppose de valoriser

⁶ HAUTEFEUILLE M., VALLEUR M., BLAISE M., « Vers une approche intégrée des conduites addictives » in *Les cahiers de l'actif* n°310/311, mars-avril 2002, p.105-117.

le savoir dit « profane ». Ce savoir en marque globalement et profondément la philosophie et la mise en œuvre dès le départ.

Le couple médecin-patient par exemple, devient un couple sachant : celui qui sait ce qu'il vit, et celui qui a un corpus de connaissances à lui transmettre pour l'aider⁷.

Cette posture a fait ses preuves dans l'accompagnement des personnes vers leur réinsertion, et l'amoindrissement des conséquences problématiques de leurs prises de produits. Mais elle est complexe pour certains intervenants. Ce changement de posture professionnelle peut interroger le sens de l'intervention, et le rôle de l'accompagnant quelle que soit sa profession. Certains intervenants s'interrogent : quel est ma plus-value ? En quoi suis-je utile pour une personne qui ne souhaite pas réduire sa consommation ?⁸

La RdR a gardé de son histoire un caractère pragmatique très fort, hérité de son ambition première de répondre à un problème : « il faut en faire parce que ça marche »⁹. Ainsi, pour qu'elle imprègne progressivement tous les autres champs du soin, il faut aller plus loin et décrire utilement, sans figer, la posture née de l'expérience de terrain.

Ainsi la clinique de la réduction des risques, si elle se transmet historiquement de manière militante, peut en se formalisant, gagner du terrain sans perdre de sa force.

7 Voir le chapitre dédié à la parole de l'utilisateur p.41

8 Sur ce thème, voir le travail de Marc-Henry Soulé, « Penser la gestion des drogues dures : modélisations théoriques et perspectives pratiques », in *Psychotropes*, Vol. 14, 2008, p. 91-109.

9 Sur l'efficacité de la politique de réduction des risques, de nombreux rapports sont parus notamment en France et en Europe. Pour plus d'informations, rendez-vous sur le site internet de l'OFDT <http://www.ofdt.fr/> ou le site de Santé Publique France <http://invs.santepubliquefrance.fr/>, et pour les données européennes sur le site internet de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) : <http://www.emcdda.europa.eu/>

✱ Pourquoi conceptualiser la clinique de la RdR ?

En allant au-delà de son seul champ d'origine - la lutte contre les maladies infectieuses - pour intégrer tous les comportements addictifs et leurs risques potentiels, la RdR ouvre la prise en charge des addictions à plusieurs facteurs souvent oubliés, tels que :

- Les conséquences de la consommation sur le corps, sur la santé,
- le plaisir lié à la consommation,
- l'autonomie des usagers en tant que citoyens,
- l'impact du contexte social (voir sociétal) sur les risques pris et les dommages liés.

La démarche participative menée par la Fédération Addiction de 2012 à 2015 montre que les CAARUD mettant en œuvre la RdR dans ce sens sont de plus en plus nombreux et qu'en CSAPA, elle concerne l'ensemble des problématiques de l'intervention. Elle ne s'applique plus seulement aux aspects « matériels » qui ont motivé son apparition initiale, elle se décline et prend place dans des univers de vie, notamment en milieu festif. Elle s'incarne aussi dans certaines pratiques et postures des équipes de liaison et de soin en addictologie à l'hôpital, dans les services dédiés, aux services d'urgences somatiques, autour d'alternatives au sevrage par exemple.

Enfin, l'éthique de la réduction des risques questionne un certain nombre de médecins généralistes dans leur exercice en ville, en lien notamment avec les relais de prescription de Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO), ou encore les orientations via les réseaux de soin.

En se faisant clinique, la RdR se dégage et ne se réduit pas à ces objets et pratiques d'origine. Elle en garde le pragmatisme et le non jugement, mais évolue comme posture de soin.

Cette « RdR », en s'étendant largement et en ne s'opposant plus au soin, ne porte plus toujours son nom. Les intervenants décrivent leurs interventions comme étant « aussi de la RdR » même hors de son champ d'origine : insertion, accompagnement psychologique, travail sur le changement... **Avec ces évolutions, les contours du concept et de cette posture semblent devenus plus « flous ».**

Il y a donc un enjeu important à formaliser cette posture clinique, afin de la transmettre, d'en faire un cadre d'intervention solidifié, de la valoriser sans la « trahir ».

■ Favoriser l'évolution de la clinique, l'innovation, la dynamique

La formalisation ne doit pas « figer » une clinique évolutive, qui doit garder sa dimension dynamique, au plus proche du terrain. Si ce corpus des savoirs est assez facilement formalisable sur les risques infectieux – de par la nature relativement généralisable des savoirs sur les contextes et les modes de consommation — la réduction des risques psychosociaux est sans doute plus difficile à conceptualiser ; ceux-ci dépendant des personnes et contextes sociaux, des situations individuelles, des vécus et des personnalités, des émotions, et de leurs évolutions. L'intervenant est donc conduit à se repositionner en fonction des personnes rencontrées, au plus près de leur besoin, de leur situation, de leur trajectoire de vie, de leurs savoirs, de leurs envies...

La formalisation de la clinique de la réduction des risques associe un corpus de savoirs et une caractérisation de la posture qu'adopte l'intervenant. **Elle s'avère cruciale pour permettre cette pratique, pour en garantir la philosophie et l'effectivité, sans en figer le contenu.**

En définissant une posture de l'intervenant, la clinique de la RdR définit une manière d'être en lien, de se positionner et de s'adapter qui s'ajoute à d'autres postures, celle de l'accueil de la demande, celle de la consultation médicale par exemple. En dégageant un corpus évolutif de savoirs, concrets, scientifiques mais aussi expérimentiels, elle s'ouvre aux autres champs de l'intervention, de la prévention à l'aide à l'arrêt d'une consommation, en passant par l'intervention précoce, les partenariats, l'insertion professionnelle et les risques psychosociaux.

■ Construire et transmettre un corpus de savoirs

En se conceptualisant, la pratique permet de fournir un corpus de savoirs complétés, autour des questions liées aux usages de substances psychoactives. Cette formalisation permet de transmettre ces compétences et permet aussi de les faire évoluer et de les actualiser sans cesse, selon les personnes rencontrées, les contextes changeants, les territoires différents, l'évolution des produits.

La formalisation de la clinique ouvre également des pistes de formation et de transmission des savoirs.

La posture de réduction des risques est née d'un contexte qui rendait nécessaire une réponse massive au plus proche des pratiques de consommations. Une clinique est née de ce changement de posture. Elle est aujourd'hui bien établie dans les pratiques de certains intervenants mais s'avère plus complexe pour d'autres. Elle mérite aussi d'être transmise aux nouvelles générations d'intervenants qui n'ont pas connu son émergence à l'époque du sida. La formaliser permet de rendre ces savoirs transférables d'un professionnel à l'autre, et de les « enseigner » aux intervenants qui n'ont pas vécu son histoire, et/ou qui peinent à se l'approprier.

Ce mouvement de transmission déjà bien entamé par la littérature française et européenne, rencontre une dynamique de professionnalisation de la réduction des risques, qui suppose d'avoir un cadre établi, validé et formalisé au niveau national ; c'est ce qu'a fait le décret CAARUD de décembre 2005, ainsi que le référentiel des actions de réduction des risques paru dans sa suite. La formalisation de la clinique permettra d'aller au bout de ce mouvement, en transmettant de manière cadrée les savoirs et postures qui ont fait leurs preuves dans la pratique.

■ Formaliser la posture pour définir l'action et agir au mieux

L'accueil en CAARUD, en proposant une adaptation du seuil d'acceptabilité individuelle et en se dégageant de la question de la demande de soin, a permis de rencontrer les usagers actifs. Au fil des entretiens et lors de la constitution du fond documentaire fondant la démarche participative du projet, il est apparu **que le cadre de tout accueil doit être formulé, formalisé et garanti en équipe** pour qu'il reste souple et adaptable. Il est en quelque sorte conditionné en amont : orienté sur les usages de produits psychoactifs classés comme stupéfiants, il suppose qu'« une attention particulière {soit} portée aux usagers les plus précarisés »¹⁰, et doit se faire de manière anonyme, gratuite, dans une dynamique de non-jugement.

Ces éléments favorisent la création de lien. En cela, ils sont :

- non excluants : les personnes sont accueillies quoiqu'il arrive, quitte à les orienter vers un partenaire.
- posés pour les professionnels : l'accueil en CSAPA comme en CAARUD ne doit pas être conditionné par une demande. Le fait de ne pas avoir de « demande » est quelque chose de relativement « imaginaire ». Si une personne vient au CSAPA c'est pour une raison¹¹,

10 Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des CAARUD et à leur financement par l'assurance maladie.

11 Cette notion de demande est questionnée par les orientations via la justice, dans le cadre des obligations de soin. Pour en savoir plus à ce sujet, la Fédération Addiction a fait paraître un guide sur les soins obligés, commandable et téléchargeable sur www.federationaddiction.fr

sinon elle ne serait pas venue. Le simple fait qu'une personne se présente au centre justifie qu'on l'accueille. Par contre, le suivi dépend de ce que veut la personne.

- sécurisants pour les personnes : le respect du règlement intérieur et de fonctionnement reste une condition du maintien de l'accueil, préservant le lieu de la violence, des rapports commerciaux par exemple ou d'autres événements indésirables. Ces règlements intérieurs et de fonctionnement font de la structure un lieu préservé, «*hors de la rue*», sécurisant pour les personnes et pour les intervenants. Sur les consommations dans le lieu, si des structures considèrent qu'elles ne doivent pas être autorisées afin de protéger les personnes engagées dans l'arrêt des consommations), d'autres encadrent ces pratiques de consommations intramuros, afin d'en réduire les risques, et de limiter les motifs d'exclusion.

■ Formaliser la posture pour permettre d'aborder de manière sécurisée la consommation

L'accueil des CAARUD en fait des lieux interdisant la présence visible de produits psychoactifs, à part pour des ateliers qui peuvent utiliser ponctuellement des médicaments périmés afin de partager des stratégies de RdR. De même, les salles d'attente ou d'accueil des CSAPA ne sont que très rarement des lieux de délivrance de matériel, encore plus exceptionnellement en accès libre.

La notion de «lieu refuge», donnée pour interdire la présence visible, entre en tension avec la volonté d'un travail sur l'usage dont les pratiques «visibles» ou «perçues» interrogent les équipes :

- Soit à l'extérieur des murs de la structure.

Du fait de cette interdiction et pour des personnes dépendantes, les consommations peuvent s'avérer massives avant d'entrer dans le centre — surconsommation d'alcool notamment — et avoir des conséquences importantes en termes de santé et de comportement de la personne. Ces consommations peuvent également avoir des conséquences en termes de médiation sociale quand elles se «regroupent» aux abords des lieux d'accueil.

- Soit intramuros.

63,2% des CAARUD ayant participé à la démarche en 2013 disent «avoir connaissance de pratiques d'usage à l'intérieur de (leur) CAARUD». Ces pratiques, dissimulées, clandestines interrogent les règlements intérieurs autant que le sens de l'action des intervenants, **la dimension de «refuge», «hors la rue» s'opposant à celle**

d'un lieu où l'utilisateur «doit encore cacher ses pratiques», ou consommer dans des conditions à risque (locaux sanitaires, empressement dans la préparation, etc.). Les équipes ressentent l'incohérence de leur posture : «reprendre avec l'utilisateur l'interdiction de consommer» dans un lieu où règnent non-jugement et acceptation des pratiques d'usage. Ces messages contradictoires se cristallisent sur l'impossibilité de proposer un lieu où l'utilisateur de la structure peut consommer sereinement dans un espace prévu à cet effet, dans une dynamique de réduction des risques¹². Cette problématique se retrouve dans l'accompagnement et l'éducation aux risques liés à l'injection.

Les règlements s'adaptent au profil des personnes rencontrées et accueillies, tout en garantissant les conditions premières du vivre-ensemble. La consommation d'alcool peut être autorisée si elle est encadrée par l'équipe comme c'est le cas dans plusieurs structures, spécialisée ou non – certains Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ou Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU) acceptent désormais les consommations d'alcool¹³. De nombreux intervenants remarquent, que le fait de ne pas faire de la consommation un motif d'exclusion, permet de préserver la cohérence du cadre de l'accueil.

D'un côté, la consommation est le motif de la venue, de l'autre elle ne semble pas pouvoir exister dans la structure, même pour les produits légaux tels que l'alcool ou les médicaments.

¹² Voir le cycle de séminaire sur l'accompagnement des consommations à moindre risque, organisé en 2013 par la Fédération Addiction et le Réseau français de réduction des risques. Promulguée en 2016, la Loi encadrant la RdR permet la «supervision des comportements d'usage», et devrait permettre à cette problématique d'évoluer.

¹³ Voir les exemples décrits dans *Agir en réduction des risques - rapport d'enquête* paru en décembre 2015. Téléchargeable et consultable sur www.federationaddiction.fr

2. Faire basculer la notion de demande

✱ L'accueil et la demande en réduction des risques

Au-delà du lieu physique, l'accueil est défini par :

- la temporalité laissée libre à la personne, qui peut y passer une journée entière ou juste quelques minutes
- la manière dont la personne est accueillie (sans autre condition que d'être consommatrice de produits psychoactifs)
- l'accompagnement individualisé qui peut être proposé si la personne semble en avoir besoin sur évaluation — **«on évalue si on peut en parler ou pas, si la personne veut un accompagnement ou non»** — mais ne l'est pas systématiquement.

■ Accueil en CAARUD, créer un point de repère

La clinique de la réduction des risques «renverse» la question de la demande.

Comme souvent en CSAPA, les personnes accueillies en CAARUD sont, de par la pénalisation de l'usage, impliquées dans des pratiques illégales. Ainsi, l'anonymat, la gratuité et surtout l'inconditionnalité sont perçus comme les éléments centraux du cadre d'accueil. Ils permettent aux personnes de nouer une relation de confiance avec les intervenants, et de trouver un climat bienveillant, non-jugeant. Cela prend du temps et suppose de la pédagogie, avec des personnes qui n'iraient souvent pas spontanément vers l'institution. C'est ainsi qu'est interprétée par les intervenants la démarche d'Outreach, physique (en mobilité) ou au travers de la posture (**«un cadre formalisé et clair pour accueillir la personne dans toutes ses dimensions»**).

Une fois la confiance nouée, le CAARUD peut être un point de repère, où il est possible d'exister sans rien demander, parfois même sans rien faire (**«il peut passer des heures sans que rien ne se passe à l'accueil»**), et sans qu' **«on [ne] leur demande rien»**. Il y est possible de nouer des liens avec les intervenants ou avec d'autres personnes, mais aussi d'envisager des actions et des échanges qui décentrent l'activité de la consommation (faire autre chose, trouver du plaisir ailleurs que dans la consommation de produit).

Dans ce cadre, la logique d'accompagnement se centre et part des besoins exprimés. L'inconditionnalité de l'accueil et l'aller-vers se rejoignent dans une même posture déterminante. Elle invite **à revoir comment est abordé le temps de la personne, avec son ambivalence et ses hésitations ; autant de moments qui font, en RdR, partie intégrante de l'accueil et de l'accompagnement.**

■ CSAPA : de la salle d'attente à la salle d'accueil

La circulaire du 28 février 2008 qui met en place les CSAPA les destine «aux personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives»¹⁴. Le caractère de «difficulté» de la consommation des personnes engage donc, pour la structure, un public plus ciblé que les consommateurs en général, ceux qui «ne sont pas bien» avec leur consommation. Spontanément, et du fait de l'histoire du soin dans ce secteur, cette notion de «difficulté» est interprétée comme génératrice d'une envie, d'une motivation à en sortir. L'accueil au CSAPA est ainsi traditionnellement décrit comme **«lié»** à une demande de soin. Cela constitue pour les intervenants l'une des principales différences entre le CAARUD et le CSAPA, et entre les publics : les personnes qui auraient un projet de **«reprendre le contrôle»**, d'arrêt ou de travail sur la consommation viendraient plus au CSAPA qu'au CAARUD.

Dans la même circulaire, la première mission donnée aux CSAPA est «d'accueillir toute personne se présentant au CSAPA ou le contactant (par exemple, par téléphone) qu'il s'agisse de l'intéressé ou d'un membre de son entourage.». Accueillir, toujours selon la circulaire, c'est être capable «d'écouter, d'établir un premier lien en vue de créer les bases d'une relation mais aussi d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes»¹⁵.

¹⁴ Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 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

¹⁵ Circulaire N°DGS/MC2/2008/79 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.

La contradiction n'est qu'apparente : si l'activité du CSAPA, et ses moyens humains et matériels, sont centrés sur l'accompagnement des personnes en difficulté avec l'usage, son accueil se doit d'être non sélectif, intégrant la notion « d'orientation vers » comme un acte, sans la faire reposer sur la condition d'une demande de soin, de même que l'accueil inconditionnel du CAARUD inclut la possibilité d'orienter l'utilisateur vers un CSAPA quand cela s'avère utile.

Pour certaines équipes, il s'agit donc simplement de **se préoccuper avant tout de la première intention, quelle qu'elle soit**, qui amène la personne à **demande un accueil**.

Cela permet de se concentrer sur ce que la circulaire de 2008 décrit comme « un premier lien en vue de créer les bases d'une relation mais aussi d'apporter les premiers éléments de réponse aux demandes et besoins des personnes. ». Cela permet d'**adopter une posture non-jugeante dans l'écoute de la personne, et de développer une alliance thérapeutique de bonne qualité**.

L'objectif reste de se dégager d'une trop forte attention à la formalisation d'un projet ou d'une envie de travailler sa problématique par la personne, souvent peu compatible avec la logique motivationnelle. Une demande qui débouche sur un projet tenable et réaliste peut être interprétée comme une « projection des intervenants », et les personnes qui arrivent au CSAPA dans ce type de démarche sont extrêmement rares.

Comme pour l'accueil en CAARUD, l'accueil en CSAPA permet aux intervenants d'adopter une posture inconditionnelle et non-jugeante et de faire de la notion de « démarche de soin » ou de « demande » un élément du cadre préalable, et non un obstacle de plus posé à la personne. Il suffit de considérer de manière moins « pré-construite » de ce que veut la personne, au moment et là où elle est rencontrée : matériel et/ou suivi, accès di-

rect à un Traitement de Substitution aux Opiacés (TSO) et/ou accompagnement psychologique...

Cette posture respecte la temporalité de la personne et adapte celle de l'institution : accès rapide aux traitements par une orientation immédiate vers le médecin qui évaluera l'indication médicale, délivrance de matériel et de TSO dans un même temps ou dans des temps distincts par exemple, passage au CAARUD après le rendez-vous médical, adaptation des traitements pour accompagner la régulation de l'alcool, re-consommations régulées lors des temps festifs...

Elle permet enfin, et cela semble un enjeu crucial pour les accompagnants, de maintenir un lien, une alliance thérapeutique, y compris avec les usagers les plus ambivalents, relativement peu captifs dans les suivis, et dont les trajectoires de vie peu linéaires peuvent parfois sembler peu compatibles avec le cadre institutionnel (nomadisme médical, rendez-vous manqués, etc.).

Formaliser la clinique de la réduction des risques permet de cadrer l'action en amont de sa mise en œuvre, et donc de définir **et de garantir** une posture de « soin », une manière d'être en lien, bienveillante et dynamique, qui promeut l'individualisation des suivis tout comme la transdisciplinarité.

Cette posture pragmatique a une plus-value thérapeutique importante et elle va faire « basculer la notion de demande ».

Pour des personnes souvent prises dans leur propre ambivalence, pour celles qui évoluent en permanence ou de manière épisodique dans les marges de la société, ou peuvent parfois avoir besoin d'un appui dans la reconstruction de l'estime de soi, ces processus d'écoute et de valorisation réelles permettent de favoriser leur pouvoir d'agir.

✱ Quelles caractéristiques cliniques ?

■ Une manière de percevoir les personnes...

Avec l'émergence de la posture issue de la RdR, le paradigme du soin a aussi évolué. Les constats de terrain rapportés durant la démarche exploratoire et participative de la Fédération Addiction¹⁶, montrent un changement dans la posture adoptée par les professionnels des centres de soin.

L'une des caractéristiques les plus marquantes de l'histoire du soin aux personnes dépendantes, dans l'ensemble du dispositif de santé (milieu hospitalier, médecine de ville, centres de soins spécialisés...) est le rapport à l'abstinence. L'objectif d'abstinence était souvent perçu comme un moteur au changement, aux envies de changement, au travail sur les consommations. Même si cela n'est pas généralisable à tous les intervenants, cette dynamique ressortait directement de la polarisation Santé = abstinence / Sécurité = répression mis en lumière par la Loi de 1970 (punir ou soigner), qui a donné le ton au soin sur les décennies suivantes. L'objectif de l'abstinence était bien celui d'«échapper à l'emprise du produit en changeant de vie». Ainsi c'est souvent dans cette «inculcation normative» telle que la nommait Marc Henry Soulé, d'accompagnement vers l'abstinence

¹⁶ Voir *Agir en réduction des risques - rapport d'enquête* paru en décembre 2015. Téléchargeable et consultable sur www.federationaddiction.fr

que l'intervenant se positionnait, et c'est avec cet objectif comme support qu'il invitait la personne à travailler.

Avec la valorisation des processus **d'auto support** et d'expertise des personnes, l'intervenant change de positionnement dans son rapport à la personne accueillie ; ce n'est plus lui qui «la soigne» mais bien «la personne qui prend soin d'elle-même notamment grâce à l'aide de l'intervenant».

Depuis ses débuts, la posture d'intervention en RdR initie, pour la personne consommatrice de produits psychoactifs, une proposition de rencontre *différente des autres*.

Le consommateur a souvent intégré les stigmates liés à son comportement d'usage : illégalité pour les consommateurs de stupéfiants, sentiment d'échec de la régulation pour les consommateurs excessifs d'alcool ou de tabac, désaffiliation, précarité sociale, précarité affective, perte d'estime de soi... Cette stigmatisation relative à l'usage atteint sans doute son paroxysme lorsque la consommation a eu des conséquences graves sur la situation sociale, économique ou familiale de la personne : un usager de CAARUD en situation de très grande précarité, un usager de CSAPA qui **«a tout perdu»** du fait d'une consommation excessive... Ces exemples reviennent régulièrement chez les personnes rencontrées par les professionnels. Elles ont souvent des difficultés à réduire les risques liés à leurs consommations et à envisager une gestion de leurs usages, faute sans doute, selon les intervenants qui les accompagnent, **de confiance en leur capacité à agir sur elle-même**. Ainsi en CSAPA, la demande est souvent d'emblée l'arrêt de la consommation. Cette demande «quasi magique», accompagnée d'une honte décrite ouvertement ou intériorisée, est portée autant par l'espoir — de «s'en sortir enfin» — que par le désespoir — de «ne pas y arriver seul».

Ces enjeux renvoient à la manière dont la consommation de produit psychoactif rencontre celle de l'identité

des personnes ; ainsi le sentiment d'appartenance, la reconstruction d'un rapport bienveillant à soi-même et aux autres sont des outils de premier ordre pour aider, accompagner, prendre soin.

Ce rapport bienveillant à l'autre, défendu par les intervenants interrogés, passe aussi pour les usagers du dispositif par **«le regard de l'institution que l'on sent porté sur soi»¹⁷**. Dans cet objectif, la posture de réduction des risques semble très pertinente ; notamment parce qu'elle commence par **réduire les risques d'exclusion du dispositif**.

Les personnes consommatrices actives n'étaient reçues par les structures de soin, qu'à partir d'une demande formulée pour changer le comportement d'usage¹⁸.

Aujourd'hui les postures ont changé, de nouveaux outils sont apparus, et la clinique a largement évolué. Les personnes accueillies représentent un panel plus large des personnes consommatrices, même si une large part des consommateurs ne recourt pas aux soins spécialisés, comme le rappellent bon nombre de recherches¹⁹. L'institution doit s'adresser à tous les consommateurs **qui ont besoin d'elle**, dans des espaces et avec des outils variés, et offrir, **a minima, un accueil**. Cela passe par le projet d'établissement, puis par l'organisation des locaux et la formation des acteurs présents dans une salle dédiée à l'accueil (et non plus à l'attente) des personnes.

Cet accueil initie la relation que l'usager entretiendra par la suite avec les intervenants qu'il rencontrera.

¹⁷ Propos tenus par un participant à la journée «Parcours de soin : la parole aux usagers !» organisée par la Fédération Addiction le 6 mars 2015 à Paris. Actes et vidéo : www.federationaddiction.fr

¹⁸ MOREL A., COUTERON JP., FOUILLAND P., *Aide-mémoire en addictologie*, Dunod, 2015.

¹⁹ BECK F., RICHARD J.-B., GUIGNARD R., LE NEZET O., SPILKA S. «Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014». Baromètre santé 2014. *Tendances* n° 99, 2015, 8 p.

■ ...et de favoriser le sentiment d'appartenance...

L'accueil peut s'avérer fondamental pour retrouver une confiance et potentialiser la capacité à agir. La demande est donc, avant celle d'un projet pour soi, peut-être à entendre du côté d'un sentiment d'appartenance et de reconnaissance vis-à-vis de l'institution.

«A défaut de mieux ou par peur du pire, les personnes en grande précarité s'imprègnent de cette identité sociale de l'exclu. (...) Ces dispositifs {les boutiques} sont les premiers à proposer aux personnes usagères de drogues et en errance, qui jusque-là n'accédaient pas aux services de soin, un autre regard sur elles-mêmes. **Réduire les risques de stigmatisation passe d'abord par le sentiment d'appartenance à une communauté, qui reconnaîtra l'utilisateur comme une personne**»²⁰.

La réduction des risques n'a pas de volonté immédiate d'efficacité en termes de soin, elle s'attache au prendre soin.

Elle consiste à se tenir là où la personne a besoin de rencontrer l'intervenant, que ce soit par exemple sur une démonstration de matériel, sur un accompagnement psychologique, sur un accompagnement physique à la Caisse d'Allocation Familiale (CAF) par exemple, ou à l'accueil autour d'un café.

Son pragmatisme et sa dynamique d'«aller vers» (géographique et/ou dans la posture) crée un cadre propice à cette nouvelle perception d'eux-mêmes par les usagers, mais elle leur reconnaît aussi d'emblée un statut de citoyens autonomes, égaux en droits et en devoirs aux autres citoyens, même fragilisés par la prise de risque, la marginalité et/ou la dépendance.

²⁰ HAUTEFEUILLE M., VALLEUR M., BLAISE M., «Vers une approche intégrée des conduites addictives» in *Les cahiers de l'actif* n°310/311, mars-avril 2002, p.105-117.

L'intervention en réduction des risques reconnaît pleinement à l'utilisateur la capacité à agir. L'intervenant s'attarde d'abord, et parfois uniquement sur le besoin premier de la personne, celui qu'elle exprime, et non celui qu'elle pourrait exprimer ou qu'elle pense devoir exprimer, ou que l'intervenant pourrait souhaiter qu'elle exprime, à l'aune de ses propres représentations, des éléments culturels du milieu dans lequel il évolue ou même des éléments liés à l'histoire du dispositif dans lequel il agit.

Par ses particularités, la réduction des risques favorise l'émergence d'un dialogue, d'une mise sur le même niveau des savoirs dits positifs, ceux appris et diffusés par les spécialistes, et les savoirs dits «expérientiels», ceux acquis et construits par les personnes. Ces savoirs sont issus de leurs pratiques, de leur vécu, ou de la circulation de l'information dans les milieux qu'ils fréquentent. L'accueil permet alors, en CAARUD mais aussi dans certains CSAPA, notamment résidentiels collectifs, de favoriser une dynamique de «première appartenance», qui redonne une identité positive à la personne.

■ ... pour inscrire le soin dans la trajectoire de vie des personnes

Si la parole et l'écoute sont des outils indissociables de l'accompagnement en réduction des risques, la temporalité de cet accompagnement, le respect du rythme et de la trajectoire de la personne l'est sans doute autant.

La consommation, la demande et/ou la situation sociale viennent faire support, sont l'objet de l'échange, mais les intervenants s'en écartent souvent pour mieux y revenir : la problématique n'est pas d'emblée l'usage ou la dépendance mais les conséquences de l'usage, ce qui le précède ou qui le caractérise et qui peut générer ces conséquences. La personne rencontrée reste ainsi maîtresse de ses comportements et choisit ou non de les modifier. Le rôle de l'intervenant revient à lui donner les informations et les outils utiles pour que cette décision soit le plus possible éclairée.

En cela, la posture de réduction des risques peut s'avérer frustrante pour les intervenants quand la situation d'une personne se dégrade ou ne s'améliore pas. Le sentiment de «limiter» leur action à un soutien, un moindre-mal, pour ces usagers poursuivant leur consommation malgré l'impact constaté sur leur corps ou leur entourage est difficile à porter. La posture de réduction des risques peut alors être vécue comme insuffisante, ne favorisant pas une évolution des usages, dommageable chez les personnes.

La dynamique d'écoute de la personne et le fait de s'y adapter inconditionnellement (dans le cadre de la mission et de l'intervention) favorise le mieux-être. Le pragmatisme de la réduction des risques suppose de s'attacher à ce qui pose problème à la personne, ce qui n'est pas contradictoire avec la possibilité de proposer d'autres chemins que la consommation.

Les personnes qui n'envisagent pas de changer leur comportement d'usage peuvent améliorer leur marge d'autonomie grâce aux messages de RdR, en commençant à prendre soin d'elles. Ces consommateurs, accompagnés en réduction des risques, seront à leur rythme dans de meilleures conditions pour formuler ou envisager un changement dans leur vie, sans avoir à « changer de vie ». D'après les propos des personnes accueillies²¹ et des professionnels interrogés, la relation avec l'intervenant, le fait d'être en lien avec un interlocuteur non jugeant et pragmatique qui peut offrir les ressources et l'accompagnement pertinent quelles que soient les problématiques, s'avère un atout décisif et global pour le mieux-être des personnes.

✱ En extérieur ou sur place : les atouts d'un « lieu de vie »

Au-delà du rapport au corps et à soi qui peut être engagé dans les prestations d'hygiène, la collation semble avoir un rôle important à jouer dans cette démarche de soin de soi. Du café jusqu'au repas complet dans certaines structures, les collations sont décrites par les intervenants comme des temps « de vie » qui favorisent l'ouverture d'une discussion entre usagers et/ou avec les intervenants, de manière informelle. Ils peuvent également, comme l'organisation de repas ou d'ateliers récurrents, rythmer la journée de la personne. La rencontre entre un usager et un intervenant est souvent décrite comme « *naturelle* », d'individu à individu, de manière égalitaire et équilibrée.

La consommation peut être envisagée non comme la préoccupation principale mais comme un support à la rencontre qui permet d'aborder le risque pris et un premier « *prendre soin de soi* ». Le CAARUD fait donc à la fois refuge et repère, dans l'espace et dans le temps.

De la même manière, le CAARUD est un dispositif souple et adaptable, il est en mesure de répondre à des besoins différents ne concernant pas toujours la consommation de substance. Le « non jugement » et l'accueil inconditionnel qui le caractérisent semblent peut être ouvrir plus qu'ailleurs la porte aux personnes exclues d'autres dispositifs.

■ L'intervention de première ligne

La réduction des risques passe par un déploiement pragmatique d'actions sur le terrain, en Outreach, là où les personnes évoluent, consomment et vivent. Elles consistent à aller les chercher là où elles « sont » et à la rencontrer là elles « en sont » ; de leur trajectoire de vie, de leurs envies et de leurs besoins, et de leurs consommations.

Cette rencontre avec une réalité de vie est complexifiée par la stigmatisation sociale et les représentations de la population générale. En abordant de manière directe cette réalité, l'intervention en réduction des risques permet de travailler avec ou parfois malgré ce stigmate et cette clandestinité, à une réponse individuelle ou collective.

La prégnance de ces dimensions sociétales sur la place donnée à la personne consommatrice joue beaucoup dans le rapport qu'elle entretient avec sa consommation mais également avec ses besoins.

La posture de réduction des risques aide à désamorcer les représentations que les consommateurs de produits psychoactifs entretiennent aussi vis-à-vis de la société qui les exclut, et notamment vis-à-vis des acteurs de la santé publique. Le médecin par exemple peut, pour certains consommateurs, être vecteur de représentation : perçu ou pensé comme détenteur du savoir, il peut véhiculer dans une certaine mesure une image de la norme sociale dans laquelle certains ne se reconnaissent pas

²¹ Voir synthèse de la journée du 6 mars 2015 « Parcours de soin : la parole aux usagers ! » consultable sur www.federationaddiction.fr

En mars 2015, la Fédération Addiction et ses partenaires ont organisé un séminaire national sur le thème « Parcours de soin : la parole aux usagers ». Une trentaine d'usagers des dispositifs de soin sont venus partager leur vécu de ce parcours dans et hors des institutions, commentant en présence des professionnels leur expérience de l'accompagnement, de la « posture soignante » et de la définition de « soin ». Voici quelques extraits de la synthèse de ces échanges, quant à « La posture du soignant et son rapport à la personne qu'il soigne : Les participants sont unanimes sur la persistance de représentations négatives parmi les professionnels qu'ils ont rencontrés, et ceux particulièrement dans les secteurs non spécialisés qui, d'après eux devraient être plus sensibilisés aux problématiques liées à l'addiction.

Mais au-delà de l'image des drogues dans la société, les usagers sont nombreux à témoigner de questionnements sur la posture du « soignant » en France. En lien avec les interventions de la table ronde matinale, un certain nombre de personnes constatent une asymétrie entre le professionnel et la personne accueillie, entre le savoir appris du médecin par exemple, et le savoir expérientiel de la personne accueillie.

Certain l'ont vécu dans leur suivi : « En fait la notion de soin fait plus de mal que de bien : on entend encore dans nos institutions « il est pas dans le soin » ça veut dire quoi ? T'es où si t'es pas dans le soin dans une institution ? »

« Le soin c'est indéfinissable. Attrapons les choses du côté de la personne ; c'est ce qui se fait, mais il

manque une vraie place du consommateur, partie prenante de son parcours. Il est au cœur de... mais le cœur actuellement n'est pas au centre. »

« Ça fait comme une balle d'entendre ça. ça n'est plus tolérable. Même avec les qualités des professionnels. »

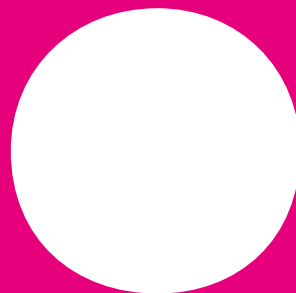
D'autres avait intégré ce schéma avant de s'engager dans le soin : « Je leur ai dit « allez y suis prêt, dépêchez vous je vais peut être changer d'avis, allez-y soignez-moi. C'est à vous de faire quelque chose, c'est vous qui savez quoi faire. » 7 ou 8 jours, j'ai « patienté », je suis sorti sevré. Mais rien n'avait changé. »

« J'attendais trop de choses d'eux. Petit à petit sur une vingtaine d'années, j'ai compris que c'était une dynamique, une démarche qui venait de mon impulsion, qu'il ne faut pas être « patient » patientant, mais acteur, et qu'avec le temps ça peut bouger. »

Pour en savoir plus, rendez-vous sur www.federationaddiction.fr/etre-acteur-de-son-parcours-une-journee-pour-les-usagers



**QUESTIONNEMENTS
D'ACTEURS
ET COMPLÉMENTARITÉS
DES DISPOSITIFS**



Nota Bene

La mise en œuvre de la réduction des risques, quelques soient les usages et les produits nécessite le concours de l'ensemble des acteurs concernés. Pour des raisons méthodologique et budgétaire, nous avons limité ce guide aux pratiques des seuls dispositifs médicosociaux spécialisés. Le rapport d'enquête a déjà permis de rendre visible leurs pratiques à un temps « T ». Ce chapitre a pour vocation de décrire l'état des points de questionnements qui traversent ces équipes sans prétendre restreindre l'ensemble de la réduction des risques à ce seul champ.

En effet, ce document contribuera à faciliter leur complémentarité avec les actions des usagers volontaires comme avec l'expertise et l'action des associations d'auto-support. C'est ce travail en commun – professionnels/ usagers/autosupport qui reste indispensables à l'évolution toujours nécessaire de la RdR et qui doit être défendu et préservé.

1. Les CAARUD, un dispositif dédié

Les CAARUD se sont institutionnalisés dans la suite des « boutiques » et en lien avec les acteurs de l'autosupport. Ils promeuvent et mettent en place les principes de RdR au quotidien, pour tous les publics consommateurs de produits stupéfiants, sans conditions d'entrée.

En ce sens, les CAARUD font partie des acteurs emblématiques de la RdR, et représentent souvent une première ligne, une forme d'aller-vers.

Parmi les questions qui animent ces équipes, trois ressortent principalement :

1. La première concerne la possibilité **d'exercer leur mission de santé publique de « première ligne »**, en recevant un public majoritairement très précarisés socialement.

La précarité et ses conséquences sont souvent une priorité pour les publics accueillis, jusqu'à mettre en question la mission du CAARUD sur les addictions. L'accueil de ces publics nécessite de s'articuler avec les partenaires – du droit commun, de l'insertion, de l'urgence sociale, de l'hébergement... - ce qui permet de croiser les expertises des différents acteurs, des différents secteurs engagés sur le thème de la précarité.

- Comment articuler la RdR liés à l'acte de consommation, avec les réponses aux risques d'exclusion ?
- Le CAARUD doit-il se consacrer uniquement aux personnes en précarité ? Doit-il aussi se préoccuper des publics insérés ?
- Si oui comment le faire sans mettre à mal l'accueil de ceux qui n'ont pas accès à d'autres institutions ? Et comment développer une forme adaptée d'aller-vers pour les autres publics ?
- Jusqu'où peut-on prendre en compte les questions d'accompagnement social sans qu'elles n'empiètent sur les messages de réduction des risques en santé ?

2. La seconde interroge les difficultés à **orienter les personnes accompagnées en CAARUD** vers des dispositifs qui assureraient la continuité de la posture de réduction des risques. Ils regrettent le manque de transversalité de la réduction des risques à l'ensemble des postures de soin de leurs partenaires.

Tous les dispositifs – spécialisés ou non – n'ont pas encore adopté cette posture, ce qui peut compliquer les orientations, et exclure du soin une partie des publics – ceux qui sont souvent décrits comme ayant un « profil CAARUD » par exemple.

Il arrive que ces publics ne rencontrent pas d'autres réponses adaptées que celle du dispositif CAARUD, ils peuvent, selon les témoignages des intervenants, rester très longtemps sur cette structure : accompagnement portant sur le très long terme au CAARUD, avec la problématique de vivre des échecs répétés dans leur parcours en-dehors du CAARUD.

- Comment valoriser l'expertise du CAARUD sur les postures de soin ou d'accueil chez les partenaires ?
- Comment articuler non-jugement et anonymat avec certaines demandes précises de partenaires ?
- Quelle place donner à la formation des équipes hors du champ spécialisé sur la RdR ? Comment inclure dans cette formation les acteurs de l'autosupport, pour croiser les expertises ?

3. La troisième question porte sur l'élargissement de la RdR : les structures dédiées à la réduction des risques priorisent, par leur cadre de mission les consommateurs de produits stupéfiants. Elles questionnent leur rôle en matière de **risques liés à l'alcool et au tabac**.

Ce thème de l'alcool et du tabac en CAARUD est assez illustratif de questionnements ouverts de la part des structures de RdR. Les dispositifs dédiés à la réduction des risques sont, pour la majorité, en réflexion sur les manières de favoriser la complémentarité entre une cli-

nique de la RdR qu'ils déploient au quotidien, et les pratiques et l'expertise que les usagers déploient hors du champ institutionnel.

Ils cherchent à s'articuler avec les savoirs issus des associations d'autosupport, dans leurs échanges de pratiques propres via des associations sur la Vap' par exemple, mais aussi dans des accueils différents comme l'illustrent les actions menées en milieu festif qui n'ont pas vocation à être institutionnalisées.

- Quels discours de réduction des risques peut-on tenir aux consommateurs de tabac et d'alcool ?
- Comment inclure l'expertise de l'autosupport sur ces produits aussi, comme plus largement dans l'action du lieu ?
- Comment articuler prévention du risque lié à l'alcool – souvent conséquent dans les files actives – et réduction des risques liés à la consommation de produits stupéfiants ?
- Comment désenclaver la réduction des risques du champ de la lutte contre le risque infectieux, pour qu'elle se décline sur l'ensemble des champs du soin ?

2. Les CSAPA et la réduction des risques, une mission transversale

Dans les années 2000, les centres de soins ont connu des évolutions marquantes, tant dans leur forme qu'au niveau de leurs missions. Figure emblématique du secteur médicosocial spécialisé en addictologie, les CSAPA ont depuis 2008 une mission obligatoire de réduction des risques pour leurs usagers. Cette mission, en pratique, doit venir s'articuler avec les autres actions de soins inscrites dans leur projet d'établissement.

En tant que posture, la réduction des risques est transversale, et s'applique comme un postulat éthique et clinique dans l'ensemble des actions et accompagnements proposés.

Cela suppose des évolutions qui ont parfois bousculé les postures de soin des intervenants. L'arrivée des traitements de substitution, l'intégration du matériel stérile de consommation et l'accompagnement vers des alternatives à l'abstinence ont été parmi les moteurs de cette évolution. Ces mesures ont aujourd'hui rejoint le panel de l'offre en CSAPA. Pour la majorité d'entre elles, ces actions sont bien intégrées – comme la prescription de TSO – et le postulat éthique de la RdR n'a plus besoin d'être démontré.

Pour autant, dans quelques dispositifs, les pratiques et les projets d'établissement n'ont hélas pas encore évolué, la réduction des risques restant absente des pratiques.

La différenciation historique créée entre les dispositifs, a organisé un différentiel d'adhésion à la réduction des risques.

Celui-ci se maintient aujourd'hui autour de 4 points :

1. L'accueil inconditionnel ou spécifique

Dans ses principes fondateurs, la réduction des risques suppose l'inconditionnalité de l'accueil ; en CSAPA l'accueil est fondé sur le projet d'une trajectoire de soin, construite à partir des demandes de l'utilisateur.

- Comment inclure en CSAPA la posture et les outils de RdR, pour un accompagnement dynamique, au plus près du temps de la personne ?
- Comment articuler des parcours plus ou moins centrés sur le contrôle et/ou sur l'abstinence, selon les attentes des usagers ?
- Comment construire des objectifs personnalisés de soin qui intègrent la RdR à la diversité de ces parcours ?

2. Le lien entre délivrance de traitement et délivrance de matériel

L'une des missions obligatoires des CSAPA reste d'assurer l'accès au traitement de substitution aux opiacés. Depuis quelques années elle doit s'articuler à la mission de mise à disposition de matériel de RdR. Cette délivrance simultanée de traitement et de matériel est encore perçue comme paradoxale dans certaines structures, comme venant en contradiction avec la notion de « soin de l'addiction ».

Les projets d'établissement et les représentations du rôle de différents soignants doivent évoluer pour sortir de ces fausses contradictions, en permettant, dans une même institution un agencement complémentaire et non-contradictoire des rôles, fonctions et missions de chacun.

- Comment, où et par qui peut-on délivrer du matériel de RdR en CSAPA ?
- Quelles peuvent-être les conditions de sa mise à disposition ?
- Comment penser les espaces et les lieux de délivrances ?

- Comment organiser la diversité des parcours fondée sur la diversité des pratiques, dans le respect de la diversité des attentes des usagers ?
- Comment et par qui organiser le rendez-vous de pré-initiation du traitement sans retarder la rencontre avec le médecin ?
- ...etc.

3. La place donnée à la parole de la personne accompagnée – au plan clinique et au regard des droits des usagers

La clinique

Adapter la « clinique du sujet » et l'accompagnement de la parole autour de l'usage actif, est un autre enjeu de l'évolution des pratiques. Les partenariats et les actions communes de nombreux CSAPA avec les associations d'entraide ou d'autosupport par exemple, via le croisement des expertises de chacun, ont déjà permis des avancées dans la prise en compte de ces registres de parole autour d'une consommation qui se maintient.

De nombreuses structures intègrent la parole de l'utilisateur et son expérience du rapport au produit comme une expertise sur lui-même, comme critère d'évaluation de sa situation et comme premier déterminant de l'objectif du parcours. Ce sont ces éléments qui rapprochent le parcours de soin de la trajectoire de vie de chacun.

- Comment se positionner devant les événements indésirables dans le suivi – nomadisme médical, rendez-vous manqués...?
- Comment interpréter et intégrer ces événements dans la relation avec la personne ?
- Comment travailler les ambivalences comme des temps thérapeutiques ?
- Comment se positionner à partir du savoir expérientiel de l'utilisateur ?

Le droit des usagers

Depuis 2002, les CSAPA sont tenus d'organiser des instances de participation des usagers. Ils peuvent le faire avec les acteurs de l'autosupport, qu'ils peuvent aussi associer à la formation continue des équipes.

Les usagers doivent pouvoir donner leur avis sur le projet d'établissement, ou même participer à sa rédaction, comme le mettent en place certaines associations.

4. Le lien avec le CAARUD et les autres dispositifs

De la même manière que dans le partenariat avec d'autres acteurs de santé (service hospitalier, médecin de ville) les articulations avec les CAARUD restent, pour certaines structures, peu fluides voire dans quelques cas inexistantes. On ne peut que regretter les difficultés constatées durant l'enquête, dans les orientations ou les actions communes entre les dispositifs spécialisés, même autour de publics communs.

Cependant, la majorité des structures de soin ont un lien avec un CAARUD en particulier, vers lequel elles orientent les personnes si besoin¹.

Pour les structures qui partagent une même association gestionnaire, et plus encore pour celles qui partagent les mêmes locaux et répartissent les accueils entre différentes plages horaires, l'articulation se fait de manière plus fluide, avec un enjeu qui revient tout de même souvent autour des passages des mêmes personnes. Cela engage là encore des questionnements autour des déli- vrances de matériel et de TSO.

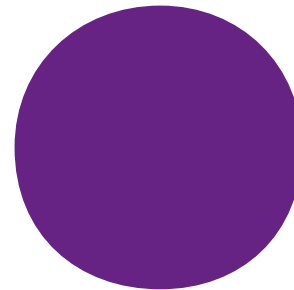
- Faut-il aborder la question des reconstructions et du partage de l'information pour une personne qui vient à la fois au CSAPA et au CAARUD ?

- Comment garantir la fluidité des parcours entre ces structures, sans nuire au souhait d'anonymat et de confidentialité de l'utilisateur ?
- Comment favoriser l'appropriation de la réduction des risques à toutes les étapes des parcours, suivant les territoires : CSAPA, ELSA, services hospitaliers, différentes offres de soin résidentiel, etc...?

¹ Voir *Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD : Rapport d'enquête*, Fédération Addiction 2015.



**CONTEXTES, PRATIQUES
ET ENJEUX
LES PÔLES
DE L'INTERVENTION**



1. RdR en milieu festif

■ Etre témoin des évolutions d'usage et de produits

En s'attardant sur la réalité des contextes de consommation, la RdR s'est développée au contact des consommateurs et des consommations. Le milieu festif est assez emblématique de cette proximité. Les milieux festifs sont multiples et divers. Les intervenants doivent s'adapter aux réalités de terrain : association de produits, nouveaux produits de synthèse... La fête est l'un des contextes où les produits et les raisons pour lesquels ils sont pris (effets recherchés) sont les plus accessibles aux professionnels, et où l'expertise des usagers ou des anciens usagers peut être convoquée. Ces derniers sont d'ailleurs souvent sollicités pour monter des collectifs d'intervention bénévole, voire salariée.

Le milieu festif est un « observatoire des tendances ». C'est sur la scène festive que se sont développés les dispositifs d'analyse de substances : *testing*, puis chromatographie sur couche mince porté notamment par Médecins du Monde, prochainement spectrométrie...

Ce terrain permet d'accéder à la réalité des consommations *de visu* et *in situ*, sur le lieu de la fête et dans les zones qui lui sont périphériques (parking, camping...), et donc d'adapter les interventions et les outils au plus près des modes d'usage. Il offre l'occasion d'une approche expérientielle de la veille sanitaire, les consommateurs étant les premiers connaisseurs des produits qui circulent. Intervenir en milieu festif, c'est s'appuyer sur le savoir des personnes qui consomment et développer une stratégie professionnelle pour entrer en relation dans un temps court, sans demander un engagement dans une démarche, sans juger la consommation : recherche de plaisir, d'évasion, esprit festif...

■ Les usagers de la fête reconnus comme experts légitimes

L'intervention des bénévoles, anciens ou actuels usagers de la fête, s'inscrit dans une dynamique d'autosupport qui valorise leur expertise et leur pouvoir d'agir, facilite l'appropriation et le relais des messages de réduction des risques. L'autosupport se caractérise par une identité partagée (usager ou ancien usager de la fête). C'est l'exemple d'associations historiques sur ce champ qui ont développé une méthode d'intervention hors du champ institutionnel, ou plus récente, avec les collectifs d'intervention en milieu festif qui impliquent les usagers directement.

L'implication d'acteurs hors scène festive s'appuie sur une dynamique citoyenne auquel les publics des milieux festifs sont, généralement, sensibles. La RdR en milieu festif se légitime en s'appuyant sur les acteurs concernés, elle « respecte la dynamique festive », facilite le changement de regard des consommateurs entre eux, et sur eux-mêmes. Investis des messages de RdR et de prendre soin de soi sans jugement, ils peuvent notamment aborder la question de leurs consommations sous l'angle de la santé. Cette démarche permet de ne pas dramatiser le risque de dépendance, très stigmatisé, et donc potentiellement vecteur de honte et de dissimulation.

Le milieu festif favorise en même temps la réduction des risques et l'intervention précoce dans un même « aller vers », dans une même posture.

■ Déstigmatiser les consommations par le partenariat et la dynamique festive

Parce que les consommations festives sont souvent perçues différemment des consommations individuelles régulières (sentiment d'appartenance, vision plus positive de la consommation de produits psychoactifs...), le milieu festif, espace de lien social, est une opportunité de faire changer les représentations quant aux produits psychoactifs. C'est notamment ce que montre l'exemple des interventions lors de fêtes traditionnelles ou de festivals, lors desquelles les prises d'alcool, de tabac ou de cannabis sont motivées par une recherche de plaisir ou de lien social, reléguant au second plan la question du statut légal du produit. Les publics rencontrés dans le milieu festif revendiquent des consommations ponctuelles. L'approche va essentiellement se centrer sur la réduction des risques et des dommages immédiats et à moyen terme, tout en ouvrant une dynamique d'intervention précoce sur des consommations à risque notamment les risques à long terme, nés de la répétitions des expériences festives.

Enfin, ce contexte est aussi l'occasion de travailler avec des secteurs non spécialisés, tous les acteurs qui travaillent ou évoluent au même endroit, au contact du même public, dans un même temps :

- des acteurs de la fête et de la nuit :
 - commerçants de produits légaux – bistrotiers, patrons de discothèques, épiciers de nuit
 - vendeurs de produits illicites,
 - organisateurs d'événements festifs
- jusqu'aux forces de l'ordre

- en passant par les mairies
- les services techniques municipaux – et notamment ceux engagés spécifiquement sur la nuit (mairie de la nuit, services d'appuis) tels qu'ils existent par exemple à Rennes ou à Paris
- et les riverains.

Par ailleurs, la fête est un rituel très largement partagé par la population générale, représentant ainsi potentiellement une opportunité de faire le lien avec les manières de consommer des produits psychoactifs dans la société : soirée du samedi soir, soirée autour d'un match de football, soirée de mariage...

Ce type d'intervention réclame d'être préparé en amont et localement avec les acteurs impliqués dans la fête et la politique locale ; avec les forces de l'ordre, les secouristes, les structures de soin et/ou de prévention qui pourront potentiellement faire relais à l'issue de l'événement. Cela suppose donc pour les professionnels de mettre en place une dynamique globale et transversale, entre les structures qui mutualisent leurs ressources et les acteurs de droit commun, les relais sanitaires (services d'urgence, Croix-Rouge) et les bénévoles engagés sur les collectifs d'intervention¹.

¹ Pour monter une intervention et/ou aller dans le détail des partenariats, un « 8 pages » *Intervenir en milieu festif* a été publié par la Fédération Addiction en 2013. Conçu comme un kit d'aide au montage de ces actions, il est téléchargeable sur le site internet de la Fédération Addiction www.federationaddiction.fr. Il existe également des fascicules d'aide au montage d'actions et de partenariats publiés par les instances publiques dont le guide *la médiation - Rassemblements festifs organisés par les jeunes*, édition 2016, téléchargeable sur le site du Ministère de la jeunesse et des sports <http://www.jeunes.gouv.fr/>

■ Travailler avec le plaisir de la consommation

Une grande majorité de CAARUD et environ un quart des CSAPA en France interviennent en milieu festif. Ces pratiques ont participé à la fondation de la RdR et ont contribué à sa définition ; les contextes festifs permettent notamment de la décrire comme une manière d'intervenir auprès de publics consommateurs hors du champ du soin, dans une dynamique d'« aller-vers » qui a très tôt caractérisé la RdR.

Les publics des milieux festifs ne sont pas dans les mêmes démarches que les publics des structures. Ils n'ont pas de demande d'aide *a priori*, si ce n'est celle de **maintenir le plaisir de la fête et des effets de produits dans les meilleures conditions possibles**. Il est important de rappeler ici que la « porosité » des espaces festifs, leur diversification et massification permettent plus qu'ailleurs peut-être la rencontre des usagers à différents stades de leurs expériences avec les substances.

De l'expérimentateur à l'utilisateur régulier en passant par le consommateur occasionnel et leur entourage, l'intervention en milieu festif est bien transversale.

L'intervention ne tend donc pas vers la prévention des consommations ni toujours leur réduction, mais combine RdR, intervention précoce, approche expérientielle.

La dynamique d'auto-support est particulièrement importante dans ce contexte. Les structures et collectifs tels que Techno+ ou la mission Rave de Médecins du Monde, ont une importance et une expertise à part entière dans ce champ de la réduction des risques en milieu festif. Ces collectifs se sont construits par, pour et entre usagers, avec une identité singulière qui leur ont permis de développer une connaissance et une capacité d'action à part entière, centrée sur ces dynamiques d'auto-support.

■ Faire passer un maximum de messages dans une temporalité courte

L'intervention festive place l'intervenant au plus près du moment de la consommation. Elle suppose ainsi d'inscrire son action dans le « temps » de la fête : soit de faire passer un maximum de messages et d'actions en un minimum de temps.

La temporalité du milieu festif est différente des autres contextes de consommation. La prise de produit se fait sur plusieurs heures – voire plusieurs jours – et suppose des conditions particulières d'intervention : travail de nuit, éloignement géographique parfois, heures supplémentaires, prise en compte des nuisances sonores, temps d'intervention longs, conditions salariales complexes ...

Devant la charge financière supplémentaire que ces actions peuvent engager, les structures font souvent le choix de mutualiser entre elles les interventions et/ou de s'appuyer sur les collectifs d'auto-support existants, mais aussi sur des bénévoles, dans des positions de pairs et d'experts.

La temporalité de la rencontre, en maraude ou en stand, est déterminée par la temporalité de l'événement festif lui-même. Si l'événement dure 3 jours, le lien noué durant la fête n'excèdera que rarement 3 jours. En revanche les consommations peuvent durer ou se renouveler au-delà de la fête. Les amorces de lien dans ce temps court doivent donc permettre de faire passer des messages de RdR globaux, qui ne se limitent pas à ce qu'il se passe durant l'événement mais concernent aussi des futures prises de risques.

■ L'intervention, une opportunité pour développer et faire accéder au prendre soin

La fête concerne un nombre très important de personnes, avec des publics et des contextes très différents. L'intervention en milieu festif ouvre la possibilité de rencontrer un autre public que celui des dispositifs de soin. Elle offre des occasions de repérage et d'intervention précoce auprès de personnes potentiellement en difficulté avec leur consommation ou dont les modes de consommation comporte des risques, avant l'émergence de complication, dans une dynamique non-jugeante, non- stigmatisante.

L'intervention en milieu festif suppose d'adopter une posture différente pour les intervenants : objectiver sans dramatiser les consommations, échanger les savoirs expérientiels d'un côté, professionnels de l'autre, donner la priorité à la qualité de la rencontre et de l'appropriation des messages pour qu'ils durent au-delà du temps de la fête.

La nature spécifique de la posture des professionnels apparaît donc de manière plus évidente en milieu festif qu'au sein des dispositifs. C'est d'ailleurs de cette posture développée en milieu festif que s'inspirent certains professionnels de soin pour développer leurs pratiques de RdR au sein des CSAPA et/ou des CAARUD.

En pratique :

- Développer des actions diverses adaptées aux milieux festifs présents sur le territoire
- Approcher les usagers de la fête de manière non-jugeante, dans le respect de la dynamique festive
- Donner la priorité aux savoirs expérientiels en constituant et/ou en s'appuyant sur des collectifs bénévoles d'autosupport
- S'attarder sur les aspects pragmatiques de la veille sanitaire, des modes de consommation individuels ou collectifs, et la distribution de matériel
- Profiter de cette occasion pour développer des partenariats hors du champ de la santé – organisateurs de soirées, d'évènements...
- Favoriser une approche d'intervention précoce, avec une vigilance certaine pour le repérage de complications possibles (sanitaires, passage à la dépendance, difficultés particulières...).

2. RdR liés aux produits licites

■ Vers une RdR pour l'ensemble des conduites addictives

La réduction des risques s'est principalement construite dans le contexte d'épidémie du sida, à partir et autour des personnes marginalisées par leurs consommations par injection de produits classés stupéfiants. Elle n'a donc pas été développée à l'origine pour les risques liés à d'autres consommations, telles que celle d'alcool ou de tabac.

Depuis 2016, la RdR ne s'applique réglementairement plus uniquement aux drogues illicites ou à la réduction des risques infectieux. La loi de modernisation du système de santé la place dans le cadre de l'accompagnement et du soin des problématiques liées aux conduites addictives en santé publique¹.

Le développement de la RdR est assez contemporain de l'arrivée du paradigme de l'addictologie et de l'accompagnement. Sortant d'une approche par produits : lutte contre la toxicomanie, contre l'alcoolodépendance, ou contre le tabagisme, le paradigme de l'addiction est notamment à l'origine du regroupement des CSST et des CCAA en «CSAPA», au même moment où se créaient les CAARUD, les deux ayant mission «d'accompagnement».

Cette généralisation a impliqué l'extension de la réduction des risques aux consommations de produits licites. Elle a généré le développement, du point de vue des pratiques professionnelles comme du point de vue légal², d'une posture et d'une politique commune pour l'alcool, le tabac ou les produits stupéfiants.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² La Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé généralise la réduction des risques en l'inscrivant non plus dans un livre consacré à la lutte contre les maladies infectieuses mais dans celui consacré aux conduites addictives, de manière large.

■ L'alcool, un produit au statut particulier

Cela ne paraît pas encore simple pour les intervenants. L'alcool est le produit le plus souvent consommé par les usagers des CAARUD et des CSAPA, il est avec le tabac le produit rencontré le plus tôt et le plus fréquemment par les publics jeunes. L'un et l'autre figurent parmi les produits présentant les risques sanitaires les plus importants : **«Au niveau mondial, l'alcool est considéré comme le troisième facteur de risque de morbidité, après l'hypertension artérielle et le tabac. En Europe occidentale, il est le quatrième facteur de risque, après**

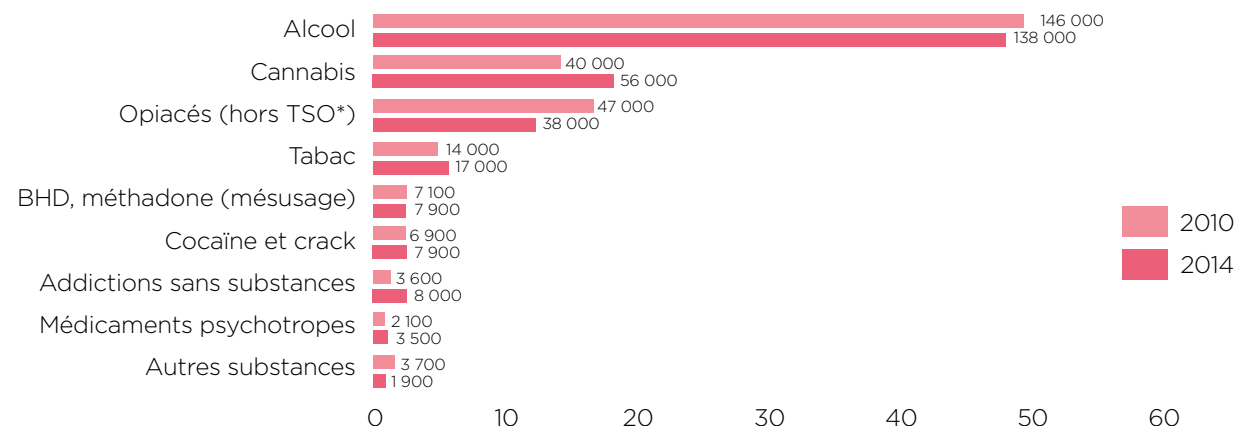
*le surpoids. En France, il a été récemment estimé que l'alcool est responsable d'environ 49 000 décès par an (S. Guérin et coll., pp. 163-8), et demeure la seconde cause de mortalité évitable, après le tabac.»*³

Selon les études de l'OFDT sur les publics des CSAPA, l'alcool est de loin le produit qui pose le plus de problèmes (tableau ci-dessous)⁴

³ Extraits de l'éditorial de Lars Møller, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, Copenhague in *BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire)* n°16-17-18, publié en mai 2013 par l'INVS (Institut de Veille Sanitaire).

⁴ Recueil de données « RECAP », tableaux statistiques de 2010 à 2014, www.ofdt.fr

Graphique 1 - Répartition des patients suivant les produits consommés posant le plus de problèmes en 2010 et 2014 (en % et en nombre)



Source : rapports d'activité des CSAPA - recueil de données RECAP

Les données sont exprimées à la fois en pourcentages (histogramme) et en nombre de personnes qu'ils représentent (chiffres)

Note : compte tenu de l'augmentation de la file active globale entre 2010 et 2014, une petite baisse en pourcentage pour l'alcool s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes concernées.

*traitement de substitution aux opiacés, Buprénorphine haut dosage

En CAARUD, l'alcool était en 2010 le troisième produit le plus fréquemment consommé par les personnes :

Tableau 3 - Usages récents (au cours du dernier mois) chez les usagers des CAARUD, 2010

	Effectifs	Pourcentages
Cannabis	1796	71,7
Alcool	1577	63,0
Opiacés	1845	73,7
Buprénorphine haut dosage	990	39,5
Héroïne	783	31,3
Méthadone	704	28,1
Sulfates de morphine	373	14,9
Codéine	135	5,4
Stimulants	1153	46,0
Cocaïne ou Free base (achetée en poudre)	822	32,8
Crack (acheté sous forme «base»)	383	15,3
Amphétamine (speed)	322	12,9
MDMA, Ecstasy	217	8,7
Hallucinogènes	423	12,9
LSD, acides	193	7,7
Kétamine	162	6,5
Plantes et champignons hallucinogènes	140	5,6
Benzodiazépines	717	28,6

Source : ENa-CAARUD 2010 / OFDT, DGS

La réduction des risques s'adresse potentiellement à tous les consommateurs, dépendants ou non dépendants, excessifs ou régulés, quel que soit le produit consommé. Que les structures soient spécialisées ou non, elles rencontrent des personnes consommatrices d'alcool dans leur file active. En termes d'outils et de messages de RdR, la focale paraît plus souvent mise, en CAARUD notamment, sur les risques liés à la prise de produits illicites y compris auprès de personnes dont la principale consommation est l'alcool. Pourtant c'est l'alcool qui semble causer au quotidien dans les structures, le plus d'événements indésirables, et les professionnels sont au fait des risques sanitaires liés au produit.

■ Partir de la réalité des personnes pour permettre l'écoute

La réduction des risques suppose de partir de la réalité des personnes, de leurs pratiques de consommation comme **des dommages qu'elles souhaitent réduire et des bénéfices qu'elles souhaitent conserver**. C'est à partir de ces réalités que l'on peut adapter les outils et les réponses aux risques pris par la personne.

Malgré leur diffusion massive en population générale, l'alcool et le tabac ne bénéficient pas, historiquement, du même bagage d'outils que ceux développés vis-à-vis des produits classés stupéfiants, pour éviter ou réduire les risques – sanitaires, sociaux, psychologiques - qu'ils engendrent.

Les intervenants sont nombreux à mener des actions collectives de type ateliers qui mentionnent, et parfois se centrent sur l'alcool ou sur les risques liés au tabac, mais aborder la question au niveau individuel rencontre plusieurs obstacles du côté des professionnels comme des usagers : banalisation de certains produits, manque d'outils et/ou de connaissances pour étayer l'action...

À l'exception des personnes consultant en CSAPA pour leur consommation d'alcool ou de tabac en première intention, les usagers peuvent avoir tendance soit à minimiser l'impact de ces produits sur leur vie, sur leur santé, soit à se centrer sur les problèmes de dépendance et non sur les autres risques et dommages liés à ces usages. Les accompagnements proposés sont souvent sous-tendus par une perspective de diminution en quantité des produits pris, et ne concernent que très rarement les questions qualitatives sur le produit, le contexte de consommation et les effets, bénéfiques recherchés par la personne. C'est pourtant, de l'expé-

rience d'un certain nombre de professionnels, plutôt dans ces facteurs que résident les causes des prises de risques et des dommages subis du fait de l'alcool – par exemple, les contextes d'interdiction de consommation favorise les surconsommations, ou encore la qualité de la boisson consommée peut avoir plus de bénéfices et donc générer moins de risque de mal-être.

Il s'agit là d'une des différences avec la réduction des risques liés à d'autres consommations, pour laquelle la RdR est basée sur les outils, les qualités de produits et les modes de prises plus que sur les quantités.

En matière d'usage de produits licites, les outils les plus souvent employés visent à objectiver le niveau de risque pris : outils de quantification, questionnaires d'auto-évaluation (audit, programmes d'aide à l'empowerment (alcoochoix, mydrinkcontrol...)) ce qui permet un premier niveau de construction des réponses.

Les questions concernant la qualité des produits ou les manières de consommer sont moins maîtrisées.

Enfin, si l'accompagnement vers une gestion de la consommation est un outil relativement efficace pour valoriser les capacités d'agir des personnes, il n'est pas forcément efficace par exemple pour le tabac, dont les risques sont peu minorés par la baisse des quantités consommées⁵. Il faut alors faire entendre la dimension empowerment propre à la logique de RdR : si le seuil d'efficacité « mesurable » n'est pas atteint, la diminution enclenche une dynamique qui peut permettre « pas à pas » d'y arriver. **C'est toute la culture de l'accompagnement qui est ainsi à ajouter à la seule mesure objective scientifique.**

5 Godredsen et al. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. *JAMA* 2005; 294:1505-10, présenté par BERLIN I., « La RdR est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de tabac ? » *Audition publique réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives*, présidée par le Professeur Benyamina et le Docteur Morel, Avril 2016.

■ Permettre les consommations : un levier très efficace

Sans se situer dans une efficacité comparable à la mise à disposition de matériel stérile ou aux Médicaments de Substitution aux Opiacés (MSO), les outils de mesure et de repérage constituent un premier pas de prise de conscience, par les usagers, des risques qu'ils encourent. On note que des outils de mesures tels que l'éthylomètre ou l'éthylotest sont plus souvent vécus comme des outils de « contrôle » plus que comme des outils de régulation.

Ceux utilisés pour mesurer l'impact sur la santé permettent à l'inverse d'adapter un message de RdR à la réalité somatique, objectivée, de la personne : le fibroscan semble notamment utile pour accéder, de manière non invasive, à une information sur les dommages hépatique liés à l'alcool.

Le référentiel des actions de réduction des risques paru en avril 2005 démontre que les principes d'action sont potentiellement déclinables pour l'alcool et le tabac, ou même les conduites addictives sans produit.

Pour réduire les risques, la posture doit donc être similaire : *il vaut mieux ne pas consommer ... ; si consommations il y a, il vaut mieux consommer en petite quantité ... si consommation importante il y a, il vaut mieux consommer de manière sécurisée...*

Pour exemple, le magazine Swaps⁶ dans son édition de 2011, dédiée à l'alcool, propose un comparatif entre les messages et actions préconisées pour la RdR liés à l'injection, et ceux possibles pour l'alcool :

(tableau page suivante)

6 PEREZ F., « Dessine-moi une action de RdR liée à l'alcool » in *SWAPS* n° 62, 1er trimestre 2011.

<p>cas n°1</p> <p>situations</p> <p>Pour ne pas être contaminé suite à une consommation de drogue, le mieux est de ne pas en prendre (cas particulier de la RdR où le risque est totalement évité).</p> <hr/> <p>Si je consomme alors le mieux est de choisir un mode de consommation autre que l'injection.</p> <hr/> <p>Si je m'injecte alors le mieux est d'utiliser du matériel neuf stérile</p> <hr/> <p>Si j'utilise du matériel ayant déjà servi alors le mieux est de le stériliser avant.</p> <hr/> <p>Si j'utilise du matériel non stérile alors le mieux est de ne le partager avec personne d'autre.</p> <hr/> <p>Si je partage mon matériel alors le mieux est de connaître ma sérologie et celle des gens avec qui je le partage</p>	<p>actions possibles</p> <p>information</p> <hr/> <p>éducation aux autres modes de consommation</p> <hr/> <p>mise à disposition de matériel neuf stérile</p> <hr/> <p>éducation aux techniques de nettoyage du matériel</p> <hr/> <p>information</p> <hr/> <p>orientation dépistage</p>
<p>cas n°2</p> <p>situations</p> <p>Pour ne pas avoir d'accident suite à une consommation d'alcool, le mieux est de ne pas en boire ou de ne pas conduire (cas particulier de la RdR où le risque est totalement évité).</p> <hr/> <p>Si je bois de l'alcool alors le mieux est de ne pas dépasser 2 verres avant de conduire</p> <hr/> <p>Si je bois plus de 2 verres standards alors le mieux est d'attendre la baisse de mon alcoolémie avant de conduire.</p> <hr/> <p>Si je n'attends pas la baisse de mon alcoolémie alors le mieux est de faire des tests psychomoteurs d'équilibre ou de réflexe.</p>	<p>actions possibles</p> <p>information</p> <hr/> <p>éducation sur la notion de verre standard</p> <hr/> <p>mise à disposition d'outil de mesure de l'alcoolémie</p> <hr/> <p>éducation aux techniques des tests</p>

■ Valoriser les compétences de la personne accompagnée

En l'absence de matériel de consommation, il paraît donc d'autant plus crucial d'aider la personne à s'appuyer sur ses propres ressources pour sécuriser les consommations telles qu'elles existent. La valorisation des compétences psychosociales et la (re)valorisation de la responsabilité des individus leur permet de développer les stratégies de réduction des risques liés à l'alcool ou au tabac, stratégies qui sont déjà mises en œuvre par les consommateurs eux-mêmes lorsqu'ils gèrent leurs consommations : *je ne bois jamais lorsque j'ai mes enfants ; je ne fume pas en voiture ... jamais au travail...* L'accompagnant peut, en entretien, explorer ces comportements et, en s'attachant à valoriser les compétences psychosociales convoquées dans ces moments, aider la personne à réduire les risques liés à sa consommation. Il paraît pertinent de revaloriser ces compétences afin de **lutter contre la croyance répandue d'être dénué de capacité à modifier sa consommation.**

Ainsi, décliner la RdR liés aux consommations d'alcool intra-muros dans les structures de soin s'accommode mal de règlements de fonctionnement basés sur l'interdit ... alors que la raison même de la venue de l'usager dans le CSAPA ou le CAARUD est cet usage problématique.

- Accueillir la personne et sa consommation permet pourtant de mettre en œuvre des principes de RdR
- Tranquilliser la personne
- Faire participer les usagers à l'organisation de l'accueil des consommations, pour renforcer la capacité d'agir
- Eviter les surconsommations massives avant l'arrivée dans le service : risques de surdoses (troubles du comportement, de la conscience...), risque de conflit avec ou dans l'environnement de la structure...

- Eviter les difficultés des professionnels du fait de la tension entre un mandat de RdR et une posture de surveillance et de sanction liées aux consommations
- Renforcer le caractère bienveillant et non-jugeant de l'accueil
- Accompagner des consommations à moindre risque.

Certaines équipes, y compris hors du champ spécialisé, ont pu constater les effets positifs de la mise en place d'un lieu pour déposer l'alcool (casier, réfrigérateur...) voir d'un espace dédié à la consommation d'alcool et de tabac - en extérieur souvent, mais faisant partie de la structure.

■ Donner les moyens d'apaiser ou d'éviter le mal-être

Choisir des boissons différentes - changement de marque de bière, dilution des spiritueux - utiliser un verre sur lequel le dosage est marqué, éviter de consommer dans les circonstances les plus risquées (avant le travail), espacer les consommations plutôt que de les concentrer sur une plage horaire courte ... sont autant de mesures susceptibles de réduire les risques sociaux et psychologiques, voire affectifs (concernant l'entourage notamment), liés à la prise de ces produits.

Les nouveaux médicaments proposés - le Baclofène⁷, ou le Nalméfène - constituent des outils utiles à certains pour réguler les consommations, voire en préserver la fonction « plaisir », sans se donner un objectif immédiat d'arrêt. Ils ambitionnent d'aider les personnes à sortir d'une consommation-problème pour revenir, en prudence et en douceur, vers un objectif propre à chacun : consommation plaisir, consommation occasionnelle, ou diminution des consommations.

D'une manière assez proche, le vaporisateur avec ou sans nicotine (aussi appelé vapoteuse, vaporette, vap' ou e-cigarette) permet aux personnes de réduire les risques liés à leur tabagisme sans devoir d'emblée envisager un arrêt souvent difficile, la nicotine ayant un potentiel addictif très fort.

7 La Fédération Addiction propose au téléchargement sur www.federationaddiction.fr :

- une note d'analyse de la Recommandation Temporaire d'Utilisation du Baclofène dans le traitement de l'alcoolodépendance émise par l'ANSM en 2014

- un supplément technique sur le médicament

- un annuaire régional des CSAPA prescrivant et accompagnant volontaires pour être ressources sur ce traitement.

La vape

De nombreux CAARUD et CSAPA promeuvent la vape avec ou sans nicotine comme alternative au tabac fumé. Cela permet de supprimer les risques liés à la combustion du tabac sans avoir à passer par un sevrage nicotinique :

« La vapeur ne contient ni goudron, ni monoxyde de carbone, ni particules fines, ni autres substances cancérigènes présentes en grand nombre dans la fumée de cigarette. Il n'est à ce jour pas possible de connaître les éventuels risques à long terme qui pourraient lui être associés, mais les données disponibles suggèrent qu'ils seraient inférieurs à ceux associés au tabac fumé¹. Indiscutablement moins dangereux que la cigarette, le vapotage est donc un outil de réduction des risques et des dommages du tabagisme particulièrement intéressant². »³

La vape n'est pas a priori disponible dans les structures de soin et de RdR, mais des opérations permettent aux consommateurs y compris désocialisés de s'en procurer ; l'intérêt du vapotage est donc aussi de banaliser et de rendre plus accessibles les messages de RdR liés au tabac y compris en popu-

1 Rapport *La nicotine sans la fumée: la réduction des méfaits du tabac* du Royal collège of physicians (Collège royal des médecins britanniques), avril 2016.

2 Avis du Haut Conseil de la santé publique relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique répandus en population générale, 22 février 2014

3 Extrait du manuel *Jeunes et tabac : prévenir, réduire les risques et accompagner vers l'arrêt - Manuel pour les professionnels des CJC et de premier recours*, Fédération Addiction, RESPADD, 2016.

lation générale. Les structures qui promeuvent la vape développent des actions de sensibilisation avec des vendeurs et proposent cet outil dans une dynamique de santé publique et de RdR.

Les marques et normes de liquide vaporisé, les différents modèles de vaporisateur, de batteries ou encore les taux de nicotine constituent un bagage de savoirs et d'expertises qui crée et facilite l'entre-soi, les regroupements d'autosupport. Cette dynamique permet aux consommateurs de valoriser l'expertise que leur donne leur expérience de la vape. Ainsi certains sites⁴ internet permettent aux usagers de mettre en commun ces expériences, et de s'accompagner dans une démarche de RdR tout en croisant leurs connaissances avec les avancées de la recherche.

Par ailleurs, les risques liés à la combustion sont d'autant plus importants lors de l'association tabac et cannabis. De la même manière, il existe des vaporisateurs de cannabis qui permettent de supprimer ces risques. Il permet par ailleurs d'éviter la consommation de nicotine et donc de réduire le risque de dépendance au tabac.

Ces vaporisateurs, initialement prévu pour le cannabis thérapeutique, permettent de faire passer dans la plante réduite en poudre un courant d'air chauffé à 190°C, température à laquelle les principes actifs contenus à la surface de la feuille deviennent vapeur. Parmi ces outils, il peut être intéressant de privilégier ceux qui permettent le réglage de la température.

4 www.aiduce.org ;

■ Envisager des parcours de soin différents pour ne pas exclure

La prise en charge des personnes rencontrant des problèmes d'alcool ou de tabac était encore récemment essentiellement orientée vers l'arrêt des consommations, mais l'évolution vers une diversification des sorties est largement initiée.

Les usagers des structures de soin qui viennent avec une demande liée à ce produit sollicitent eux-mêmes une aide à l'arrêt pour parvenir à l'abstinence ; et ceux qui viennent pour une autre raison peuvent craindre que si le sujet venait à être abordé, ils ne se voient proposer que cette option.

Historiquement, les messages véhiculés par les campagnes publiques et les représentations courantes ont le plus souvent présenté la dépendance comme une sorte de « point de non retour », à partir duquel « sans abstinence point de salut » : un verre c'est la rechute... on ne peut plus jamais consommer d'alcool ni même de vinaigre... ainsi, encore en 2012, « Moins d'une personne sur dix (8 %) estime que les consommateurs excessifs d'alcool peuvent vivre normalement »⁸.

Lorsque l'accès à et le maintien de l'abstinence est la seule réponse, le dispositif laisse sur le chemin nombre d'usagers pourtant susceptibles de bénéficier d'une aide adaptée.

Ainsi, on se rappellera les ravages du Sida chez les usagers de drogues dans les années 80 et 90 faute d'avoir développé plus tôt des mesures de RdR qui ont montré la nécessité, de prendre conscience que l'approche RdR permettait de rencontrer plus tôt et sur une logique de

prendre soin, des consommateurs jusque-là exclus des soins.

L'alcool et le tabac ne sont pas toujours les premières préoccupations des personnes rencontrées. Pourtant, la question de la poursuite des consommations récréatives se pose très régulièrement, par exemple chez les personnes bénéficiant d'un traitement de substitution, ou ayant cessé une autre consommation. La compensation par l'alcool porte potentiellement de nouvelles problématiques qu'il faut considérer. De la même manière illustrative, le tabac est souvent à tort laissé de côté, au motif qu'« il faut bien qu'il leur reste quelque chose ». Le tabac peut également être à l'origine de difficultés à la gestion des consommations de cannabis ; d'où l'intérêt de ne pas considérer ce sujet comme secondaire.

La posture d'accompagnant est un outil précieux, et peut gagner à s'appuyer sur les méthodes motivationnelles, non pour amener vers la fin de la dépendance/de la consommation, mais pour aider au changement d'un comportement d'usage à risque.

⁸ TOVAR M.L., LE NEZET O. et BASTIANIC T., « Perceptions et opinions des Français sur les drogues », *Tendances*, n°88, 2013, 6 p.

■ Proposer de faire avec les consommations telles qu'elles se présentent

Dans un article de la revue *Psychologos* en 2010¹, le chercheur Christophe de Neckere reprend en synthèse la définition donnée par Miller et Rolling de l'Entretien Motivationnel (EM) dans leur ouvrage de 2002² :

« L'EM ne peut se résumer à un ensemble de techniques. En effet, selon {les auteurs}, l'EM « n'est pas quelque chose qu'on fait aux gens » mais « plutôt une façon d'être pour et avec eux, une approche pour faciliter la communication qui fait émerger un changement naturel » {...} L'entretien motivationnel est moins un ensemble de techniques qu'un savoir-faire relationnel dont l'esprit puise dans la compréhension de la relation à l'autre et de la nature humaine. »³.

Comme tout changement, la modification du comportement d'usage peut générer des ambivalences, des aller-retour, qu'il convient d'interpréter en RdR comme autant de temps thérapeutiques, dont la personne est maître. Sur ce point, certains prin-

cipes de l'entretien motivationnel semblent assez proches de ceux de la posture de la réduction des risques : ses fondements reposent sur l'ambivalence du discours et des situations, et il sert à favoriser l'auto-motivation — à différencier de la motivation induite par un tiers, professionnel, entourage ou pression sociale.

Ses principes sont au nombre de 4⁴ :

- Faire avec les résistances (éviter la confrontation ou l'argumentation)
- Exprimer de l'empathie
- Développer une divergence entre idéal et comportement actuel
- Supporter l'efficacité personnelle et l'autonomie

Les limites de cette posture viennent surtout de son caractère non intuitif, du fait qu'elle ne se caractérise pas par une recherche de l'efficacité dans les mesures prises mais bien par un cheminement « guidé » et non « dirigé » de la personne. Elle peut questionner les professionnels sur leur rôle, dans les ambivalences des personnes accueillies quant à leurs modes de consommations.

1 MILLER, W.R. et ROLLNICK, S. (2006). L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement. (Titre original : Motivational Interviewing. Preparing people for change, 2nd edition, 2002). Paris : InterEditions, Dunod. In *Psychologos* n°1, 2010.

2 Ibidem.

3 Ibidem.

4 MILLER W.R. & ROLLNICK S., 2002/2006.

Les équipes doivent bénéficier de formations spécifiques⁹ à la RdR appliquée à l'alcool : évaluation des consommations, particularités de la stigmatisation sociale du « buveur », alternatives possibles à l'arrêt...

Faire le lien entre les événements indésirables et la modification de l'état de conscience, les dommages sociaux ou affectifs et les événements qui ont suscité une consommation par exemple, peut permettre de motiver une démarche de réduction des risques via des entretiens centrés sur les conséquences de la prise de ce produit, sans la considérer comme un échec vis-à-vis d'un objectif d'abstinence.

Cela permet d'éviter, chez les consommateurs, le sentiment de dévalorisation, résultant de la confrontation à leur difficulté à arrêter.

Ce sentiment d'échec paraît d'autant plus important à prendre en compte dans la mesure où nos sociétés, paradoxales, produisent des injonctions contradictoires et sont volontiers porteuses de disqualification sociale et de stigmatisation quant à toute forme d'incompétence à gérer ses consommations¹⁰.

9 L'association Santé ! à Marseille a notamment développé un programme de formation sur site des équipes, qu'elle déploie en partenariat avec la Fédération Addiction. Plus d'informations : www.federationaddiction.fr

10 Expertise collective Inserm 2003. *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*. Chapitre 3, « Dimensions historiques, culturelles et sociales du « boire » », p.73

■ Ouvrir le champ de la réduction des risques en population générale

L'alcool étant un produit largement diffusé dans les sociétés occidentales, les consommateurs sont très nombreux, et les secteurs concernés sont pluriels. Les consommateurs — occasionnels et/ou à risque — veulent souvent maintenir et gérer leur consommation pour bénéficier des effets psychoactifs et socialisants du produit.

Culturellement en France, le « boire social » illustre les effets de réciprocité — dons/contre-dons — qui régissent et structurent nos sociétés occidentales.

C'est un bien qui s'offre, qui s'échange, un marqueur social de convivialité et d'appartenance comme l'analyse l'expertise collective que l'INSERM consacrait à l'alcool en 2003. Cette expertise conclut que « le « boire social » est alcoolisé dans notre culture » et que l'alcool joue un rôle de « marqueur de l'échange, et {de} technique permettant au groupe de négocier la « bonne distance » entre les partenaires lorsqu'un vide en termes de régulation autre vient menacer l'équilibre collectif. »¹¹

L'analyse de l'INSERM propose donc des pistes pratiques qui prennent en compte cette dimension culturelle et ethnologique de l'alcool, en proposant par exemple d'utiliser le café dans le même rôle : « *L'échange d'eau claire ou de soupe ne joue pas ce rôle mais le café, psychotrope licite et léger venu d'Orient, introduit en Europe à partir du XVII^e siècle surtout, peut à certains moments jouer ce rôle. Tout un imaginaire de la prévention pourrait rebondir ici.* »¹²

11 Expertise collective Inserm 2003. *Alcool. Dommages sociaux, abus et dépendance*. Chapitre 3, « Dimensions historiques, culturelles et sociales du « boire » », p.73

12 Ibidem p.74

RdR, produits et société

De la même manière, la consommation de nicotine est un fait social relativement bien accepté, contrairement à la prise d'opiacés par exemple ; ses conséquences sont en revanche encore largement banalisées malgré l'accès à l'information, puisque selon l'OFDT : « *Fin 2012, quatre Français sur dix (41 %) considèrent que le tabac est dangereux dès l'expérimentation. Après avoir doublé entre 1999 et 2008, cette proportion est restée pratiquement inchangée depuis 2008. C'est au stade de l'usage quotidien que le tabac apparaît le plus dangereux pour 47 % de Français* »¹.

Paradoxalement, malgré le peu d'antériorité de la RdR pour le tabac comme pour l'alcool, cette ap-

1 TOVAR M.L., BASTIANIC T. ET LE NEZET O., Perceptions et opinions des Français sur les drogues Tendances, n°88, 2013, 6 p.

proche paraît particulièrement pertinente dans un contexte où l'information sur les dangers de ces produits ne provoque pas la réduction drastique de leurs consommations, et où les consommateurs — à l'exception des buveurs devenus dépendants — sont peu stigmatisés. Loin de toute forme de prévention-répression ou de jugement, l'information sur les risques liés à la consommation du tabac fumé peut donc être donnée pragmatiquement, en considérant qu'il faut réduire les risques liés à certains modes de consommation — la cigarette. Ainsi l'usage de la nicotine peut garder sa place dans la vie et dans la société comme pour la caféine par exemple².

2 LE HOUZEZEC J., « La RdRD est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de tabac ? ». Audition publique Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives, présidée par le Professeur Benyamina et le Docteur Morel, 2016.

L'alcool présente une forte toxicité et est en même temps un outil de régulation sociétale. Il peut être l'objet de consommations massives, en nombre de consommateurs comme en quantités consommées. Selon le Baromètre Santé 2014 de l'INPES, 95% de la population en France métropolitaine a expérimenté de l'alcool au moins une fois dans sa vie, et 42% a connu une alcoolisation ponctuelle importante durant l'année écoulée – dont 57% des 18-25¹³ ans.

13 BECK F., RICHARD J.-B., GUIGNARD R., LE NEZET O. et SPILKA S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014 », *Tendances* n°99, 2015.

Il paraît donc peu pertinent en santé publique, de viser d'abord la réduction quantitative des consommations. L'intervention précoce et la posture de RdR paraissent plus adaptées pour répondre globalement aux conséquences de cette consommation, voire même de proposer de gérer le rythme ou les manières de consommer sans s'occuper d'emblée de la quantité qui est prise.

C'est également ce que semblent montrer les expériences hors du champ spécialisé.

Ainsi, le secteur hospitalier a développé une expérience importante sur la gestion des consommations d'alcool auprès des personnes hospitalisées.

Les Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), là où elles sont formalisées, jouent un rôle important de transmission des messages de RdR, notamment sur l'impact physiologique d'une consommation d'alcool contraindiquée avant une opération chirurgicale, ou sur la gestion des consommations durant l'hospitalisation – gestion du manque de nicotine, stratégie d'aide à la maîtrise des prises de produits. Ainsi elles aident à développer des alternatives pour gérer les risques de manque ou les dommages liés aux consommations sans forcément orienter vers le service alcoologie ou le service addictologie, et sans envisager d'emblée la question du sevrage.

Dans d'autres contextes, festifs ou étudiants notamment, les associations de prévention ou de sensibilisation s'inspirent dans leur posture d'intervention, de stratégies de RdR : verres mesureurs, dosette d'alcool, simulateur d'ivresse au volant... Il paraît donc intéressant de leur proposer des formations adaptées et un soutien logistique si nécessaire.

La posture de RdR permet donc, pour un produit aussi répandu dans la société que l'alcool, de faire passer les messages en s'appuyant sur les organisateurs des événements, les consommateurs eux-mêmes, voire les vendeurs de produit.

Les collectifs de Réduction des risques en milieu festif sont en cela une bonne illustration ; en travaillant avec les bistrotiers ou les bureaux d'étudiants notamment, les messages de RdR en termes de santé publique se diffusent et sont transmis de pair à pair.

Ce travail permet aussi de lutter contre la banalisation du produit sans réprimer sa consommation et donc stigmatiser les consommateurs.

Le savoir-faire en réduction des risques peut aussi se développer en population générale via la fonction « ressources » dont sont dotés les CSAPA, en mettant en

place des partenariats avec les acteurs de droit commun concernés : syndicats professionnels, mutuelle agricole, CCAS...

La réduction des risques liés à l'alcool et au tabac constitue donc, malgré sa courte antériorité, une illustration importante du changement de paradigme de l'intervention spécialisée. Elle montre bien comme la réduction des risques aide à développer une « clinique des modes de vie » ; qui s'inscrit de plain-pied dans la société et dans les trajectoires de vie individuelles et collectives.

2. RdR liés aux produits licites

Qu'est-ce que la picologie ?

Matthieu FIEULAINE

✱ Revoir notre rapport aux consommations

La RdR alcool telle que nous l'avons imaginée et développée, a nécessité de revoir nos pratiques thérapeutiques. Nous avons dû avant tout changer, nos façons d'envisager les pratiques de consommations et leurs effets sur la vie des personnes. Car en amont du travail qui consiste à élaborer des propositions d'accompagnement, de soin et de réaménagement des pratiques aux fins d'en réduire les risques et dommages associés, il faut repenser également l'observation des usages, et l'évaluation des bienfaits ou méfaits qui y sont associés.

La compréhension des usages est en effet essentielle à l'élaboration d'une offre d'aide et de soin fondée non sur le « traitement du problème alcool » mais bien sur l'objectif d'accompagner la personne usagère d'alcool vers une **qualité de vie** réalisable, la plus égale possible à la qualité de vie souhaitée par elle, et ce y compris dans le cadre préalable du maintien de ses pratiques de consommation.

Parce que « seul le sujet peut estimer sa qualité de vie. [qu'il] n'y a aucun étalonnage possible en la matière, aucune norme, aucune standardisation »¹, les outils classiques d'évaluation, de classification et/ou de typologisation des usages (AUDIT, DATA-CAGE...) utilisés en alcoologie sont inopérants en RdR Alcool, dans la mesure où ils s'attachent à catégoriser les

consommations en fonction du risque sanitaire (qui pourra être la prise de risques, la nocivité ou la dépendance) et des normes d'usage (Unité Internationale d'Alcool) au détriment de leur singularité.

Proposer cette approche RdR Alcool nécessite donc bien d'abord de revoir nos méthodes évaluatives des consommations d'alcool chez les personnes que nous accompagnons.

C'est dans ce sens que l'association Santé ! revendique la pratique de la **picologie** comme moyen d'analyse, de compréhension et de définition d'un accompagnement opérant.

✱ Définition de la «picologie»

La picologie, c'est l'observation et l'étude des **manières de boire**. Celles-ci sont singulières à chaque personne et sont le produit d'une histoire, de logiques, de contraintes et d'un contexte chaque fois spécifique. La prise en compte de ces spécificités fonde la Réduction des risques, y compris pour l'alcool.

La picologie, c'est donc l'observation à chaque fois d'une sorte d'écosystème particulier qui se construit, se développe et se modifie autour de la relation qu'une personne entretient avec l'alcool. Car cet écosystème interagit et cherche en permanence à s'adapter avec le monde social environnant.

Pour appréhender cette relation, la picologie envisage l'usage comme issu d'une histoire, d'une « **carrière** »² au sens du sociologue Howard Becker.

Cette notion de « carrière » oblige à envisager les consommations, quelles qu'elles soient, comme des organisations logiques s'inscrivant dans le parcours de vie d'une personne.

Il s'agit de mettre à jour cette organisation qui articule stratégies et contraintes, bénéfiques (effets recherchés) d'un côté, risques et dommages (effets subis et non-recherchés) de l'autre.

La picologie propose d'observer les consommations d'alcool non plus à l'aune du niveau « pathogène » mais à partir de ces parcours de vie dont elles sont issues et dans lesquels elles s'inscrivent, afin de mettre à jour des leviers sur lesquels la personne elle-même pourra agir à des fins de réduction des risques.

Ainsi, la picologie, plutôt que de partir du « combien » (combien de verres en une occasion ? Combien d'occasions par semaine, combien d'alcool par jour ou par semaine...), s'intéresse au « comment », afin de mieux analyser les organisations et fonctions individuelles du « boire » :

- Quel type d'alcool est choisi ? (car contrairement aux idées reçues, personne ne boit indifféremment tout alcool)
- Quel est le rythme et quelles sont les modalités d'absorption ? (Assis ? Debout ? Au verre ? A la bouteille ? A la canette ?)
- Quel est le contexte ou l'environnement de la consommation ? (Seul ? Collectivement ?).

Outsiders, Etudes de sociologie de la déviance, Paris, Métailié, 1985.

¹ Bacqué M-F, *Le deuil à vivre*. Odile Jacob, Paris, 1996

² Notion développée par Howard S. Becker dans son ouvrage,

La picologie c'est aussi tenir compte du « Pour quoi » (qui ne doit pas être confondu avec le « pour-quoi ») et du « malgré quoi » les gens consomment. Cette méthode vise à aider la personne à nommer tous les bénéfiques, effectifs et/ou recherchés, qui au fondent les pratiques de consommation : pour l'ivresse, pour être désinhibé, pour se donner du courage, pour se sentir moins seul, pour oublier, pour faire taire les angoisses, pour supprimer des douleurs, pour dormir... et pour toutes sortes d'autres raisons possibles. Car la picologie part du principe pragmatique que les personnes consommatrices, quoi que l'on puisse en dire et quels que soient leurs usages, consomment **d'abord pour se faire du bien**, même si cela induit parfois de se faire du mal.

De même, via cette approche, se nommeront les incidences négatives, non recherchées par les personnes ; incidences malgré lesquelles elles continuent de consommer afin de préserver les bénéfiques qu'elles trouvent dans cet usage. C'est là que l'évaluation des risques et dommages joue un rôle. La picologie va s'attarder à mesurer, individuellement, l'équilibre entre « effets recherchés » et « effets indésirables ». Ainsi, les risques à évaluer sont bien ceux perçus par la personne, ces dommages qu'elle considère comme « acceptables » au regard des bénéfiques tirés de la consommation, et non seulement des atteintes potentielles ou effectives repérées par le professionnel qui, si elles ont vocation à mettre en mots les souffrances des personnes, ne peuvent se substituer à elles pour définir ce qu'il convient d'améliorer. Ainsi, à risques ou dommages équivalents, deux parcours d'usages

observés au prisme de la picologie induiront possiblement des stratégies d'intervention très différentes.

La picologie, c'est donc faire une sorte d'ethnographie des usages pour mettre à jours les « habitus »³ de consommation afin, d'une part d'en saisir les singularités (les manières de boire), et d'autre part d'en isoler les bénéfiques « afin de les préserver autant que possible », et les risques et dommages, dont la réduction ne peut s'envisager qu'à l'aune des sacrifices qu'elle supposera pour chacun (en termes de pertes de bénéfiques)

La RdR alcool postule que c'est ce travail d'évaluation qui permet de proposer un accompagnement efficient.

³ En sociologie, un habitus désigne une manière d'être, une allure générale, une tenue, une disposition d'esprit. Selon Pierre Bourdieu, l'habitus est le fait de se socialiser dans un peuple traditionnel, définition qu'il résume comme un « système de dispositions réglées ». Il permet à un individu de se mouvoir dans le monde social et de l'interpréter d'une manière qui d'une part lui est propre, et qui d'autre part est commune aux membres des catégories sociales auxquelles il appartient.

En pratique :

- développer la possibilité de prescrire les médicaments utiles au cas par cas (Baclofène®, Sélincro®, Nalméfène®...) en se tenant informé des évolutions thérapeutiques
- valoriser l'expérience des personnes au même titre que le savoir médical ou éducatif
- Offrir la possibilité de vapoter aux personnes accueillies
- Proposer des ateliers vape, en s'articulant par exemple avec les associations de vapoteurs telles qu'Aiduce, ou encore la vap' du coeur¹
- Promouvoir l'utilisation de vaporisateurs de cannabis et de nicotine auprès des consommateurs, autant qu'auprès des pouvoirs publics, notamment pour financer l'accès à ces outils.
- mettre en place des réfrigérateurs permettant de tenir à disposition des personnes les boissons alcoolisées qu'elles amènent
- dédier un endroit de la structure où les personnes peuvent consommer les boissons alcoolisées
- proposer de l'eau, des boissons non alcoolisées,
- former l'ensemble de l'équipe à la RdR liés à l'alcool et au tabac
- mettre en place des conventions permettant la formation des partenaires : CCAS, bistrotiers mutuelles et médecine du travail, intervenants sociaux en maraude, forces de l'ordre...
- inclure les usagers dans la construction de projets permettant d'accueillir les consommations au sein de la structure.
- accompagner « quoi qu'il arrive » et faire avec la consommation des personnes notamment sur place...
- ... et appliquer le référentiel et la posture de RdR pour l'alcool, le tabac, comme pour les autres produits.

¹ « La Vape Du Cœur est une association de loi 1901 ayant pour but de venir en aide aux personnes majeures rencontrant des difficultés financières, fumeuses ou ex-fumeuses, en leur distribuant du matériel pour la vape (vaporisateurs personnels ou e-cigarettes, e-liquides et accessoires) afin qu'elles puissent accéder gratuitement à un substitut au tabac fumé. » Présentation issu du site www.lavapeducoeur.fr.

3. Réduction des risques et place des usagers

■ Le droit des usagers à être reconnu comme « sachant »

L'éthique de prendre soin issue de la RdR promeut une posture d'écoute et d'adaptation aux objectifs individuels. Elle propose une offre adaptée à la diversité des besoins et des attentes : gestion des modes de consommation, offre intégrée, travail de lien non conditionné à une demande de soin...

La parole du consommateur est au cœur de la clinique de la réduction des risques.

Elle en est le premier outil, avant même l'impératif de la délivrance de matériel à usage unique. Elle conditionne la relation d'accompagnement.

La prise de parole des personnes consommatrices a également été, historiquement, un facteur décisif de la reconnaissance de la RdR comme une posture autant que comme un droit : le droit des consommateurs à gérer leur propre santé, à être reconnus comme individus responsables et dotés d'une expertise et d'une voix équivalente à celle des intervenants.

Si ce rôle a été crucial historiquement au travers de la reconnaissance et du financement d'associations telles qu'ASUD, cette prise de parole des personnes directement concernées a fait valoir la nécessité d'un changement de paradigme dans les postures de soin.

■ Mettre en veille son « désir de soigner » pour laisser l'utilisateur prendre la parole

Aujourd'hui, ce changement est engagé sous des formes encore disparates. La prise en compte de la parole de l'utilisateur comme expert reste fragile, dans la mesure où le changement de paradigme décrit en chapitre 1 n'est pas complètement achevé. Le développement et la montée en puissance de la clinique de RdR mènent à une diversification de l'offre et des outils du soin.

« Plus la politique de réduction des risques d'une structure est forte, plus les équipes s'emparent de cette posture, et plus la prise en compte des savoirs expérientiels dès le début des parcours sera naturelle et importante. »

Pour cela, il convient donc de prendre en compte le savoir des personnes à l'égal de son savoir d'intervenant, dès le début de leur suivi. En associant la personne à son suivi, et ce, dès le début, en faisant converger son écoute et le développement d'outils et d'actions divers, les objectifs s'individualisent et l'offre de soin s'adapte au plus près des besoins de chacun.

L'écoute des personnes sous toutes ses formes suppose de mettre en veille un « désir de soigner ». Ce désir est compréhensible, il vient des représentations sociales en matière de consommations de psychotropes, et de la difficulté à accepter des états de santé parfois très dégradés des personnes accueillies qui poursuivent leur consommation. Cette prise en compte inconditionnelle de la parole de la personne questionne l'intervenant sur sa mission et son mandat. Elle est pour-

tant nécessaire pour, *a minima*, ne pas « vouloir à la place de l'autre », c'est à dire ne pas confondre son désir de soigner avec le désir d'aller mieux de la personne accueillie.

La plupart des consommateurs ont une stratégie qui leur est propre ; leur parole permet donc de dégager les objectifs adéquats pour chacun, mais aussi de faire évoluer ces objectifs.

Par exemple accepter les re-consommations non pas comme des « rechutes » dans un parcours linéaire où la personne « s'élèverait » vers un mieux-être et « régresserait » en reprenant sa consommation, mais comme des éléments de vie, survenant dans des contextes et moments particuliers. La posture de RdR permet d'informer la personne, et repose sur la reconnaissance de son autonomie même relative².

¹ Propos tenus en 2014 par Lilian Babé, directeur adjoint du CSAPA Soléa, Besançon.

² HIRSCH E., « le mandat éthique de l'intervention en réduction des risques », *Actes du cycle de séminaires L'accompagnement des consommations : constats, enjeux, et perspectives*, Fédération Addiction, mai 2016.

■ Inconditionnalité et interrogations sur le positionnement institutionnel

L'accueil inconditionnel, l'écoute et la prise en compte sans jugement de ce qui est dit, voulu par la personne, dans une posture « d'égal à égal » évitent de travailler avec une personne « imaginaire » mais plutôt avec la personne réelle, avec ses ambivalences, sa trajectoire de vie, ses besoins et ses envies.

Cela ne veut pas dire que la posture de RdR abolit toute distance vis-à-vis des personnes accueillies, ou qu'elle place l'intervenant dans le seul rôle d'aide humanitaire, pour pallier les dommages sans accompagner. L'inconditionnalité de l'accueil et la valorisation de la parole des personnes questionnent le positionnement de l'intervenant et plus largement le projet d'établissement, notamment pour les personnes dont la situation se dégrade progressivement.³

La réduction des risques ne limite pas l'intervention à une série de mesures sanitaires, humanitaires ou psychologiques.

L'accompagnant a un rôle à jouer dans la trajectoire de la personne, en soutien, en respectant sa dignité et sa responsabilité de manière bienveillante, en l'informant sur l'ensemble des outils à sa disposition, et **travaillant vers un changement lorsque la personne s'en sent capable.**

Le parcours dans ou parmi les institutions fait partie de la trajectoire de vie de la personne qui les utilise. **Si c'est souvent dans la trajectoire de vie que surviennent les évènements – affectif, professionnel, familial, judi-**

ciaire... – qui provoquent un changement, les institutions, à la condition d'avoir pu établir un lien non-jugeant et bienveillant, peuvent constituer un repère, permettre d'avoir un refuge, ou un interlocuteur adapté en cas de besoin.

Valoriser la parole de la personne accueillie sur le « comment » est consommé le produit, sans poser d'emblée la question plus intime du « pourquoi », permet de nouer un lien serein et solide sur une base non intrusive. L'accompagnant fait « avec » l'ensemble des paramètres et des éléments de vie individuels de son interlocuteur : la ou les consommation(s), le contexte de vie, les ambivalences, etc.

■ De pair à pair, l'entre-soi et l'expertise partagée

Si les statuts, places et rôles du pair-aidant ne sont pas stabilisés - médiateur santé pair, usager-pair, salarié ou bénévole, ex-usager de la structure ou non... - les expériences de cette fonction sont probantes, en France comme ailleurs. Facilitateur, traducteur au sein de l'institution mais aussi en amont, dans un cadre formel ou informel, il semble en tout cas être un maillon utile entre les usagers et les dispositifs. Certaines structures expérimentent d'ailleurs cette fonction.

Par ailleurs, les espaces de paroles tels que les groupes d'usagers, les ateliers, les forums internet permettent aussi de promouvoir des espaces d'échanges de pair à pair. Leur caractéristique première est de permettre l'échange d'expertise entre soi, entre consommateurs. En CSAPA comme en CAARUD cette dynamique permet de considérer les expériences de chacun et de créer **un climat de convivialité et d'appartenance** où les consommateurs ne se sentent pas seuls, et où le vécu du « soin » et/ou des consommations peut être formulé, partagé, échangé. Ce sentiment d'appartenance paraît jouer un rôle primordial dans la construction de lien social, la valorisation de soi et de sa capacité à agir : c'est un facteur clé de la clinique en RdR⁴.

Ils sont également une opportunité pour les professionnels de recueillir la parole de ceux qui ont l'expérience des produits ; ainsi peuvent-ils avoir accès aux réalités des pratiques et des représentations concernant la prise de psychotropes. Les ateliers collectifs, de démonstration du matériel par exemple mais aussi les groupes de paroles de consommateurs actifs, permettent aux professionnels d'actualiser leurs connaissances des us-et-

³ CERNY K., « L'accueil inconditionnel, seuil déterminant pour l'accès aux soins », *Acta*, N°13, décembre 2013.

⁴ Voir Chapitre 1 p.6 et p.17.

coutumes et des tendances, et d'y adapter leurs outils.

Cette courroie de transmission apparaît comme un vecteur réciproque riche pour nourrir le corpus des savoirs en RdR.

Ces espaces existent aussi hors du champ de l'institution. Favoriser la circulation des informations de pair à pair a l'avantage d'organiser le relais des messages et parfois des outils de réduction des risques, auprès de personnes qui ne viendraient pas dans les institutions au soin. C'est tout le sens de la formation des « usagers relais » à qui est confié du matériel ; ils ont une fonction de transmetteur des messages de RdR auprès des consommateurs qu'ils côtoient.

En pratique :

- Recueillir et prendre en compte à chaque rencontre, la parole de la personne comme un savoir à part entière, et envisager l'utilisateur comme le premier acteur de son soin
- Mettre en place des ateliers et des groupes d'auto-support réguliers, dont les thématiques sont choisies par les participants
- Ne plus envisager les reconsommations comme des rechutes, mais comme des temps de vie, c'est-à-dire faisant partie d'un parcours non linéaire
- Développer les ateliers collectifs de démonstration des pratiques de consommations pour évaluer l'adaptation des messages et promouvoir l'expression des usagers sur leur consommation ; y inclure du matériel de consommation et des ersatz¹ de produits - médicaments périmés.
- Interroger les usagers du dispositif sur leur vécu du projet d'établissement et les inclure dans sa rédaction le cas échéant
- Inclure les usagers dans tous les nouveaux projets - questionnaire, réunion dédiée, présentation au conseil d'administration...
- Former des médiateurs santé pairs
- Former les équipes à la place de l'expertise de l'utilisateur en réduction des risques
- Rendre accessible à l'accueil les sites internet d'auto-support, les « wiki sur les produits »
- accompagner « quoi qu'il arrive » : écouter l'utilisateur sans jugement et sans objectif préétabli ; accepter les ambivalences comme des temps thérapeutiques, penser toutes les orientations ou les propositions de soin en concertation et en présence de la personne concernée.

¹ Pour approfondir la question de la démonstration du matériel, rendez-vous en partie 2.5 Réduction des risques sanitaires p. 49

Psychoactif, la réduction des risques à l'heure d'internet

Pierre Chappard, Président de Psychoactif et Chef de service du CSAPA Trait d'Union – Oppélia, Paris

« La plateforme Psychoactif est née en 2006 sous la forme d'un forum, du constat de l'absence de groupe de parole d'usagers actifs pour parler de la réduction des risques (RdR) et des traitements de substitution.

Il n'y avait pas de structure équivalente à Narcotiques Anonymes pour parler de réduction des risques. En 2012, l'association Psychoactif est créée pour porter juridiquement et financièrement la plateforme.

D'autres outils de témoignages sont mis en place : blog, réseaux sociaux, wiki, quiz... et la plateforme s'ouvre à toutes les drogues, licites ou illicites. La fréquentation explose, passant de 400 visites par jour en 2012 à plus de 12 000 visites en 2016.

Les objectifs de Psychoactif (plateforme et association) sont de deux ordres : pratique, en aidant les consommateurs par le partage des expériences et l'apport des études scientifiques, mais aussi politique : il s'agit de se servir des centaines de milliers de témoignages recueillis pour modifier les politiques publiques et les pratiques professionnelles sur les addictions.

Par exemple, nous avons participé avec la Fédération Addiction à un livre, *Femmes et Addictions*, grâce aux témoignages des femmes sur le forum de Psychoactif¹.

Les consommateurs rencontrent Psychoactif principalement grâce aux moteurs de recherche. {...} Mais les usagers rencontrent aussi Psychoactif grâce à des liens « réels ». Plus de 10 % des membres de Psychoactif ont connu la plateforme par le bouche à oreille, en étant orientés par un professionnel des addictions ou un autre usager. Cela brise l'idée d'une communauté internet entièrement virtuelle et déconnectée du réel. {...}

Il y a plusieurs raisons pour s'inscrire et participer à la communauté Psychoactif. La première est la recherche d'interactions sociales par le biais du sujet « drogues », soit parce qu'on aime les drogues, soit parce qu'on a des problèmes avec.

La deuxième est le besoin de reconnaissance. Sur Psychoactif, la connaissance sur les drogues et la réduction des risques est valorisée, et les leaders sont avant tout des connaisseurs des drogues et de leurs usages.

La troisième raison est la recherche d'efficacité et d'impression de contrôle sur les choses. Un exemple significatif est celui du sevrage, pour lequel les membres viennent se renforcer dans leur détermination, encouragés par les membres de la communauté.

¹ Fédération Addiction. (2016). *Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD*. Collection Repères. Pour télécharger ou commander le guide, nous vous invitons à consulter ce lien : <http://www.federationaddiction.fr/parution-duguide-femmes-et-addictions-de-lafederation/>

Enfin, la dernière raison est la recherche de communion. On discute et partage des expériences vécues, avec l'impression qu'on est dans une communauté unique. Par exemple, sur Psychoactif on lit souvent qu'il n'y a que là qu'on peut comprendre les problèmes d'addiction.

Psychoactif est une organisation d'autosupport : elle est gérée par une équipe de 15 modérateurs et animateurs bénévoles, qui sont ou ont été consommateurs de produits psychoactifs.

{...} Pour favoriser le non jugement, {les modérateurs demandent} à chacun de s'exprimer à la première personne, en « je », et de répondre autant que faire se peut, à un témoignage par un autre témoignage. L'autre règle importante, c'est que la plateforme n'est pas un lieu d'échanges de « plan drogue », qu'il soit licite ou non. Toute personne qui propose un plan, ou qui en demande un, est bannie sur le champ. {...}

Éducation par les pairs

Psychoactif est aussi une communauté d'apprentissage social et d'éducation par les pairs capable de diffuser de nouvelles normes sur la réduction des risques. Par exemple, quand un usager injecteur arrive sur Psychoactif avec des problèmes de veines, avec des abcès, les membres de la communauté lui proposent d'essayer les nouveaux outils d'injection dont le filtre toupie (qui filtre les excipients mais aussi les bactéries²), en racontant pourquoi ils l'utilisent

² Le filtre toupie est à l'origine un filtre membranaire issu des laboratoires de biologie qui s'en servent pour stériliser leurs solutions.

et qu'est ce que ça a changé pour eux. Les consommateurs, plus que tout autre, savent trouver les mots justes pour faire changer les pratiques des autres usagers car ils utilisent les mots de la même culture. Le taux d'acceptation des filtres toupie est ainsi beaucoup plus haut sur Psychoactif que dans les CAARUD et CSAPA.

{...} La diffusion de normes sociales (usager citoyen) et de normes sur les pratiques était déjà un des buts des groupes d'autosupport d'usagers de drogues comme Asud³. Mais ce qui change radicalement avec Psychoactif et les autres communautés d'usagers comme Psychonaut⁴, c'est la dimension de masse d'internet. Psychoactif, c'est près d'un million de pages vues par mois. Tout le travail de diffusion des nouvelles normes est démultiplié, la réduction des risques se démocratise et devient accessible au plus grand nombre, et notamment aux consommateurs insérés {...} : plus de 75 % des consommateurs participant à Psychoactif sont insérés : plus de 60 % des répondants ont un logement personnel, plus de 53 % ont un revenu du travail et 22 % sont étudiants. »⁵

3 L'association Asud (Auto-Support des Usagers de Drogues) a été créée en 1992 afin de promouvoir la réduction des risques auprès des usagers et ex-usagers de drogues, soutenir toute personne prise en charge par le système sanitaire et social pour des questions relatives à son usage de drogues. www.asud.org

4 Psychonaut est un forum de consommateurs ou non dédié aux drogues, psychédéliques et nouvelles drogues de synthèse en particulier, et d'information de qualité sur les drogues. www.psychonaut.com

5 Extrait de l'entretien « Psychoactif, la réduction des risques à l'heure d'internet » accordé par Pierre Chappard, président de Psychoactif et chef de service du CSAPA Trait d'Union - Oppélia, Paris, à la revue *Rhizome* n°61 - septembre 2016.

4. Réduction des risques spécifiques aux publics vulnérables

✿ Les risques au féminin : des spécificités sociales à prendre en compte

■ Allier mixité et temps dédiés pour contrer l'isolement

Les publics féminins sont plus éloignés des structures de soin et de RdR. Les chiffres des files actives en font état — entre 75% et 80% des personnes reçues sont des hommes¹. Si les taux de consommations problématiques sont plus faibles chez les femmes que chez les hommes² cela ne suffit pas à expliquer un tel écart. Les professionnels notent tous une difficulté particulière à aller-vers ou à susciter la rencontre avec les publics féminins. Lorsqu'on les interroge sur la question³, certaines femmes témoignent d'un isolement affectif et social plus important que les hommes, avec une stigmatisation —liée à la maternité, à la marginalité, à la honte,

1 OFDT, INPES, «Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014», *Note 2015-01*, 3 avril 2015

2 BECK F., RICHARD J.-B., GUIGNARD R., LE NEZET O. et SPILKA S., «Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014», exploitation des données du Baromètre santé 2014, *Tendances* n°99, 2015.

3 La Fédération Addiction a mené un projet de deux ans sur Femmes et Addictions, au cours duquel un recueil de témoignages de femmes usagères des services de soin a été organisé via les sites psychoactif.org et asud.org.
Pour en savoir plus : www.federationaddiction.fr

à la perte du sentiment d'estime de soi — plus forte en particulier pour les consommatrices d'alcool.

Par ailleurs, si les femmes ne viennent pas ou peu vers les dispositifs, ce peut aussi être car elles se vivent comme une « minorité visible » à l'accueil, et peuvent craindre le regard des hommes, voire d'être victimes de violences. Un certain nombre de femmes préfèrent donc être accueillies sur des temps non-mixtes, aussi pour que se (re)crée un entre-soi, un sentiment d'appartenance qui facilite la sortie de l'isolement, l'échange de messages de RdR et l'entraide. Proposer des plages horaires, activités ou espaces non-mixtes ne constituent pas des réponses uniques et la question de la mixité gagnera à faire l'objet d'une réflexion institutionnelle.

■ Inégalités de genre et aggravation des risques

Les inégalités entre les femmes et les hommes s'expriment de manière accrue chez un public qui cumule souvent les difficultés (sociales, psychiques, somatiques, économiques). Par exemple, on sait que les injectrices réutilisent plus souvent leur matériel que leur compagnon, qui a pu fréquemment être l'initiateur de la première injection⁴ ; certains CAARUD distribuent donc systématiquement les seringues par deux aux femmes.

La question du couple et de la sexualité est aussi à prendre en compte : les femmes rencontrées sont plus souvent que les hommes sujettes aux mécanismes d'emprise, victimes de violences conjugales et/ou

4 BECK F., RICHARD J.-B., GUIGNARD R., LE NEZET O. ET SPILKA S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014 », *Tendances* n°99, 2015. & Cadet-Taïrou A. *Résultats ENA-CAARUD 2010. Profils et pratiques des usagers*. Saint-Denis, OFDT, 2012.

sexuelles, et ont plus de difficultés que les autres femmes à planifier des grossesses désirées. Les situations de prostitution concernent également beaucoup plus les consommatrices que les consommateurs. Dans ces contextes, il semble important :

- de proposer des outils et informations adaptés (prévention des IST, moyens contraceptifs, TROD ...) afin d'avoir un support pour l'échange sur les risques liés à la sexualité ;
- de former les équipes au repérage des violences subies, de réfléchir aux modalités d'accompagnement les plus adaptées et d'orienter, le cas échéant, vers des partenaires spécialisés dans l'aide aux femmes victimes de violences ;
- de développer des partenariats adaptés (centres de planification, CeGIDD et/ou gynécologues sensibilisés, associations d'aide aux personnes prostituées...)

■ Réduire les risques pendant la grossesse, un équilibre à trouver

La grossesse des femmes présentant des conduites addictives peut faire peur, aux femmes et aux professionnels qui les rencontrent. Les risques encourus par l'enfant sont souvent au cœur des préoccupations. Pourtant pour une partie des femmes, cette période est propice à un possible accompagnement. Idéalement, pour ne pas stigmatiser et rester dans une approche non-jugeante, il paraît opportun de proposer des réponses pragmatiques et équilibrées pour aider à gérer la consommation, et accompagner la mère aussi dans son propre parcours de santé. Beaucoup de CAARUD ont développé un travail en réseau, avec des sages-femmes et gynécologues, des équipes de maternité, mais aussi la protection maternelle infantile et l'aide sociale à l'enfance.

Enfin, le soin et l'éducation de l'enfant restent encore aujourd'hui assurés majoritairement par les femmes. Elles peuvent avoir des difficultés à venir dans le dispositif alors qu'elles ont les enfants à charge. L'accueil de ces derniers questionne de nombreuses équipes et certains CAARUD proposent des solutions : partenariat avec un mode de garde à proximité, espace « enfants » aménagé dans le centre... et certaines solutions de déplacement à domicile paraissent parfois efficaces.

✱ Réduire les risques avec les migrants – l'exemple des arrivants d'Europe de l'Est

*Cette partie a fait l'objet d'un entretien spécifique avec un usager pair et trois salariés de structures de réduction des risques : Ego, Charonne et la Salle de Consommation à Moindre Risque portée par Gaïa Paris. Ces associations sont membres d'un même **dispositif destiné à l'accueil et à l'accompagnement des personnes originaires des pays de l'ex-union soviétique, baptisé Bociek.***

■ Différence de langue – de la traduction à la médiation

L'une des premières spécificités des publics migrants est la différence de langue. Au-delà des différences de culture de consommation, le principal risque semble être que l'information de réduction des risques ne parvienne pas à ces destinataires : ne pas garder seulement la seringue dans un kit de RdR par exemple. La traduction des documents d'information papier est un premier levier, mais leur lecture paraît souvent moins efficace que la transmission orale, dans l'échange et la rencontre, des messages de prévention des risques. Il est donc important de pouvoir offrir une traduction lors des accueils et des actions d'aller-vers. Si les ressources linguistiques n'existent pas dans l'équipe, il peut être intéressant d'engager des stagiaires ou de faire appel à des traducteurs, de préférence spécialisés⁵ ou avec une possibilité de sensibiliser les traducteurs aux questions d'addiction.

L'appui sur les pairs peut-être une aide cruciale :

- pour approcher les personnes en Outreach
- pour dépasser les défiances vis-à-vis de l'institution, souvent, de prime abord, confondue avec les forces de l'ordre ou une incarnation de l'État.

⁵ Le dispositif Bociek est dédié notamment à l'appui linguistique pour les professionnels et les structures qui rencontrent des personnes russophones. Il peut venir en appui sur votre territoire. Pour plus d'informations, **contact : Association Charonne - Equipe mobile Bociek : 06 71 55 20 95 - bociek@charonne.asso.fr**

■ Statut administratif et risques psychosociaux – accompagner dans la difficulté à se projeter

Les personnes en situation de migration sont souvent dans une précarité très importante. Elles peuvent être soumises à des mesures d'expulsion du territoire, parfois sans possibilité réelle de revenir dans leur pays d'origine. Les personnes qui demandent l'asile ou qui engagent des demandes de visa, de titres de séjour ou de papiers français doivent se projeter dans des processus administratifs qui durent souvent plusieurs années.

Il est donc nécessaire de prendre en compte les risques psychologiques particulièrement présents pour ces publics, et de les accompagner pour trouver un équilibre le plus satisfaisant possible pour elles, dans des conditions de vie très précaires et instables.

Ce manque de perspectives à court et moyen terme favorise également un risque de dépression, de défiance vis-à-vis de l'institution – assimilation avec les forces de l'ordre, crainte d'être repéré et expulsé du territoire... - et de consommations moins contrôlées, plus risquées. La question de la confiance dans l'institution est un enjeu clé de l'accompagnement psychosocial.

L'un des principaux leviers peut en être un suivi pragmatique et bienveillant, dans le respect de la temporalité de la personne et à partir de sa demande – traitement hépatite C, accès au matériel, accès aux médicaments de substitution. Se tenir à ce que la personne demande et y répondre sans, au moins dans un premier temps, le conditionner à d'autres démarches, structure son lien à l'institution et aide à faire évoluer son point de vue sur le «soin».

■ Rapport aux traitements et aux consommations – la posture en question

A l'image des personnes arrivant d'Europe de l'Est, un certain nombre de personnes viennent de pays qui ne mettent pas ou très peu en place la réduction des risques ; elles n'en ont pas toujours connaissance et ont un point de vue sur le soin exclusivement limité au sevrage. Certains publics vont avoir l'impression de ne pas «être soignés» lorsqu'ils reçoivent un traitement de substitution, et vont exprimer l'impression d'être «contrôlés par le médicament», qu'ils auront finalement plus de mal à gérer en autonomie – sans le médecin – que les produits pris par ailleurs. L'exemple même de ce ressenti vient de la disponibilité du produit : *«si je viens au centre j'aurais toujours du Subutex®, donc si j'en ai toujours j'en prendrai toujours. Et c'est gratuit. Alors que dans la rue, si j'ai plus d'argent je suis obligé de faire sans le Subutex®, donc je peux gérer en fonction de mes moyens».*

Cette impression est aussi en lien avec le risque de ne pas pouvoir rester sur le territoire français, et la nécessité ressentie ou réelle de ne pas être dépendant à la Méthadone ou à la substitution en cas de retour forcé dans un pays qui ne propose pas ou presque pas de TSO.

Ces éléments combinés à l'existence d'un marché noir parfois important, sont vecteurs de confusion entre le produit et le traitement.

Par ailleurs, les personnes issues des pays de l'Est viennent vers les centres interrogés avec une demande très précise : «je veux ce matériel», ce médicament... Cela peut mener à des situations compliquées pour les intervenants, notamment pour les médecins qui ont

l'impression que la personne «vient faire ses courses» :

«Ils ont une attitude très pragmatique. «Je sais ce que je veux, ce n'est pas le médecin qui va décider, c'est moi qui sais de quoi j'ai besoin», donc les patients arrivent chez le médecin en disant : «là j'ai besoin de ça, de ça et aussi de ça», ils arrivent avec déjà une ordonnance prête! L'idée c'est que le patient soit plus détendu, qu'il puisse aussi nous laisser lui apporter quelque chose... mais ça, ça prend beaucoup de temps.»

Ces demandes rapides, parfois même pressantes, ont été travaillées par les professionnels, à l'exemple de celle de «Subutex® gratuit». La pratique a montré l'intérêt de commencer par répondre simplement à la demande, même si cela questionne le mandat et le rôle de l'intervenant. L'implication dans une démarche de traitement se fera ensuite, dans un second temps, la personne ne l'interprétant alors plus comme un refus.

Ainsi il peut être plus efficace pour nouer un premier lien de s'attarder sur ce que veut la personne, sur l'intérêt qu'elle a à venir au centre ou à rencontrer l'équipe en outreach. Il est donc important de s'appuyer sur ces éléments comme autant de points d'accroche pour améliorer les conditions de vie de la personne : «aidez-moi à soigner mon hépatite C», «il paraît que vous avez du Subutex®»...

La réponse dans ces situations est déterminée par une posture inconditionnelle ; pour prendre le temps que la confiance s'installe, il paraît essentiel de se mettre à un niveau d'égalité et trouver l'intérêt de la personne, ce qu'elle veut et demande, comme point d'accroche pour le lien.

Ces situations révèlent le besoin plus large en réduction des risques, d'accompagner les équipes – supervision, analyse des pratiques, temps dédié en équipe – dans une temporalité et un rapport aux soins qui diffèrent, et peuvent les mettre en difficulté.

✱ Problématiques psychiatriques

■ Risques accrus : la nécessité d'évaluer

Selon l'expertise collective de l'INSERM parue en 2010⁶, les doubles diagnostics addiction et comorbidités psychiatriques sont très fréquents ; ils concernaient cette année-là entre 40 et 60% des files actives des CAARUD.

Le premier enjeu pour les intervenants des CSAPA et des CAARUD est le repérage d'une pathologie psychiatrique. Ce repérage est compliqué par une difficile évaluation⁷ et différenciation entre comorbidités psychiatriques et troubles de l'humeur, ou anxietés. En effet, ces troubles sont plus fréquents chez les personnes consommatrices qu'en population générale : toujours selon l'INSERM ces publics présenteraient une prévalence à la dépression allant jusqu'à 90%.

Cette évaluation est pourtant nécessaire pour la poursuite de la prise en charge qui peut supposer une réponse intégrée, très peu de CSAPA et de CAARUD ayant un temps de travail de psychiatre en interne⁸. La plupart des structures essaient de gérer à l'interne les comorbidités psychiatriques de leurs usagers, puis

orientent vers le secteur psychiatrique – CMP notamment – lorsque les enjeux liés à la pathologie psychiatrique prennent le pas sur l'accompagnement en réduction des risques.

Les risques pour les personnes présentant une comorbidité sont souvent accrus : mauvaise connaissance des risques, difficulté à adhérer au traitement... La dynamique inconditionnelle qui préside à l'accueil en RdR suppose de proposer quelque chose à ces personnes. Ainsi les professionnels peuvent être confrontés à un manque de formation et avoir des difficultés, du fait de cultures professionnelles et de niveaux de sensibilisation différents, à trouver où orienter la personne, sans que les problématiques addictives ne constituent un motif d'exclusion ou de refus d'accès.

■ Aller vers le secteur psychiatrique ?

Pour améliorer la sensibilisation de leurs partenaires, certains CAARUD ou CSAPA proposent des actions de formations, auprès des équipes en CMP, ou via des stages d'immersion proposés à l'occasion des internats de médecine psychiatrique.

D'autres proposent à l'inverse des permanences de médecin psychiatre à l'interne, voire des plages horaires hebdomadaires durant lesquelles un psychiatre est présent à l'accueil de la structure.

Enfin, plusieurs structures ont monté des partenariats avec une ou plusieurs équipes mobiles en psychiatrie qui passent sur les temps d'accueil du CSAPA ou du CAARUD, afin d'offrir une ressource sur ce thème aux personnes accueillies.

6 INSERM (dir.). *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Rapport*, Les éditions Inserm, 2010 (Expertise collective). Chapitre 4, p.57.

7 JAUFFRET-ROUSTIDE M., « Usages de drogue et comorbidités psychiatriques », in *Swaps* n°16, mars avril 2000.

8 Constat issu de l'enquête de la Fédération Addiction en 2013. *Agir en réduction des risques - rapport d'enquête* paru en décembre 2015. Téléchargeable et consultable sur www.federationaddiction.fr

5. Réduction des risques sanitaires

La réduction des risques sanitaires est la première action mise en avant par les structures. Historique, elle permet d'ancrer la démarche dans le pragmatisme et de proposer un accueil qui n'est pas conditionné au soin.

■ Le matériel et sa mise à disposition – un enjeu particulier pour les CSAPA

Dans la mesure où les personnes sont accueillies dans les structures du fait de consommations de produit psychoactifs, les mesures de réduction des risques doivent s'appliquer de manière inconditionnée à une demande / un projet d'arrêt ou même de réduction de leurs consommations. C'est sans doute là que la question de l'accès se pose pour les CSAPA pour qui la demande de soin fait partie du cadre d'accueil¹, et qui se différencient en cela des CAARUD.

Si les pratiques de mise à disposition du matériel sont diverses², les professionnels s'accordent sur la nécessité d'avoir du matériel à délivrer aux personnes qui poursuivent leur consommation.

En CAARUD comme en CSAPA, les kits doivent être disponibles au-delà des seules nécessités de la démonstration qui consiste à détenir un seul kit sur le lieu pour montrer comment consommer à moindre risque.

Pour être efficaces, les outils de RdR doivent être remis aux personnes qui consomment.

Parler des reconsommations, plus que de « rechutes »,

comme des éléments de parcours, paraît aider fortement à libérer la parole, à dépasser la culpabilisation, et à accéder à la situation réelle de la personne. Les professionnels qui accompagnent les personnes peuvent percevoir la mise à disposition de matériel comme en contradiction avec l'objectif du soin. Dans les faits et d'un point de vue pragmatique, les personnes, quelles que soient leur trajectoire de vie ou leur projet, sont, ont été et peuvent potentiellement être de nouveau consommatrices, et donc sujettes aux risques liés à la consommation. Ces consommations ou reconsommations sont d'autant plus risquées lorsqu'elles interviennent dans un contexte de traitement de substitution, ou à la suite d'un sevrage, d'une période d'arrêt ou de l'arrêt d'un autre produit.

Dans cette perspective la délivrance de matériel de RdR en CSAPA est indispensable.

Elle ne limite pas pour autant l'action en réduction des risques, car l'usager du dispositif ne parlera pas forcément de ces consommations (même ponctuelles), et suivant les enjeux de l'accompagnement qu'on lui proposera, il pourra se sentir plus ou moins mal à l'aise avec le fait de récupérer du matériel au CSAPA. Il paraît important d'aider la personne à dépasser un clivage qui semble installé dans les représentations des personnes accueillies, qui veut séparer la réduction des risques du « soin ». On entend ainsi souvent que les personnes ne souhaitent pas prendre de matériel « là où a lieu le soin », comme si celui-ci supposait qu'il n'y ait pas, ou plus de consommations.

Dans les suivis, il est donc crucial de faciliter la parole des usagers sur ces prises de produits, afin d'avoir un message adapté à la situation réelle de chacun.

La possibilité **concrète et visible** d'avoir accès à du matériel permet d'avoir un support pour que ces consommations soient abordées dans une dynamique qui

donne à voir ce qui caractérise cette posture de soin : le non-jugement vis-à-vis de ces comportements d'usage.

Enfin, pour dépasser ces représentations, la formation des professionnels à la réduction des risques en tant que philosophie et sous son aspect technique, est un levier très efficace.

¹ Voir chapitre 1 p. 6.

² Voir le rapport d'enquête *Agir en réduction des risques - rapport d'enquête* paru en décembre 2015. Téléchargeable et consultable sur www.federationaddiction.fr

■ TSO et posture réduction des risques

Les structures proposant du matériel à disposition dans chacun des bureaux s'organisent ainsi pour que la personne choisisse l'environnement dans lequel elle souhaite parler de ses consommations. Le lien avec le reste de l'équipe soignante n'est alors pas toujours évident, notamment lorsque cette consommation peut avoir des conséquences en termes de traitement mais peut être confiée de manière confidentielle, à un intervenant qui n'a pas la responsabilité de ce traitement.

La délivrance s'accompagne dans ces cas-là d'une proposition de consultation avec un médecin de l'établissement. Cette consultation sera proposée si certains préalables sont travaillés en équipe pluridisciplinaire : non-jugement, maintien des traitements lors des recon consommations, inscription des TSO comme outil de RdR... et donc que le fait d'une recon consommation ne remette pas en cause le traitement, mais permette de l'adapter en fonction des consommations réelles de la personne, dans une dynamique de réduction des risques.

C'est là tout l'intérêt de la pluridisciplinarité, voire de la transdisciplinarité des équipes des CSAPA et des CAA-RUD.

En effet, le TSO a fait ses preuves en matière de réduction du risque sanitaire, et son rôle d'outil de RdR ne semble plus faire débat au sein des professionnels :

98% des professionnels interrogés dans le cadre de la démarche participative considèrent les TSO comme un outil de réduction des risques.

Le lien entre mise à disposition de matériel et délivrance de traitements de substitution fait encore l'objet de questionnements dans quelques structures.

Envisagé dans une posture de réduction des risques, **le traitement de substitution en est un outil**. Pour les personnes consommatrices d'opiacés qui gèrent leur alternance entre traitement et produit, il permet de limiter les risques pris du fait de ces consommations. **Le traitement est donc l'un des outils de l'accompagnement de la personne vers un mieux-être, vers une gestion de ces risques, vers une amélioration du confort de vie.**

La problématique autour d'un TSO apparaît lorsque, le traitement paraît «exclure» la possibilité d'une prise de produits, lorsqu'il est prescrit comme synonyme d'arrêt de tout «mésusage»et dans une visée d'abstinence, objectif fixé lors de la venue des personnes.

La délivrance de matériel et d'autres actions de RdR peuvent alors venir «encombrer» la prescription et l'accompagnement du traitement, car elles supposent qu'il y ait, potentiellement ou réellement, des consommations. Pourtant, même mis en place dans un objectif d'aide au maintien de l'arrêt, la question de la recon consommation ne devrait pas complètement être exclue, surtout pour des personnes «ambivalentes» qui cherchent avant tout à «aller mieux».

La plus-value du traitement dépend de la manière dont il est envisagé par les soignants et, en conséquence, présenté aux personnes : s'il est prescrit comme synonyme de l'arrêt de la prise de produit, alors la délivrance de matériel viendra en contradiction avec l'objectif poursuivi, et les recon consommations seront plus risquées. D'autant qu'elles ne seront probablement pas «avouées», et supposeront, au détriment d'un lien de confiance, des contrôles réguliers - et contre-productifs souvent, dans la mesure où ils peuvent être contestés pour valider la sécurité du traitement prescrit - analyse urinaires, rendez-vous très réguliers...

Ces types d'accompagnements pourront favoriser des ruptures dans le suivi : absence répétées lors des rendez-vous, nomadisme...

Cette question est avant tout un enjeu de posture, et ne veut pas dire que tous les traitements doivent être mis en place dans un objectif de gestion des consommations.

La volonté de l'arrêt n'est pas contradictoire avec la mise en place d'outils de réduction des risques, et donc de TSO.

C'est en revanche la place d'«outil» et non pas d'enjeu premier de l'accompagnement donné au traitement qui peut faire une différence.

«Pour pouvoir, dans la transdisciplinarité, définir la place de la RdR et l'intégrer aux pratiques de soin, les équipes ont eu à poser leurs questionnements, à les mettre en débat et à les partager. La réduction des risques est ensuite positionnée transversalement, évitant la dichotomie RdR / soin, et le «tri» des usagers dits «usagers CSAPA» ou «usagers CAARUD ou bus». Cette transversalité de la RdR soutient les pratiques de seuil adapté à chaque patient et s'inscrit ainsi dans les objectifs évolutifs d'une mise sous substitution. Les professionnels s'appuient sur l'écoute et le dialogue, une approche éducative et thérapeutique d'appropriation de la démarche de soin et de gestion responsabilisée de leur TSO.

Réduire les risques en s'appuyant sur la substitution peut ainsi être un des premiers objectifs poursuivis par le patient. Le temps du patient dans ce premier stade de soin est alors une donnée à respecter et à accompagner.»³

3 Extrait du guide *Pratiques professionnelles autour des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA* publié par la Fédération Addiction en décembre 2010, pp.26-27.

Ainsi positionné, le traitement illustre la posture de réduction des risques, en ce qu'il doit pouvoir s'accompagner, quel que soit l'objectif poursuivi, des messages et des autres outils de réduction des risques : matériel, consultation sur les mélanges, ajustement de la posologie en fonction des produits pris, démonstration pratique du matériel si besoin...

Les premiers outils du soin étant avant tout l'écoute, l'adaptation et l'approche éducative, avant d'être le traitement en tant que tel.

■ Innovations et savoirs des usagers

L'actualisation des connaissances sur le matériel de consommation à moindre risque, notamment autour de pratiques de consommation particulières - NPS, contextes festifs, contextes sexuels... - est un enjeu majeur du développement de la posture et du corpus de savoirs en addictologie. Ainsi les professionnels se tiennent régulièrement informés des différents matériels disponibles, et mènent, lorsqu'ils le peuvent, des diagnostics - formels ou informels - auprès de leurs usagers ou des personnes rencontrées sur les différentes manières de consommer.

L'un des exemples souvent repris est celui du matériel d'inhalation de la cocaïne basée. De plus en plus souvent mise en place par les CAARUD et les CSAPA, la « pipe à crack » permet de révéler des consommations de crack existantes, y compris hors des contextes urbains. Selon la dernière enquête coquelicot, le « Crack » ou « cocaïne basée » figure parmi les premiers produits consommés par les usagers des CAARUD et des CSAPA - 33% des consommations de produits illicites. Ces personnes trouvent de plus en plus souvent, en CAARUD du moins, outils et conseils adaptés pour consommer de manière plus sécurisée ce produit, et aborder les meilleures pratiques de consommation en groupe ou individuellement, lors de la délivrance de matériel par exemple ou en entretien...

Un autre exemple de la réactivité des structures est la dynamique de formation des intervenants aux produits et techniques de réduction des risques innovantes. Ainsi, de plus en plus de professionnels proposent, notamment dans le cadre de la Loi dite « 2002-2 »⁴, des boîtes

4 Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

à idées, des consultations régulières des sites internet et/ou des magazines d'auto-support pour se tenir informés des tendances de consommations et des innovations mises en œuvre par les usagers⁵. Dans la même optique, des ateliers participatifs de démonstration du matériel peuvent également être proposés.

Les intervenants souhaitent également expérimenter d'autres propositions d'accompagnement, via les formations et/ou l'inscription dans des programmes visant la réduction des risques via l'insertion professionnelle - tel que le programme Travail Alternatif Payé A la Journée (TAPAJ) - ou de développement des méthodes d'alternatives à l'injection⁶.

L'échange de pratiques entre intervenants est un levier favorisé par les professionnels ; ils sont nombreux à organiser des formations inter-structures, entre CSAPA et CAARUD ou depuis les CSAPA vers les partenaires (secteur social, secteur judiciaire...). Ces temps de formation sont spécifiquement dédiés à la réduction des risques, soit en tant que posture globale, soit sur des points précis tels que les matériels, la réduction des risques pour l'alcool, les représentations autour des produits, etc.

5 Le site internet www.psychoactif.org propose ainsi un « psycho-wiki » permettant de capitaliser et de créer un corpus de connaissances innovantes et évolutives, construites directement par les usagers, accessibles en ligne. Le magazine *Asud journal* propose également les dernières nouveautés en matière de réduction des risques ainsi que certaines innovations en matière de consommations et de produits. Pour plus d'informations : www.asud.org

6 Le projet « Change le programme » est développé par le RESPADD actuellement dans plusieurs structures en France. Il vise à proposer des outils et des messages aux personnes consommant des produits par injection, pour les aider à gérer les demandes d'initiation à l'injection qui pourraient leur être formulées. Pour plus d'informations : www.respadd.org

■ Hépatite & Sida

Si la réduction des risques a fait ses preuves en termes de diminution des contaminations par le VIH/Sida, les prises de risque de contaminations par ce virus et par celui de l'Hépatite C demeurent une préoccupation majeure des structures. Le CAARUD paraît plus identifié sur ces prises de risque. Pourtant la mise en place des traitements de substitution aux opiacés a été un enjeu décisif dans la réduction des contaminations au VIH/Sida ; et ce sont aux CSAPA notamment, non aux CAARUD, que la prescription et la délivrance de ces traitements ont été confiées.

Il paraît particulièrement opportun, dans une visée de réduction des risques, de lier les offres d'accompagnement pour proposer une palette globale, en CAARUD et en CSAPA. Cette palette intégrera les outils d'aller-vers - équipe/unité mobile, usagers-relais formés - mais aussi les nouveaux traitements, les partenariats permettant une orientation et/ou des permanences d'hépatologue sur place, la réduction des risques de réinfection ou de contamination...

La possibilité d'offrir un accompagnement complet, du dépistage à la prévention de la recontamination en passant par l'accès aux traitements VIH et VHC, paraît très centrale, mais doit s'accompagner d'un important maillage territorial afin de proposer le suivi le plus adapté et individualisé aux personnes qui ne souhaiteront pas toujours prendre leur traitement au CSAPA, ou qui doivent pouvoir trouver du matériel en proximité géographique, ou encore qui auront besoin d'une confirmation d'un résultat de TROD dans un laboratoire, etc.

La combinaison des outils centrés sur le risque épidémique et des actions d'outreach peut être l'occasion de proposer à des personnes qui accèdent moins naturellement au soin, un premier lien autour du dépistage, et

une ressource pour connaître leur sérologie.

Ces mesures d'aller-vers peuvent donc être très pertinentes à mettre en place depuis le centre de soin directement, ou à l'occasion d'un partenariat avec le CAARUD ou la maraude d'un autre dispositif.

Ainsi, l'accès aux outils de dépistage doit être facilité partout où les usagers peuvent en avoir besoin. Les outils de dépistage rapide, potentiellement mis en œuvre par tout type de professionnel formé, constituent un levier crucial d'accès aux soins. C'est le cas si le résultat est positif, mais aussi plus globalement pour les personnes qui pourront bénéficier de messages de RdR quelque soit le résultat du test.

Ils permettent avant tout à la personne d'accéder à sa sérologie. Comme pour le fibroscan, avoir une connaissance réelle des risques pris et/ou du stade du dommage généré par la consommation de produits psychoactifs permet de réduire les prises de risque, et d'objectiver ses pratiques de consommation.

L'accès à la sérologie permet aussi de réduire les risques de transmission du virus, et permet donc de « prendre soin de soi » mais également de « prendre soin des autres ».

En pratique :

- mettre en place une délivrance de matériel diversifiée, après un diagnostic des besoins réalisé avec les usagers du dispositif
- inscrire cette délivrance dans l'ensemble de l'offre au même titre que les autres outils disponibles y compris les TSO
- favoriser par le non-jugement et une posture bienveillante la parole autour des consommations réelles de la personne
- se former à l'utilisation du matériel et aux risques associés
- organiser concrètement les conditions - habilitation, protocole DASRI - pour récupérer le matériel usagé
- proposer ou prescrire un traitement de substitution sans le conditionner à un arrêt des consommations
- s'appuyer sur un maillage partenarial pour étendre l'accès à la réduction des risques sanitaires
- organiser les conditions permettant un dépistage rapide sur place et en aller-vers
- permettre l'accès au traitement du VIH et du VHC au sein de la structure - permanence d'hépatologue, formation, circuit du médicament
- accompagner la réduction des risques de recontamination chez les personnes guéries du VHC
- permettre, et accompagner les consommations de produits licites en ayant formé l'équipe et les usagers, au travers d'un projet construit collectivement, incarné par la direction et validé par le conseil d'administration.

6. Réduire les risques sociaux

La structure du Cèdre bleu est un CAARUD un peu particulier puisqu'il propose, comme un certain nombre d'autres structures sur le territoire français¹, un accueil nocturne avec hébergement d'urgence et un accès au dispositif et à ses prestations toute la nuit. Ces modalités d'accueil amènent la structure à rencontrer des personnes souvent en situation de très grande précarité et d'exclusion.

Guillaume Rasquin, chef de service de cette structure, a accepté de décrire leur manière de répondre à ces problématiques sociales en réduction des risques. Cette partie est tirée de ses propos combinés aux apports de la démarche participative menée par la Fédération Ad-diction.

■ Qu'entend-on par Risques sociaux ?

Les personnes en situation de très grande précarité sont souvent en situation de dés-adhésion partielle ou complète à un fonctionnement social. Les personnes accueillies par les dispositifs d'urgence notamment ont des rituels de vie éloignés de la norme sociale. Pour des publics qui sont mis en situation de rejet, le rapport à leur identité est souvent lié au statut ressenti vis-à-vis de la situation sociale et du statut légal de leur pratique. Pour certains, le fait de consommer un produit illégal et de vivre dans une situation d'exclusion ont créé un sentiment d'illégitimité, d'illégalité de leur existence même. Ainsi, avoir accès à un autre statut, à une carte d'identité, à une CMU, voire remplir des documents, accéder au revenu de Solidarité Active ou à une démarche à Pôle Emploi ne fait pas facilement sens, car les rituels de

vie différents, et la personne ne se sent pas forcément légitime à accéder à ses droits.

Les personnes en situation de grande précarité ont mis en place des stratégies et des normes qui leur sont propres et qui peuvent servir de point d'appui, ou de point de départ pour un accompagnement. Pour exemple, l'automédication est une pratique constatée par la plupart des intervenants, et plus particulièrement chez les personnes vivant à la rue ou en squatt.

La notion de travail, par exemple, renvoie plus à la quête, à la manche pour pouvoir subsister et, pour les publics concernés, pouvoir consommer. Ces publics répondent à des normes construites, souvent très ritualisées – horaires et lieux de manche, costume parfois – qu'il faut prendre en compte pour réduire les prises de risques notamment liées à la consommation de produits psychoactifs mais également dans une approche globale, de désaffiliation, de décompensation psychique, de mal-être.

■ L'objectif et la temporalité sont individuels

L'accompagnement social engagé dans une posture issue de la réduction des risques suppose avant tout une évaluation par la personne de ce qu'elle veut et de ce qu'elle peut tenter de faire. Dans cette dynamique, l'objectif du soignant ne peut être que celui de la personne. Pour certains intervenants, il peut être compliqué de dégager d'un entretien une capacité à agir à minima.

L'accompagnement social suppose d'individualiser sans cesse la réponse en fonction de ce que la personne veut, en reconnaissant chez cette personne une compétence à agir sur elle-même.

Parce qu'il incarne un comportement social normé, l'intervenant rencontré peut générer malgré lui des représentations fortes chez les personnes en situation de précarité. Elle peuvent imaginer une attente de sa part, voire un jugement. La première étape d'un accompagnement à la réduction des risques sociaux doit donc permettre de clarifier les attentes et les rôles de chacun, afin de remettre les personnes en situation d'expertise et de compétence sur leur trajectoire individuelle.

«Le plus compliqué dans l'accompagnement social en RdR, c'est sans doute d'arriver à mettre l'usager dans des conditions psychiques qui lui permettent d'agir sur lui-même ; à nous, intervenants d'être en capacité de respecter les possibilités d'action et se limiter à ce que peut et ce que veut la personne : c'est lui qui a les clés, nous sommes juste là pour l'aider à trouver les clés les plus appropriées à sa réponse.»

Cela passe par une écoute particulièrement attentive et un discours clair de la part de l'institution, qui adapte au maximum sa réponse aux objectifs et besoins partagés par la personne. Cette démarche, au long cours, sup-

¹ Certaines associations locales ou nationales proposent ce type d'accueil, comme par exemple le groupe SOS, l'association Aurore, ou le CAARUD Sida Paroles, etc.

pose une temporalité et des outils adaptés dans une approche transversale, transdisciplinaire, où par exemple l'entretien avec l'assistante sociale peut avoir une tendance à accompagner psychologiquement la personne, ou encore un accompagnement au CHRS pourra être l'occasion d'inviter un intervenant du CSAPA pour adapter l'accueil de cette personne à ses consommations d'alcool, etc.

Poser les choses ainsi a pour objectif de créer un lien entre la personne et la structure, pour favoriser un accueil et un accompagnement adaptés aux capacités de la personne. Cette démarche peut s'avérer difficile pour les professionnels notamment parce qu'elle peut prendre du temps.

Certaines personnes vont être en mesure d'accéder rapidement à leurs droits, d'autres vont avoir besoin d'un accompagnement plus long, avec des objectifs gradués, et ponctué d'essais, d'expériences et d'entretiens de bilan.

« Chez nous, s'il faut cinq ans pour refaire une carte d'identité, et bien nous prendrons cinq ans. Parce qu'il se passe beaucoup de choses durant cette période, et on les note pour les rendre visibles au fur et mesure que les rituels de vie évoluent, que la personne va mieux. »

L'enjeu de valorisation de soi, de sa compétence et des possibilités d'agir mises en œuvre par la personne, peut également se retrouver dans la traçabilité, via une inscription concrète du parcours – via un DIPC parfois, ou au moyen d'un carnet rempli au long cours par l'utilisateur, ou un entretien formel de bilan régulier.

■ L'approche expérientielle prend tout son sens

Dans une dynamique de réduction des risques, le travail social semble questionner les intervenants sur les objectifs donnés à l'accompagnement. La régularisation d'une situation administrative par exemple n'est pas toujours une priorité ou un objectif atteignable pour les personnes accueillies, même si pour les intervenants qu'elles rencontrent cet objectif paraît premier. Pour exemple, l'hébergement en structure peut être pour certains un outil thérapeutique très pertinent – c'est notamment ce qui ressort du programme Housing First en santé mentale – mais peut être pour d'autres une réponse peu adaptée – pour les personnes sans abri qui vivent dans l'espace public depuis des années, ou celles qui vivent en «squatt» depuis longtemps – l'expérience d'avoir un lieu de résidence clos individuel peut être vécu comme violent.

L'appui sur une dynamique expérientielle semble bien fonctionner. Le parcours peut ainsi se fonder sur un équilibre entre la priorité de la personne et sa capacité à mobiliser les moyens mis à sa disposition. Les accompagnements au long cours ont avant tout comme objectif que la personne *aille mieux*, les outils vers ce mieux-être pouvant être de différente nature et/ou avoir des places différentes suivant les personnes : offrir un espace refuge, accompagner physiquement du lieu de vie à la rue, ou encore proposer un coiffeur pour les personnes qui demandent à prendre soin d'elle avant d'aller faire la manche, ...

Il peut être pertinent, toujours dans l'objectif d'aider les personnes à aller mieux, d'imaginer de nouveaux outils, de nouvelles manières d'accompagner, y compris dans un lien de confiance, en révisant parfois le règlement de fonctionnement pour imaginer pouvoir laisser son traitement de substitution à l'accueil d'une structure résidentielle, proposer des modalités de consommation à moindre risque dans le lieu...

■ Reparer des pratiques professionnelles et des vécus est crucial

Cette approche semble interroger les pratiques professionnelles sous un angle double :

- Accepter de ne pas avoir l'objectif ou les clés du changement
- Réinventer à chaque nouvelle rencontre avec une personne, un nouvel accompagnement individualisé

Cette posture qui se décline autant sur l'accueil que sur l'outreach, élément indispensable (à priori) du développement d'actions de réduction des risques sociaux, peut être très sollicitante voire « déboussolante » pour certains intervenants. La temporalité longue et le caractère contre-intuitif de certains accompagnements sociaux – voir un psychologue avant de voir un assistant social par exemple, ou encore ne pas prioriser sur un hébergement, ou sur le changement d'un traitement pris sur le marché noir vers un traitement prescrit... – peuvent faire douter les intervenants sur leur rôle et le cadre de l'intervention.

« En RdR, on travaille à partir de ce que donne la personne. Cela suppose d'être obligé de faire confiance à l'usager dans sa capacité à nous expliquer ce qu'il peut, et cela peut être contre-intuitif. Au niveau du contenu de l'accompagnement, c'est l'usager. La posture de respecter ce qu'il dit, en lui disant clairement notre point de vue et que sa parole est notre point de départ et que l'on va avancer sur sa réalité, son besoin, non sur quelque chose de pré-établi, c'est le rôle de l'intervenant. Puis on se met d'accord sur l'élaboration d'une stratégie entre savoir-faire, capacités et la palette de soins la plus large possible. »

L'un des outils pour sortir de cet inconfort est de se donner des objectifs d'une manière claire avec chaque

usager du dispositif, et de revenir sur ce qu'il se passe et ce qui a pu être vécu dans l'équipe. Car il y a aussi des limites à avoir.

« Rendre le pouvoir à l'usager, ce n'est plus le voir comme un usager de drogue mais le considérer comme une personne. C'est le remettre en capacité de se positionner en face du comportement « attendu », « normal » qu'incarne l'intervenant. Et une fois qu'il a fait cela, que la relation de confiance est là, on peut cadrer le hors-cadre pour répondre, inventer, renouveler notre vision. Pour les personnes qui ne respectent pas le cadre, il faut aussi oser entrer en conflit, c'est à dire non pas via la sanction, mais comme un appui pour accompagner. Et si on ne peut pas accompagner, alors il faut l'expliquer à la personne, et lui proposer d'autres options, quitte à y revenir plus tard. »

La supervision, ou l'analyse des pratiques par un tiers est un outil qui paraît très bien fonctionner pour les enjeux d'un accompagnement en réduction des risques ; la réduction des risques sociaux mise en place ainsi paraît bien illustrer ce point.

Les réunions d'équipe, surtout lorsqu'elles se caractérisent par une possibilité d'un franc-parler et qu'elles ne sont pas trop l'enjeu de rapport de place ou de niveau hiérarchique entre professionnels, peuvent aussi être un excellent levier pour partager les difficultés, les questionnements et revisiter le sens des pratiques. **La RdR n'est pas une discipline mais une manière d'intervenir, de conjuguer les disciplines pour nourrir une posture claire qui permet d'individualiser les outils existants.**

Ainsi l'ensemble des formations mono-disciplinaires et sur les approches précises peuvent être une aide pour les accompagnants dans la réduction des risques sociaux : entretien motivationnel, approche expérientielle, gestion des psycho-traumatismes, AERLI... Une actualisation régulière des formations des intervenants est opportune.

6. Réduire les risques sociaux

■ Un travail en réseau qui dépasse le partenariat

Autour des questions sociales, les maillages et partenariats entre acteurs sont souvent incontournables. La connaissance précise des acteurs présents sur un territoire, et l'interconnaissance entre les équipes qui peuvent être amenées à rencontrer les mêmes publics sont souhaitables.

Les accueils et accompagnements en réduction des risques ne peuvent pas, et pour certains intervenants ne doivent pas non plus, solutionner toutes les problématiques des personnes consommatrices. Ainsi, les orientations et les partenariats (maraudes communes, permanences régulières et mutuelles...) permettent d'élargir la palette d'offres proposées dans le cadre d'un accompagnement global pluridisciplinaire.

Dans une approche individualisée des accompagnements, il est possible d'imaginer un travail en réseau qui dépasse la question du partenariat, pour créer un maillage adaptable d'acteurs qui se permettent, lorsque cela s'avère opportun, d'intervenir à plusieurs dans un accompagnement. Ainsi, pour une orientation vers un CHRS ou vers un CMP, il est parfois possible et intéressant de proposer un premier contact via le CSAPA ou le CAARUD, soit lors d'un premier entretien, soit en appelant les partenaires avec l'accord et, dans l'idéal, en présence de la personne.

L'offre d'accueil et d'orientation fait l'objet des missions des structures médico-sociales spécialisées. Elle est proposée à la personne qui choisit ou non d'essayer. Dans certaines structures, ces orientations peuvent constituer une tentative, une expérience pour l'utilisateur et pour l'équipe qui le reçoit. Le CAARUD ou le CSAPA devient alors un filet de sécurité, qui protège la personne et vers lequel elle peut toujours (re)venir. Cela

semble permettre d'éviter le sentiment d'échec ou la dévalorisation, en faisant de ce passage une expérimentation qu'il n'est pas forcément obligatoire de maintenir.

Dans le cadre de la mission ressources ou médiation des dispositifs, certaines équipes choisissent de former leur partenaires de la lutte contre l'exclusion afin de :

- leur transmettre un certain nombre de savoirs et de compétences sur les questions d'addictions, pour faciliter les accompagnements
- leur permettre d'identifier les structures ressources
- leur montrer la plus-value pour des personnes consommatrices de bénéficier d'une adaptation du cadre d'accueil.

L'accompagnement global que suppose une pratique de réduction des risques sociaux entraîne naturellement une articulation entre la structure et un certain nombre d'autres dispositifs, pour trouver des réponses là où est la personne. On peut notamment relever certaines expériences particulièrement utiles, bien que parfois difficiles à mettre en place :

- participation aux commissions SIAO
- accord avec le CMP
- se rendre disponible pour certaines réunions d'équipe en CHRS
- intervention ponctuelle ou régulière auprès des équipes des cellules de crises en psychiatrie
- maraude commune avec l'équipe du Samu social

L'un des freins à ces partenariats est de devoir recommencer très régulièrement le travail d'information, à chaque renouvellement de poste ou de direction chez un partenaire ou à l'interne.

Cet enjeu paraît d'autant plus important que les dispositifs de type CAARUD ou CSAPA peuvent être un support à des représentations différentes ; parfois elles sont

vues comme les dispositifs de dernier recours, pour les publics particulièrement complexes dont les consommations peuvent engendrer des craintes ou aller à l'encontre des règlements de fonctionnement. Certains intervenants ressentent aussi une crainte vis-à-vis des personnes orientées par le CSAPA ou le CAARUD, pouvant aller, dans de rares cas, jusqu'à un refus d'accueillir.

Il paraît pertinent que la structure aille vers les partenaires pour expliquer son action, proposer des formations. Lors d'une action commune, il peut être très important de formaliser, via une convention, un objectif clair, commun, et précisément les attendus et limites de chacun.

L'exemple du programme TAPAJ en région Aquitaine offre un premier regard sur la réduction des risques en milieu professionnel.

Ce programme est l'occasion d'offrir un emploi aux usagers actifs, emploi adapté à leur situation et à leur démarche.

Il est également l'occasion de travailler avec des entreprises de droit commun sur les représentations liées à l'usage de drogues. Ces entreprises paraissent en général satisfaites du travail fourni dans le cadre du programme, ce qui permet un travail de déconstruction des représentations réciproques autant au niveau des entreprises que des usagers eux mêmes...

-> Dans le travail avec le droit commun comme avec les chantiers d'insertion, la responsabilité de l'employeur en cas de consommation ou de conséquences indésirables de celle-ci, est l'un des motifs les plus fréquents de hausse des seuils d'accès à l'insertion ; il faudrait donc la prendre en compte dans le travail commun (expliquer à quel moment l'employeur est responsable, reprendre le cadre, tisser un lien partenarial repositionnant les concepts de « seuil d'exigence », et de accompagnement commun, incarner cet accompagnement au quotidien sans laisser, dans le passage de relais, l'usager seul en immersion en entreprise...)

Là, comme à d'autres endroits, le contexte économique et social influence beaucoup le travail partenarial ; lorsque la conjoncture est moins favorable au secteur de l'emploi, les engagements de valeurs – y compris sur les dispositifs de l'Insertion par l'Activité Economique – semblent avoir tendance à s'effacer

devant les nécessités économiques, avec moins de prise de risque de la part des entreprises et plus d'exigences dans le recrutement et la production. Dans ce contexte, les CSAPA ou les CAARUD s'inter-

rogent sur la meilleure manière d'ouvrir un dialogue avec les entreprises, en lien avec leurs partenaires de l'insertion.

Plusieurs points font débat	Plusieurs propositions de réponse émergent
<ul style="list-style-type: none"> → Comment entrer en lien avec les entreprises de droit commun ? 	<ul style="list-style-type: none"> → Profiter des demandes ponctuelles pour faire germer des idées sur le long terme → S'appuyer sur les partenaires – comme c'est le cas pour les entreprises d'Insertion par l'Activité Economique (IAE)
<ul style="list-style-type: none"> → Comment présenter l'action de manière cohérente avec les préoccupations de l'entreprise ? 	<ul style="list-style-type: none"> → Faire le parallèle entre RdR et gestion des risques psychosociaux en entreprise → Faire rentrer les addictions dans le panel des risques psychosociaux pour les « dédramatiser » tout en y étant vigilants.
<ul style="list-style-type: none"> → Comment travailler les représentations autour de la consommation et de la précarité ? → Comment montrer sous un jour non inquiétant – non stigmatisant – qu'il existe de la consommation plus ou moins gérée dans toutes les entreprises ? 	<ul style="list-style-type: none"> → Choisir une porte d'entrée, de préférence pragmatique – demande suite à un événement indésirable, une nuisance, une problématique repérée – pour aborder la question de manière ponctuelle, puis engager une discussion transversale → Profiter des formations professionnelles pour mener des ateliers de sensibilisation.

En pratique :

- mettre au cœur de l'intervention la notion d'accueil inconditionnel
- travailler à partir de ce que la personne se sent en mesure de faire, dans l'objectif et selon les priorités qu'elle met en avant
- individualiser la réponse dès la rencontre, à partir des usages, des pratiques et des attentes de la personne
- prendre en compte la temporalité de la personne en s'attachant à la mettre dans les meilleures conditions psychiques pour qu'elle puisse agir sur elle-même
- se former aux approches expérientielles
- être en réflexion avec un réseau et accompagner physiquement la personne si besoin en se positionnant comme médiateur (si elle le demande) – participer au SIAO, tisser des liens avec le CMP, assurer des maraudes communes avec le secteur social...
- organiser des temps d'analyse de la pratique pour les intervenants
- être clairement identifié dans nos postures par tous les partenaires

7. La réduction des risques et son environnement

La médiation sociale est la sixième mission des CAARUD. Pour les CSAPA résidentiels ou ambulatoires, la pédagogie, voire de véritables actions de médiation sociale, peuvent s'inscrire dans le cadre de la mission «ressources» qui leur est dédiée.

■ La réduction des risques et son image

Du fait de la consommation active des usagers des dispositifs de RdR, l'implantation de ces derniers sur un territoire peut entraîner des représentations négatives dans l'opinion publique, notamment chez les riverains et les commerçants. Les dispositifs peuvent être vus comme des centres «de drogués», et être soupçonnés d'attirer des populations qu'ils jugent indésirables sur leur territoire d'implantation. Les riverains vont reprocher aux dispositifs les nuisances qui peuvent survenir – chiens sur le trottoir, regroupement dans la rue – et craignent de voir le quartier ou la zone concernée stigmatisé par une arrivée massive de populations consommatrices, et précarisées.

Des phénomènes de rejet des structures implantées en proximité malgré une reconnaissance de la pertinence de la mission de santé des structures - phénomène décrit sous le terme de «NIMBY» («Not In My Back Yard», traduisible par «Pas dans mon jardin») – sont souvent relevés par les intervenants de terrain. Ainsi, les arguments sur la pertinence et la légitimité de ces actions, présentées comme des actions de santé publique, financées et légitimées par l'état, ne suffisent pas toujours à faire accepter l'installation d'un centre ou d'une antenne.

C'est notamment le cas de manière aigüe pour les structures implantées en centre-ville, sur des quartiers parfois touristiques, parfois très commerçants.

Pour remplir la mission d'inscription de leur activité dans le paysage local, les dispositifs adoptent différentes stratégies. Celles-ci dépendent surtout d'une prise de position institutionnelle.

L'enjeu de l'inscription de la RdR dans la cité tient autant à sa communication et à la sensibilisation des partenaires, qu'à la manière dont elle s'affiche, dont elle se présente aux autres.

De l'avis des acteurs interrogés, le dispositif est sans doute le mieux placé et dispose d'une expertise pour travailler sur les représentations sociales en population générale. Mais les intervenants s'interrogent :

«Est-ce mon rôle ? La mission du dispositif de soin et de réduction des risques doit-elle être de faire changer le regard social sur les consommateurs ?»

Les réponses à ces questions sont multiples. Il y a donc un enjeu dans la manière dont les acteurs perçoivent eux-mêmes leur travail, leurs missions, leur rôle.

■ Pistes quant au rôle du secteur spécialisé dans la médiation sociale

Le choix du lieu d'implantation se fait en fonction du besoin sur le territoire. Certaines structures souhaitent bénéficier d'un certain anonymat - garder l'ancienne enseigne, se présenter comme une «association» - pour éviter la stigmatisation ; d'autres - plus nombreuses - cherchent plutôt à se faire connaître des riverains et des partenaires de manière pédagogique - portes ouvertes, flyers de présentation, invitation voire partenariat avec les commerçants...

Certaines structures vont aller vers les commerçants en se présentant comme accueillant des personnes «qui n'ont nulle part où aller», et comme vecteurs donc de réduction des nuisances, puisque les publics sortent de la rue pour entrer dans la structure. Expliquer cela permet aussi de faire connaître la pertinence et l'efficacité de la réduction des risques. La RdR en tant que mission de santé publique ne semble que peu connue, et ne fait pas consensus au sein de la population générale, notamment sur ses missions - usagers actifs, délivrance du matériel... elle paraît tenue dans une discrétion plus ou moins relative, parfois nécessaire pour éviter de stigmatiser les personnes, parfois voulue par les structures qui souhaitent rester discrètes.

Pour remplir son rôle de médiateur, l'intervenant doit rendre l'approche en RdR visible, dans sa validité scientifique et dans le caractère citoyen de sa philosophie qui va au-delà de la question des consommations de produits. Il devient le porte-parole de la régulation et d'une clinique des modes de vie¹.

¹ Voir chapitre 1 p. 6.

Le dispositif médico-social spécialisé, qui a pour mission obligatoire de mettre en œuvre la réduction des risques liés aux conduites addictives, paraît le mieux placé pour faire œuvre de cette pédagogie ; certains allant même jusqu'à voir dans la mission de médiation une opportunité de faire évoluer le point de vue sociétal sur les drogues. Ils militent pour plus de régulation et de normalisation des consommations, et moins de répression et de stigmatisation. C'est régulièrement le cas des équipes qui interviennent en milieu festif, et voient dans ce contexte une opportunité de bâtir des partenariats avec les acteurs de la régulation des consommations – bars de nuits, discothèques... - pour aider à changer les points de vue sur l'ivresse ou la consommation de cannabis par exemple.

Ainsi, certains ont choisi de s'articuler avec les élus et les riverains – dont les commerçants – pour mettre en avant la légitimité de la structure à agir et montrer la personne consommatrice active comme un(e) citoyen(ne). Cela va de pair avec un certain nombre de droits – à occuper l'espace public, à ne pas être victime de discrimination, à bénéficier d'actions de santé publique par exemple – et de devoirs – ramassage du matériel de consommation, de canettes vides, travail de dressage des chiens pour éviter les nuisances...

La médiation peut donc également être vectrice d'un accompagnement spécifique des personnes accueillies ou rencontrées, en réduisant les risques d'exclusion et de stigmatisation liés à leur comportement, en les aidant à sortir d'une forme de marginalisation pour dialoguer avec les riverains grâce à la médiation du CAARUD ou du CSAPA, et en les outillant pour investir leur citoyenneté.

Ces structures peuvent également organiser des événements visibles avec leurs publics pour changer le regard que les riverains peuvent parfois porter sur les usagers du dispositif ; ainsi certains mettent en place des ac-

tions festives lors de la fête des voisins par exemple, ou lors d'un événement spécifique – kermesse, portes ouvertes, expositions...

Durant la démarche participative menée par la Fédération Addiction, certains intervenants ont partagé leur stratégie pour normaliser sans banaliser leur public, et faire accepter l'action de la structure.

De la résolution de conflits à la formation d'acteurs de droit commun en réduction des risques, la médiation sociale est définie et se déploie de manière très différente selon les structures et les contextes.

■ Conflit et médiation – prévenir et/ou résoudre

Pour les intervenants, la mission de médiation peut-être difficile à investir car la place et la légitimité des dispositifs à la mettre en œuvre sont parfois complexes. L'enjeu du regard porté par la société sur les personnes consommatrices de produits psychoactifs est sociétal, politique et social ; il n'engage pas seulement les intervenants, mais bien la société dans son ensemble. Ainsi, certains ont des difficultés à placer leur expertise et à définir précisément leur rôle en termes de médiation, dans un contexte légal peu favorable à l'insertion des consommateurs de produits psychoactifs stupéfiants.

La plupart des intervenants font œuvre de médiation en prévention d'éventuels conflits, ou au moment où ils ont lieu – conflits de voisinage, le plus souvent.

La structure peut aussi être repérée par les acteurs publics ou privés d'un territoire comme une ressource en cas de conflits ou de nuisances liés, dans la réalité ou dans l'interprétation qu'en ont les acteurs, à la présence de consommations sur un territoire – squatt, présence dans un hall d'immeuble, dans l'espace public.

Répondre à ces sollicitations peut permettre de parler de la problématique des drogues et échanger, sur un sujet souvent perçu comme tabou ou complexe, avec des acteurs non spécialisés.

Médiation sociale : L'expérience de Ramonville en Occitanie

Entretien avec David Mourgues, anthropologue à l'association régionale Clémence Isaure.

En 2009, la mairie de Ramonville, ville de taille moyenne en périphérie de Toulouse, reçoit un grand nombre de plaintes de nombreux commerçants et de quelques habitants suite à des nuisances qui seraient liées à la présence de 7 à 8 personnes dans l'espace public, qui font la manche devant une zone commerciale. Ne souhaitant pas faire appel à la police, le Maire se tourne vers l'association régionale Clémence Isaure qui s'était fait connaître des municipalités au moment de l'ouverture de son centre toulousain.

✿ Objectiver les troubles et investir la citoyenneté des personnes

La mairie et l'association partagent la nécessité d'établir un diagnostic des troubles réels, et se mettent d'accord sur une méthodologie en trois temps : la vérification empirique, une consultation de l'ensemble des acteurs, et un temps de restitution et de partage avec toutes les personnes concernées de l'ensemble des propos tenus.

La consultation se passe en trois temps :

1_ Un éducateur et un anthropologue travaillant pour l'association Clémence Isaure vont à la rencontre des publics incriminés par les commerçants. Certains sont usagers de drogues, principalement d'alcool et

de buprénorphine haut dosage, plus rarement d'opiacés et de cannabis. Tous viennent pour « travailler », c'est-à-dire faire la manche dans un climat qu'ils jugent plus agréable dans cette ville qu'à Toulouse. Il y a un vrai besoin d'action de santé et d'éducation notamment du fait d'une grande quantité de matériel usagé laissé dans l'espace public.

2_ L'anthropologue de l'association Clémence Isaure rencontre les commerçants mécontents lors d'entretiens individuels, pour éviter les effets de groupe et d'entraînement, selon une méthode inspirée de celle de la résolution de conflit. L'entretien vise à objectiver les troubles et leur cause, afin de défaire les effets de « bouc émissaire » et de rumeurs souvent générés par les représentations sur les personnes vivant à la rue et consommant des produits illicites.

En posant des questions souvent simples - par exemple : « Si ces personnes qui créent un « climat d'insécurité » s'en allaient, votre chiffre d'affaires augmenterait-il, ou n'y a-t-il pas aussi, surtout peut-être, d'autres raisons qui nuisent au commerce ? » - l'échange révèle des problématiques finalement peu liées à la présence de ces personnes, mais qui concernent plus les questions de propriété, de responsabilités quant au nettoyage, de sécurité et d'entretien d'une zone commerciale vieillissante.

Au fil de ces échanges - qui ont pu durer jusqu'à 2h - et grâce à l'objectivation du diagnostic, les commerçants acceptent l'idée que c'est finalement en aidant les personnes qu'on solutionnera le problème, et sont finalement d'accord pour se mobiliser en ce sens.

3_ Enfin, l'association Clémence Isaure lance une consultation des habitants via un questionnaire ano-

nyme à remettre dans une boîte aux lettres en bas de l'immeuble. Les 20% de réponses permettent d'établir que le problème vient plutôt des actes de délinquance de certaines personnes isolées que de la présence de personnes sans-abri aux pourtours de la zone commerciale.

En 2010, à l'issue de la consultation, les trois groupes consultés ont une recommandation commune : avoir un lieu pour accueillir et aider ces populations. La synthèse de l'ensemble des propos est présentée par les professionnels de Clémence Isaure à tous les participants, lors d'une réunion invitant le public, le Maire, les commerçants, les riverains et les personnes vivant à la rue.

Ces dernières viennent de manière organisée, et se présentent au Maire en tant que citoyennes, venues nombreuses « pour être entendues ». Elles lui demandent un lieu pour elles.

Après avoir échangé autour de ses craintes avec les intervenants, le Maire décide d'ouvrir une extension du CAARUD sur sa commune, sur une demi-journée par semaine.

✿ Travail de rue et formation des acteurs

En parallèle, l'association Clémence Isaure met en place un travail de rue sur Ramonville, travail qui révèle un public consommateur beaucoup plus important mais beaucoup moins visible car ne résidant pas dans la rue. A partir de rencontres avec les 7 à 8 usagers connus, les travailleurs sociaux font finalement la connaissance de 40, puis 70 personnes. Rapidement, la distribution de matériel devient assez

élevée, et la question se pose de travailler avec les agents des espaces verts, confrontés au ramassage des seringues sans être ni formés, ni équipés pour l'assurer. Par ailleurs, la ville ne fait partie d'aucun circuit de récupération des déchets d'activités de santé à risques infectieux (DASRI). Un travail avec la ville est donc organisé.

✿ L'extension du CAARUD

En 2011, l'extension du CAARUD ouvre dans le centre-ville. Tous les lundis après-midi, un éducateur employé par la ville et deux éducateurs spécialisés accueillent les publics, proposent des prestations d'hygiène, des collations, un espace bibliothèque et du matériel de réduction des risques. Ils sont rejoints une semaine sur deux par une infirmière et une assistante sociale.

- La première année, 45 personnes différentes sont accueillies sur place
- En 2012, ce chiffre passe à 58 personnes.

En 2015, 62 personnes fréquentent le lieu, soit une moyenne de 8,5 personnes par plage d'accueil, pour une commune de 11 000 habitants. La même année, 10 627 seringues sont délivrées sur place, ce qui laisse supposer qu'un réseau informel d'usagers-relais se serait mis en place

✿ Evaluation et perspectives

Les usagers de l'extension du CAARUD et les personnes présentes sur l'espace public disent avoir changé de point de vue sur le soin, et se disent in-

vestis d'un rôle de citoyens durant et depuis la démarche de médiation. Ainsi, au lieu fixe, le taux de retour du matériel usagé dépasse les 98%, et certaines personnes souhaitent développer, en lien avec l'association, la Mairie et les partenaires, des perspectives d'insertion professionnelle. La Mairie s'engage, jusqu'à proposer des emplois, des partenariats avec le CCAS, avec la maison de la solidarité, avec des pharmaciens, des médecins, rencontrés, informés, inscrits dans un réseau.

La formation des personnels est évaluée, et conclut à une amélioration du sentiment de sécurité dans le travail et la présence sur place, aussi bien par les commerçants que par les agents de la ville, en charge des espaces verts.

En 2014, une évaluation est menée par l'association Clémence Isaure et la Mairie auprès des commerçants qui disent se sentir beaucoup mieux depuis l'ouverture du lieu et la mise en place du travail de rue. Ils attendent à présent la rénovation de la zone commerciale.

Les partenaires sur le territoire, informés au long cours de l'ensemble de la démarche – pharmaciens, médecins, CCAS... – se disent également satisfaits de ce travail.

Aujourd'hui, l'association Clémence Isaure envisage des partenariats avec les associations de quartiers, les associations sportives pour organiser des activités, ainsi qu'avec des entreprises pour expérimenter l'insertion par l'emploi.

En pratique :

- se faire connaître des acteurs concernés par les actions et/ou l'implantation de la structure = municipalité, riverains, commerçants, partenaires professionnels...
- organiser des événements visant à inscrire la structure et ses usagers dans la vie locale
- argumenter sur le caractère de santé publique et la légitimité de la RdR
- envisager la mission de médiation sociale comme une mission d'accompagnement et d'insertion à part entière
- tenter au maximum de répondre aux sollicitations lors des nuisances – riverains, municipalités – en amenant une vision objectivée des troubles réels, pour défaire les représentations sur l'usage de produits psychoactifs
- nouer des partenariats et passer par la pratique pour tisser un lien de confiance dans la collaboration avec les acteurs de la vie locale – formations de gardiens d'immeubles par exemple, ou encore partenariat avec une épicerie solidaire, avec la boulangerie voisine sur les collations...

8. Réduction des risques et contexte légal

La réduction des risques s'adresse à toute personne consommatrice de produit psychoactif ou ayant un comportement potentiellement addictif.

D'un point de vue historique, la RdR s'adresse d'abord, dans les faits, aux personnes ayant des consommations de produits illicites, classés comme stupéfiants et/ou acquis de manière illégale (médicaments détournés, opiacés, cocaïne basée). Cette dynamique se retrouve d'ailleurs dans les priorités législatives définissant la mission des CAARUD¹ ou listant par exemple les différents matériels de consommation. En cela et parce qu'elle s'est construite sans, voire contre la Loi, la réduction des risques se confronte régulièrement à un contexte légal complexe. Les acteurs s'interrogent donc souvent sur les limites légales de leurs actions.

■ Analyse de produits et accompagnement des consommations

Le cadre légal permet désormais l'analyse de produits et la « supervision des comportements » de consommations, dans la limite où cette supervision ne s'accompagne pas d'une participation active aux gestes de consommation². Ce cadre comprend également une

1 Article L.3121-5 du Code de la santé publique, et articles R.3121-33-1 à R.3121-33-4 du Code de la santé publique issus du décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005.

2 « Le législateur a précisément énuméré les actions qui peuvent être mises en œuvre dans le cadre de la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue. (...) Ces actions comprennent (...) la promotion et la supervision des comportements et des procédures de prévention des risques. A cet égard, il convient de relever que la notion de supervision ne souffre d'aucune ambiguïté. Cette supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des

protection légale des intervenants contre d'éventuelles poursuites liées à la pénalisation de l'usage, sa promotion ou sa facilitation, lorsqu'ils agissent dans le cadre de leurs missions³.

Ces avancées, issues du travail des pouvoirs publics et des acteurs associatifs dans le cadre de la stratégie nationale de santé, permettent donc de mieux baliser un champ incertain : celui de l'accompagnement des consommations.

Il paraît donc aujourd'hui utile de permettre un pas de plus en réduction des risques, dans le cadre des décrets à paraître, en autorisant et en encadrant les consommations de produits à l'intérieur des murs de la structure ou en Outreach.

Cela va supposer en conséquence :

- une modification des règlements intérieurs et/ou de fonctionnement pour ne plus faire de la consommation intra-muros un motif d'exclusion
- de revoir les projets d'établissement et/ou les modalités d'intervention pour encadrer de manière souple mais sécurisée ces nouvelles pratiques professionnelles⁴

conseils relatifs aux modalités de consommation de drogue. Mais elle ne peut, en aucun cas, comporter une participation active aux gestes de consommation qui restent, en tout état de cause, interdits en dehors des salles de consommation. » JORF n°0022 du 27 janvier 2016- texte n° 5, *Observations du Gouvernement sur la loi de modernisation de notre système de santé.*

3 « 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 » Article L3411-8, LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 41.

4 La Fédération Addiction vient de faire paraître un « 8 pages » permettant de faire le point sur les différentes priorités et éléments à réfléchir collectivement pour mettre en œuvre ces nouvelles pratiques de réduction des risques. Ce document est téléchargeable sur www.federationaddiction.fr

- de former les intervenants à l'accompagnement des consommations et à un approfondissement de la posture de réduction des risques – rapport à l'usage, relation symétrique et valorisation des savoirs expérimentiels...^{5 6}
- d'informer et d'investir l'ensemble des acteurs de l'institution sur ces nouvelles avancées en réduction des risques – Conseils d'administration, équipe, usagers, Agence Régionale de Santé...

5 La Fédération Addiction, propose différentes formations sur et complémentaires à l'accompagnement des consommations : formation AERLI et formation au dépistage par TROD en partenariat avec Aides, formation à la RdR Alcool en partenariat avec Santé !, formation à la réduction des risques, posture et éthique, formation à la réduction des risques (posture et éthique, produits et outils)... pour tout savoir sur le catalogue, rendez-vous sur www.federationaddiction.fr/les-formations-nationales

6 Les questions cliniques, nombreuses et parfois complexes, autour de l'accompagnement des consommations sont résumées dans les *Actes du cycle de séminaires 2013*, paru en 2015, et dans le 8 pages publié par la Fédération Addiction sur l'accompagnement des consommations à moindre risque. Pour télécharger ou commander ces ouvrages : www.federationaddiction.fr/productions/guides-referentiels-autres

■ Démonstration, produits et nouveaux outils

L'enjeu de l'accompagnement des consommations prend également place dans la suite d'expériences de démonstration de l'utilisation du matériel de réduction des risques, sur bras d'entraînement à l'injection par exemple. Ainsi, les temps de démonstration de l'utilisation du matériel - durant les formations mais aussi lorsqu'elles font l'objet d'ateliers collectifs ou de sessions individuelles de délivrance de matériel, de suivi infirmier... - ont pu interroger les intervenants. C'est notamment autour des produits que les questions se sont posées : bien que l'utilisation des « vrais » produits licites consommés soit un atout pour l'adhésion des personnes et l'appropriation des gestes de consommations à moindre risque, ces pratiques peuvent avoir des limites, autant au plan légal que sur celui du vécu des usagers (notamment lorsque le produit utilisé est un médicament de substitution (Buprénorphine) périmé, et qu'il est jeté à l'issue de la démonstration).

L'utilisation des ersatz de produits est aussi jugée utile par certains intervenants, par exemple :

- Pour l'héroïne, les médicaments détournés ou la cocaïne, on peut utiliser l'aspirine du Rhône 500 mg à avaler (1/4 comprimé par cup)
- Pour l'ecstasy ou les amphétamines, un comprimé de Célestamine® ou Célestène® peut faire office d'ersatz.⁷

Ce nouveau pas va s'accompagner d'outils supplémentaires, pour lesquels le cadre légal n'était jusque là pas facilitant - à l'instar du *testing*.

⁷ Comparaison obtenue après discussion avec Nicolas Bonnet, directeur du RESPADD et un groupe d'usagers-experts.

Ainsi, l'analyse de produits, les outils de dépistage rapide des hépatites et du VIH, et l'utilisation de produits de santé tels que la Naloxone pour prévenir les overdoses mortelles, rejoignent également l'offre en réduction des risques.

- L'analyse de produits permet d'avoir une action plus proche des réalités de l'usage, et doit être bien encadrée pour ne pas jouer le rôle de « validation », de promotion d'un vendeur sur l'autre ou encore de « bon à consommer ». A ce sujet, les expériences de TREND SINTES de l'OFDT, ou encore des analyses via la chromatographie sur couche mince (CCM) proposées par Médecins du Monde et le réseau des acteurs formés peuvent être enrichissantes. Une collaboration avec le centre d'addictovigilance ou le CEIP local, ainsi qu'une mise en réseau des acteurs pour mutualiser les outils, paraissent très appropriées à ce type de pratique.
- L'utilisation de Naloxone en CAARUD, en CSAPA et en unité mobile paraît opportune. Cependant, dans la mesure où les personnes les plus à même d'avoir besoin d'utiliser ce médicament de prévention des overdoses mortelles sont d'abord les consommateurs de produits eux-mêmes, il paraît important de leur permettre d'en bénéficier. Cet accès des personnes à la naloxone se justifie d'autant plus que l'utilisation de ce médicament est relativement simple lorsqu'elle est accompagnée d'une formation aux premiers secours spécifique, et que la valorisation des savoirs et la responsabilisation des personnes via ses formations ont une plus-value thérapeutique démontrée à l'étranger⁸.

⁸ Les acteurs associatifs danois et écossais ont notamment mis en place ce type de formation, avec un maillage important d'usagers et de médecins formés en capacité de relayer l'outil et la formation localement. Pour en savoir plus, rendez-vous sur les conclusions du séminaire et les travaux de formation portés par

■ Anonymat en réduction des risques - permettre et soutenir la parole

Parce que le dispositif spécialisé s'adresse souvent à des personnes stigmatisées du fait de leur consommation, **l'un des principes fondamentaux de l'accueil en réduction des risques est l'anonymat.**

Les textes législatifs permettent, depuis 2004, de garantir ce principe : l'article L3121-5 du Code de Santé Publique⁹ 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. ». Il vient appuyer l'article 3 du chapitre VIII du même code - intitulé « confidentialité » - en précisant : « les consommateurs sont accueillis de façon à permettre leur anonymat. Les échanges avec les intervenants sont donc confidentiels. Toute information individuelle écrite ou support informatique recueillie dans ce cadre doit être conservée dans les conditions matérielles qui garantissent la confidentialité des informations, en conformité avec la loi ».

L'anonymat concerne donc en priorité l'accès et l'accueil des usagers au sein du CAARUD.

Pour le mettre en place, chaque structure propose son propre « protocole » - pseudo, initiales, chiffres, codes, etc. En revanche, ce principe interroge les intervenants dès lors qu'il y a un accompagnement social et/ou médical,

la Fédération Addiction, le RESPADD, l'APSEP, Elsa France, Psychoactif et Asud sur www.federationaddiction.fr ou 01 42 28 83 21.

⁹ Modifié par Ordonnance n°2010-462 du 6/05/10, cet article vise à affiner la compréhension du décret n°2005-347 du 14/04/05 approuvant le référentiel national des actions de RdR à destination des usagers de drogues.

ou en tout cas dès que la démarche ne se limite plus à l'accueil mais qu'il y a un accès aux soins, surtout vers les dispositifs de droit commun. Les orientations nécessitent souvent de recueillir des informations personnelles sur l'utilisateur.

Cela n'est pourtant pas contradictoire avec la question de la confidentialité.

Chaque équipe a la possibilité d'accompagner en soin la personne en respectant le caractère personnel et confidentiel de ses informations.

Elle peut ainsi mettre en place un «protocole» garantissant le contrôle de l'accès à ces données par certains professionnels ainsi que la consultation par l'utilisateur lui-même.

Par exemple, un travailleur social qui accompagne une personne pour rouvrir ses droits aura besoin, potentiellement, de connaître son identité voire son numéro de Sécurité Sociale. Cela est souvent incontournable. Dans ces cas, il revient à la personne et à l'intervenant concernés, en accord avec les règles posées en équipe, d'évaluer la pertinence de garder ou non ces infos au sein du CAARUD ; et si oui de décider du support de ces archives dans le dossier de la personne – classeur sous pseudonyme, dossier informatisé...

L'ensemble des informations recueillies au sein des CAARUD et des CSAPA «relèvent» du secret professionnel et sont donc soumises à la confidentialité. Cela est également vrai pour la consommation de drogue. Toutefois, ce secret peut être levé dans le cadre d'enquêtes sur le trafic de stupéfiants, ce qui interroge dans la mesure où il en est de même pour les CAARUD qui peuvent être «obligés» de donner accès à certaines de leurs infos dans le cadre d'une procédure judiciaire bien encadrée – commission rogatoire, ordonnance judiciaire, etc.

Là encore, le contexte légal de pénalisation de la consommation de certains produits vient complexifier l'intervention en santé publique.

Au vu de ces différents éléments, les questions prioritaires à travailler en équipe portent souvent plus sur l'évaluation de la pertinence du recueil des informations personnelles, sur les types d'informations et surtout sur les moyens de garantir leur confidentialité si elles sont utiles à l'accompagnement de la personne.

«Au sein de notre CAARUD, l'accueil et la prise en charge sont anonymes, les entretiens, échanges et accompagnements entre les professionnels et les usagers sont régis par les règles de la confidentialité. Le recueil, la conservation si nécessaire d'informations ainsi que leurs accès sont «protocoles». Aucune information d'ordre médical, éducative ou administrative n'est partagée sans le consentement de l'utilisateur, et ce, même auprès de sa famille proche et/ou de son médecin traitant ou médecin CSAPA.»¹⁰

¹⁰ Propos tenus par Guillaume Rasquin, chef de service au CAARUD Sleep In du Cèdre Bleu, à Lille.

En pratique

- mettre en place des protocoles intégrant les projets d'établissements pour y inclure des pratiques innovantes : analyse de produits, accompagnements des consommations...
- se documenter et mettre à disposition de ses collègues les ressources traitant des questions légales liées à l'accompagnement des conduites addictives
- proposer des projets innovants et oser inventer, à partir de ces connaissances, de nouvelles manières d'accompagner et de nouvelles actions imaginées en équipe, portées par la direction et validées par le Conseil d'Administration
- garantir les droits des personnes à ne pas être exclues des dispositifs de soin, y compris en sensibilisant les partenaires
- construire des protocoles ou des modalités cohérentes pour garantir aux personnes le respect de leur droit à l'anonymat et à la confidentialité des données

9. Réduire les risques en milieu rural

■ Aller-vers – un enjeu particulier, des pratiques innovantes

Des rassemblements festifs organisés par la Mairie (bals, fêtes de village) aux professionnels de l'agriculture, des publics en errance aux migrants, les publics des territoires ruraux sont souvent spécifiques. Les risques pris et les produits ne semblent que peu différer d'ailleurs, mais les différences viennent surtout, de l'avis des acteurs, des modes de prise, des références sociales et de l'isolement géographique vis-à-vis des acteurs. Par ailleurs, les territoires ruraux supposent une pérennisation de l'offre, car les interventions spécialisées sont ponctuelles.

L'enjeu d'aller-vers, pour les intervenants, va donc au-delà du déplacement physique, il s'agit également d'adapter son discours et sa proposition :

- quels sont les risques pris par les publics ?
- quel est le contexte d'intervention ?
- quel partenariat peut-on penser avec les acteurs de droit commun pour que l'information et les outils de réduction des risques soient disponibles de manière pérenne ?
- comment penser la formation des acteurs non-spécialisés ?
- quel appui peut-on trouver pour se faire connaître et transmettre les messages de RdR ?

L'intégration des lieux de consommations peut se faire en choisissant des contextes d'intervention fortement inscrits dans la vie locale. Ainsi l'un des premiers moyens va consister à se faire connaître des mairies, des élus locaux, mais aussi des acteurs tels que les bistrotiers, les pompiers, les Centres communaux d'action sociale (CCAS) ou encore les associations locales – clubs, associations sportives...

L'appui sur les pairs paraît également très opportun dans ces contextes. En effet, à l'occasion d'une intervention ponctuelle – chez un partenaire, en milieu scolaire, ou à domicile – certains intervenants rencontrent des usagers devenus « relais » en réduction des risques. Le transfert de connaissances peut se faire de manière formelle (formation) ou informelle (information et outils de communication à transmettre), et suppose parfois de maintenir un lien avec l'intervenant – via des appels réguliers par exemple. Ces usagers relais permettent de disséminer les messages de prévention des risques, et de transmettre l'offre de réduction des risques de manière transversale, dans des lieux et auprès de publics plus largement que ceux directement investis par les intervenants spécialisés.

Là encore, la posture de réduction des risques rejoint celle de l'intervention précoce.

37% des CAARUD et 45% des CSAPA participants à l'enquête de 2013 sont situés en milieu rural ou semi-rural. La plupart d'entre eux ont des antennes et des actions délocalisées, qu'ils portent en partenariat pour 82% d'entre eux. La question des partenariats paraît donc centrale. Elle l'est d'autant plus que ces territoires, parfois très vastes, peuvent être peu denses en dispositifs de santé ou d'aide sociale, et que les recours aux dispositifs spécialisés sont limités du fait de l'éloignement géographique.

Les médecins généralistes exerçant en ville, ainsi que les pharmaciens d'officines sont des acteurs de santé locaux, qui couvrent des territoires importants. L'appui sur ces partenaires est donc fondamental. C'est d'ailleurs ce qui est mis en place dans de nombreuses régions, comme par exemple en Occitanie¹.

¹ L'Union régionale Midi-Pyrénées (devenue Occitanie) porte depuis plusieurs années un projet favorisant l'accès à la réduction des risques sur les territoires ruraux, notamment via un réseau de programmes

Appuyés sur les CAARUD mais déployés au-delà du territoire d'action de cette structure de rattachement, les programmes d'échanges de seringues permettent un accès facilité au matériel de consommation à moindre risque, et de sensibiliser – voire de former – des acteurs locaux au risques, à l'accueil et à l'accompagnement des personnes consommatrices. Ces acteurs peuvent donc devenir des ressources aussi pour les publics géographiquement éloignés des dispositifs spécialisés, facilitant ainsi l'accès aux soins.

Un autre type d'actions permettant l'accès au matériel est celui de l'envoi par voie postale, anonyme et gratuit de l'ensemble des outils nécessaires à la consommation, sur simple commande. Initié par l'association Safe, cette modalité de « réduction des risques à distance » peut aujourd'hui être mise en place par l'ensemble des CAARUD volontaires, à l'échelle de leur territoire. Ce type de programme est d'autant plus intéressant qu'il permet de rendre ces outils accessibles aux personnes qui ne peuvent pas venir le chercher, mais aussi à celles qui ne veulent, par crainte d'être stigmatisées notamment, venir chercher ce matériel dans une structure de RdR ou dans une pharmacie. C'est ainsi le cas des publics insérés socialement ou encore des femmes, souvent en crainte vis-à-vis des représentations sur leur comportement de consommation, pour qui l'envoi de matériel par la poste paraît très pertinent.

d'échanges de seringues en pharmacies qui reposent en grande partie sur l'implication de ses adhérents à l'échelle locale. Pour plus d'informations : www.federationaddiction.fr/la-federation/les-unions-regionales/midi-pyrenees/

■ Des prises de risques nombreuses mais invisibles – interconnaissance et stigmatisme

L'appui sur les partenaires est crucial aussi parce que les publics, en milieu rural, n'ont pas la même information sur les risques pris lors de consommations de produits psychoactifs. Dans une dynamique de recherche de plaisir, qui peut être fortement teintée de recherche de statut social – appartenance à un groupe, interconnaissance, fêtes traditionnelles... – les prises de risque peuvent être plus fortes, car l'étendue des territoires et le poids des représentations liés à ces comportements rendent souvent complexe la transmission des messages. D'autant que lorsque ces derniers sont problématiques ou génèrent des dommages, la personne peut avoir tendance à les dissimuler. Les pratiques de consommation en milieu rural plus qu'ailleurs ne génèrent pas de demande d'aide, mais entraînent une honte et un déni marqués. Il est donc très important de s'appuyer sur les pairs, et de s'inscrire dans le tissu local pour faire partie des acteurs qui structurent le lien social.

« Passer par les pairs {est facilitateur} effectivement, ainsi que par les lieux qui ont du sens pour la communauté. Le bal des pompiers en est la parfaite illustration, c'est le lieu pour se faire connaître car c'est un point de rassemblement. Il faut se focaliser sur des lieux stratégiques pour gagner en énergie mais aussi en diffusion. Comme stratégie de contournement de l'isolement, cet « aller vers » est juste indispensable. »²

2 Propos tenus par Stérenn Bohélay dans l'entretien donné à Swaps sur l'action du CSAPA Rimbaud à Saint Etienne sur le territoire du montbrisonnais (42) : consultation jeunes consommateurs, intervention en milieu festif et intervention en milieu scolaire. « Sous le calme apparent, des pratiques à risques », Swaps n°82, 1er trimestre 2016. p.19.

D'après les intervenants, en milieu rural, « tout se sait très vite ». Les publics se connaissent et se voient souvent sur leur territoire de résidence, de travail, d'études ou de loisirs. Les représentations sont donc souvent plus prégnantes et peuvent mettre en difficulté les personnes consommatrices. Cette dimension d'interconnaissance forte met en avant la question de l'image et exacerbe la dimension morale des jugements apposés socialement sur la consommation de produits stupéfiants, et ce qui se lit comme une incapacité à gérer des consommations excessives (d'alcool notamment).

Ainsi, ce facteur joue fortement, aux dires des intervenants, sur le non recours aux structures de soin ; les publics craignant peut-être plus que dans d'autres contextes, d'être stigmatisés et de perdre leur statut social.

Il y a donc un avantage à adopter une posture de réduction des risques, non-jugeante et caractérisée par une dynamique d'aller-vers, lors des interventions en milieu rural. Adopter cette posture permet de tranquilliser les personnes et de leur présenter l'action comme rassurante : par exemple, l'intervention précoce d'une CJC en milieu scolaire, ou d'un CSAPA lors d'un bal des pompiers peut pour la première, limiter le risque de stigmatisation liés à une surconsommation dans un lycée, et pour la seconde, permettre aux pompiers d'assurer un cadre sécurisant aux consommations festives sans que les personnes n'aient à faire la démarche, potentiellement stigmatisante, de venir vers les acteurs du soin.

En pratique

- construire un diagnostic fin et précis des besoins et des pratiques de consommation
- se donner les moyens techniques et financiers permettant de se déplacer vers les zones faiblement dotées en dispositifs
- se faire connaître et s'articuler sur place avec les acteurs professionnels de santé – pharmaciens, médecins généralistes, centres de soins – mais également de droit commun, pour pérenniser l'offre en réduction des risques sur un territoire – formation, transmission de matériel et mise en place de protocole DASRI, etc.
- s'appuyer sur les acteurs de la vie locale pour s'inscrire dans le tissu et le lien social du territoire et contourner les stigmatisations/représentations
- intervenir directement lors des consommations
- adopter une approche graduée, prenant en compte les spécificités du tissu social local

Conclusion

Brigitte Reiller - Administratrice de la Fédération Addiction

La réduction des risques propose un renouvellement clinique. Elle se définit aussi bien comme une posture, une philosophie d'intervention et une éthique. L'histoire l'a longtemps opposée à une certaine forme de «soin», les intervenants se revendiquant soit de «ce soin» soit de «cette Réduction Des Risques», chacun ayant sa définition des termes, et son champ d'intervention dans des structures différentes CCAA - CSST¹ d'un côté ou boutiques-PES² de l'autre.

Cette approche a d'ailleurs contribué à compartimenter l'offre de soins, entre structures dédiées à l'accueil et à la réduction des risques et structures dédiées à une demande d'«un soin». Pourtant, les usagers nous montrent encore aujourd'hui, que leurs besoins vont aisément de l'une à l'autre de ces réponses. Leur parcours de vie n'étant pas linéaire mais souvent en mosaïque, ils ont potentiellement autant besoin de soins médicaux, psychologiques ou sociaux, que de matériels à usage unique et d'accompagnement inconditionnel. Or les unes et les autres de ces actions ne sont pas l'apanage d'un seul dispositif: ce qui se fait en CAARUD ressort d'une forme de soin, et l'offre en CSAPA peut se revendiquer comme étant «aussi de la RdR» - incluant matériel, TSO, professionnels dédiés, salle d'accueil... Les trajectoires des personnes questionnent donc fortement la répartition de l'offre, entre dispositif dédié, réponses multiples et posture commune de prendre soin.

Cette posture, telle que ce guide veut la décrire, fait aussi basculer la manière d'accompagner, telle qu'elle était historiquement pensée. Née de la parole des usagers et de leurs expertises, la réduction des risques amène les intervenants à redéfinir leur positionnement vis à vis de cet usager, qui devient «sachant», de par sa trajectoire de vie même lorsqu'elle est chaotique et ses

pratiques, et c'est lui qui, à son tour, nous accompagne dans notre parcours de soignant. La RdR nous fait poser un nouveau regard sur cet «Autre» redéfinissant ainsi dans l'altérité, notre point de vue sur nos pratiques professionnelles habituelles. **Ce nouveau regard sur ce que nous faisons nous place désormais aux côtés de la personne... et non plus seulement en face d'elle.**

Forts de ces constats, définir cette clinique en perpétuelle construction devient important, car elle nous oblige à répondre aux besoins pragmatiques des usagers. Intervenant à tout moment du parcours, elle se conceptualise dès l'accueil, dans la nécessité d'aller rencontrer l'usager là où il en est. Elle amène là une seconde rupture définie par le concept d'«aller vers». Cet accompagnement entraîne un changement du regard de l'intervenant qui va devoir répondre à des besoins pratiques s'inscrivant dans le parcours de consommations, avec des changements dans les éléments de vie de la personne - habitudes de consommations, trajectoires sociales...- incluant des arrêts possibles, et des reprises possibles aussi. Ce regard sur les consommations et les consommateurs est en évolution constante, et suppose une clinique du cas par cas, inscrite dans tous les contextes d'intervention, que ce soit en milieu festif, dans le cadre du soin résidentiel, l'intervention de rue, en milieu carcéral, etc.

La RdR a fait son chemin dans ces approximations et ces incertitudes, sortant des seuls comportements d'injection pour prendre en compte les autres modes de consommation, les autres substances et conduites addictives (y compris sans produit). Devenue posture plutôt qu'«objet», elle est transversale, transdisciplinaire, et va concerner toutes les addictions, produits illicites injectables mais aussi alcool, tabac, jeu pathologique, s'adaptant aux différents publics et aux différents milieux.

Elle aura en toile de fond le savoir des pairs et ne pourra pas exister sans cette expertise, ainsi que l'illustre ré-

cemment encore des exemples comme la cigarette électronique, les usagers ayant massivement adopté cet outil de réduction des risques sans attendre et peut-être sans avoir besoin de la validation des professionnels ou des autorités sanitaires.

Enfin, lorsqu'elle est mise en pratique dans toutes ces dimensions, par des structures qui l'intègrent sans l'opposer aux soins, la RdR dépasse logiquement le seul champ spécialisé pour infuser dans les autres secteurs. Elle devient une modalité de conjugaison des savoirs et des outils globalement, des partenaires aux usagers, dans une «clinique du mode de vie» commune, pour la personne accueillie.

¹ Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) et Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST)

² Programmes d'Echanges de Seringues (PES)

Bibliographie

Articles et ouvrages

BOHELAY S., «*Sous le calme apparent, des pratiques à risques*», *Swaps* n°82, 1^{er} trimestre 2016. p.19-23.

BONNIN O., «Réduction des rixes à Paris 18^{ème}» in *SWAPS* n°25, 2002.

CHAPPARD P., «Psychoactif, la réduction des risques à l'heure d'internet», in *Rhizome* n°61, septembre 2016.

COPPEL A., *Peut-on civiliser les drogues, de la guerre à la drogue à la réduction des risques*. La Découverte, 2002.

COPPEL A., «Drogues et médicalisation, Entre expertise et demande sociale», *Multitudes*, n°44, 2011, p.78-84.

COUTERON J-P., «La Réduction des risques. Une approche qui vise l'épanouissement de la personne», *Multitudes*, n°44, 2011, p.64-70.

DEHEE A-L., «Le bus méthadone de l'Association Gaia de Paris» De la gare de l'Est à la porte de la Chapelle et au Cours de Vincennes», *Multitudes*, n°44, 2011, p.85-89.

Dossier «Les chemins du communautaire : les usagers-salariés du médicosocial», *Asud Journal* n°57, Juillet 2015.

FIEULAINE M., «Le choix de Mr L., repenser l'accompagnement des usagers d'alcool», in *Swaps* n° 73, 2013.

FOUILLAND P., COUTERON J-P., «CSAPA : le choc des cultures» in *Swaps*, n°62, 2011.

GUICHARD A., LERT F., BRODEUR J-M., RICHARD L., «Rapports des usagers au Subutex® : de la reconquête de l'autonomie à la spirale de l'échec.» In *Sciences sociales et santé*. Volume 24, n°4, 2006. pp. 5-43.

JAUFFRET-ROUSTIDE M., «Usages de drogue et comorbidités psychiatriques», in *Swaps* n°16, 2000.

JEANMART C. «Substitution sans frontière. Prescription de méthadone et de Subutex® de part et d'autre de la frontière franco-belge», *Psychotropes* 2008/1 (Vol. 14), p. 21-40.

LALANDE A., «Interroger les savoirs», in *Vacarme* n°13 2000/3, p.90-95.

MOREL A., COUTERON J-P., CHAPPARD P., *Aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie en 22 notions*, Dunod, 2012.

SOULET M-H., «Penser la gestion des drogues dures : modélisations théoriques et perspectives pratiques», in *Psychotropes*, Vol. 14, 2008, p. 91-109.

«Accompagnement des consommations à moindre risque», 8 pages, Fédération Addiction 2017.

«Intervenir en milieu festif», 8 pages, Fédération Addiction, 2013.

Femmes et Addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD, Fédération Addiction, 2016.

Actes du cycle de séminaires L'accompagnement des consommations : constats, enjeux, et perspectives, Fédération Addiction, 2016.

«Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ?» *Acta, cahiers thématiques* n°13, Fédération Addiction, 2013.

Pratiques professionnelles autour des traitements de substitution aux opiacés en CSAPA, Fédération Addiction, 2010, p.26-27

Supplément Technique *Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) des infections VIH - VHC - VHB*, Fédération Addiction, 2014.

Études, expertises

INSERM (dir.) Chapitre 3, Dimensions historiques, culturelles et sociales du «boire», in *Alcool : Dommages sociaux, abus et dépendance. Rapport*, Les éditions Inserm, 2003 (Expertise collective), p.55- 85.

FEDERATION FRANCAISE D'ADDICTOLOGIE (dir.), Conférence de consensus «Stratégies thérapeutiques pour les personnes dépendantes des opiacés : place des traitements de substitution», Textes des recommandations (version courte), 2004.

Pr BENYAMINA (Prés.). Audition publique *Réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives*, Fédération Française d'Addictologie, 2016.

INSERM (dir.). *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Rapport*, Les éditions Inserm, 2010 (Expertise collective).

Données épidémiologiques

LANGLOIS E. «Les traitements de substitution vus par les patients : quels sont les enseignements de leur expérience ?» *Focus, consommations et conséquences*, OFDT, 2011.

OPPIDUM - Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournées de leur Utilisation Médicamenteuse, Résultats de l'enquête 24, ANSM, 2012.

CADET-TAIROU A., DAMBELE S., Les CAARUD en 2010, Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD, in OFDT-TREND, 2014.

SAFE, *Le dispositif national de réduction des risques - enquête inter-associative*, 2007.

OEDT (dir.) Rapport européen sur les drogues - tendances et évolutions, OEDT, 2015.

Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD : Rapport d'enquête, Fédération Addiction 2015.

PALLE C., « Les personnes accueillies dans les CSAPA » in *Tendances*, n°110, 2016.

CADET-TAIROU A., *Résultats ENa-CAARUD 2010 : Profils et pratiques des usagers*, OFDT 2012.

TOVAR M.L., BASTIANIC T., LE NEZET O., « Perceptions et opinions des Français sur les drogues » *Tendances* n°88, 2013, 6 p.

BECK F., RICHARD J.-B., GUIGNARD R., LE NEZET O. et **SPILKA S.**, « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014, exploitation des données du Baromètre santé 2014 », *Tendances* n°99, 2015.

OFDT, INPES, « Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014 », note 2015-01, 3 avril 2015.

Textes législatifs

LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue.

CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 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.

CIRCULAIRE N°DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/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 et à leur financement par l'assurance maladie.

Annexes - Méthodologie de projet

✻ Une démarche participative au service de l'expertise d'un réseau

Ce projet sur les pratiques de réduction des risques a été mené via une méthodologie participative fondée sur la mobilisation des acteurs de terrain, permettant aux adhérents et aux partenaires de la Fédération Addiction d'être **à la fois bénéficiaires et participants actifs du projet**.

Sur l'impulsion et en lien avec le conseil d'administration, un groupe de pilotage du projet a été constitué pour formuler les hypothèses de départ, les objectifs du projet et construire les outils et la méthode pour aller les tester sur le terrain, de la fin de l'année 2012 au début de l'année 2016.

Ce groupe est constitué de :

- **Lilian Babé**, directeur adjoint du CSAPA Soléa – Besançon
- **François Brossard**, directeur adjoint du CSAPA Sato Picardie – Creil
- **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 (en alternance avec Jean-Christophe Catusse, chef de service au CAARUD Sleep In de PSA – 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
- **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

■ Étape 1 Recueil quantitatif – questionnaires – 2012 /2013

L'enquête par questionnaire a eu pour objectif de faire le point sur les pratiques générales en matière de réduction des risques, en fouillant de manière détaillée les aspects les plus pragmatiques et techniques, et a commencé à sonder les pratiques des acteurs. Cette étape a visé à connaître le paysage de la réduction des risques d'un point de vue statistique ; 214 structures y ont participé.

Deux questionnaires – l'un pour les CAARUD, l'autre pour les CSAPA – ont circulé parallèlement. Ils peuvent être téléchargés sur le site de la Fédération Addiction www.federationaddiction.fr

■ Étape 2 Recueil qualitatif sur site – entretiens – 2014

Après l'analyse des résultats des questionnaires, le comité de pilotage a construit deux guides d'entretien, l'un pour les CAARUD et l'autre pour les CSAPA, qui ont permis de recueillir l'avis et l'expertise des acteurs de terrains lors d'entretiens individuels ou collectifs. Ces temps de rencontre ont eu lieu sur site, au sein de la structure répondante. Ces structures ont été sélectionnées sur la base de critères de représentativité institutionnelle, géographique, et sur la base des premiers éclairages sur les pratiques fournis dans le cadre des questionnaires. Les entretiens ont permis de décrire les enjeux de l'évolution des pratiques professionnelles, et d'isoler des invariants et des pistes de pratiques innovantes.

■ Étape 3

Recueil qualitatif et problématisation – réunions régionales – 2014/2015

En complément des entretiens sur site, le groupe de pilotage du projet a souhaité organiser des réunions rassemblant CSAPA et CAARUD autour de trois thématiques jugées particulièrement porteuses d'enjeux :

- 1. la collaboration entre CSAPA et CAARUD.
- 2. la réduction des risques liés aux produits licites.
- 3. la réduction des risques et ses partenariats – insertion et médiation sociale.

Elles se sont déroulées dans cinq régions, choisies sur la base du volontariat et de critères de représentation géographique :

- Aquitaine
- Bourgogne / Franche-Comté
- Midi-Pyrénées
- Nord-Pas de Calais
- Rhône-Alpes

Sur l'année 2014, 15 groupes de 12 à 16 personnes se sont réunis au total, à chaque fois sur une journée. Ces groupes étaient constitués d'une base permanente d'entre 6 et 10 professionnels, et de participants supplémentaires invités suivant leur expertise et la thématique.

■ Étape 4

Rédaction du rapport d'enquête et des pistes – 2015/2016

Au début de l'année 2015, l'ensemble de la matière qualitative et quantitative a été rassemblé, et le groupe de pilotage a décidé de faire paraître un rapport présentant l'ensemble des constats et des problématiques que la démarche a permis d'éclairer. Ce rapport, intitulé « Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD. Rapport d'enquête » est paru au début de l'année 2016.

L'année 2015 a également été le temps, pour le groupe de pilotage en lien avec le conseil d'administration de la Fédération Addiction, du positionnement sur les pistes de réflexions à proposer dans le guide Pratique(s) l'année suivante.

■ Étape 5

Rédaction du guide – 2016

Ce guide a été rédigé durant l'année 2016, en parallèle de temps de réunion des acteurs à l'échelle régionale autour des constats présentés dans le rapport d'enquête. Il est directement issu de la participation des acteurs de terrain durant la démarche, et des positionnements cliniques et politiques qu'ils ont portés et formalisés durant ces 4 années.

Réduction des risques - Pour aller plus loin...

Cette rubrique recense l'ensemble de nos travaux sur ce thème et met en exergue des éléments issus des apports scientifiques et pragmatiques de partenaires.

✿ **Le rapport de L'audition publique sur la réduction des risques et des dommages**

Parution avril 2016 – disponible sur le site de la Fédération Française d'Addictologie www.addictologie.org

Une audition publique sur la RdRD a eu lieu en avril 2016. Elle était organisée par la Fédération Française d'Addictologie, avec le soutien institutionnel de la Direction Générale de la Santé et de la MILDECA et avec l'accompagnement méthodologique de la Haute Autorité de Santé.

Le rapport propose 15 recommandations concrètes pour améliorer la diffusion, l'appropriation et la mise en oeuvre de la RdRD liés aux consommations de substances psychoactives.

✿ **Réduction des risques chez les usagers de drogues: synthèse et recommandations de l'INSERM**

Parution juin 2010 – disponible sur le site de l'INSERM www.inserm.fr

Ce document présente la synthèse et les recommandations du groupe d'experts réunis par l'Inserm dans le cadre de la procédure d'expertise collective en 2010 (voir bibliographie), pour répondre à la demande de la Direction générale de la santé concernant la réduction des risques chez les usagers de drogues. Ce travail s'appuie sur les données scientifiques disponibles en date du premier semestre 2010. Près de 1 000 articles ont constitué la base documentaire de cette expertise, qui couvre donc largement tous les champs de la RdR. Le Centre d'expertise collective de l'Inserm, attaché à l'Institut thématique multi-organismes Santé publique, a assuré la coordination de cette expertise collective.

Du panorama des pratiques en CSAPA et en CAARUD au kit d'intervention en milieu festif, des grands lignes cliniques au plaidoyer politique et partenarial, retrouver tous les documents de la Fédération Addiction et ses partenaires relatifs à cette thématique sur le site :

www.federationaddiction.fr, rubrique Nos publications.

REVUE INTERNATIONALE FRANCOPHONE

Addiction(s) : recherches et pratiques - Réduire les risques

Parution : février 2017 - disponible sur www.federationaddiction.fr



La Fédération Addiction porte une revue internationale *Addiction(s) : recherches et pratiques*, en partenariat avec plusieurs partenaires suisse, belge et québécois : l'AIDQ, la FEDITO, le GREA, et le RISQ. La Réduction des risques est une approche promue par l'ensemble de ces associations, et incarne cette nécessaire collaboration, par l'effort de recherche qui l'entoure – par exemple sur les SCMR, le programme Aerli, les Trod... et prouve l'efficacité de ses outils, mais aussi par les difficultés d'acceptabilité politique qu'elle pose, comme le démontrent les longs combats pour la création de SCMR ou la diffusion de la naloxone en Belgique, en France ou au Québec.

RAPPORT D'ENQUÊTE

Agir en réduction des risques en CSAPA et en CAARUD

Parution : décembre 2015 – en rupture de stock, téléchargeable en ligne

Ce rapport d'enquête est issu de la démarche participative sur la réduction des risques initiée par la Fédération



Addiction en 2012. Ce document est construit en deux parties, tout comme la méthodologie de l'enquête : une première partie qui rend compte de l'activité des CAARUD, une seconde pour donner des éclairages sur les pratiques et évolutions en CSAPA, tout particulièrement ambulatoires. Inscrit dans un programme de travail plus large,

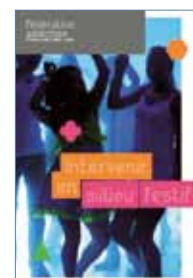
ce rapport rend compte d'une dynamique en mouvement, et poser les jalons et les premiers éclairages d'une réflexion collective.

Vous souhaitez en commander plusieurs exemplaires papier ? Nous sommes en rupture de stock mais si vous êtes assez nombreux à vous engager à en commander, un nouveau tirage sera possible. Faites-nous part de vos besoins sur le bon de commande en ligne !

BROCHURES ET SUPPLÉMENTS TECHNIQUES

Intervenir en milieu festif

Parution : mai 2013 - en rupture de stock papier, téléchargeable en ligne



Le milieu festif, au-delà de ses dimensions géographiques et temporelles, est avant tout une dynamique qui vient remplir une fonction sociale importante (marquage des saisons, des événements de la vie, de la culture...) et au travers de laquelle s'expriment des identités d'une manière toute particulière. Inversion des normes,

rythme et repères transformés... La fête peut favoriser la prise de risques.

La Fédération Addiction a publié un « 8 pages » pour

mieux dessiner les contours, et diffuser les pratiques de ces interventions. De l'établissement du diagnostic à l'évaluation, en passant par la formation, l'importance des partenariats et les modalités d'intervention in situ, ce document se veut pédagogique et complet. Il aborde aussi bien les fonctions sociales de la fête et la nécessité de les respecter, que l'éthique d'intervention, les outils et le point de vue historique.

Actal n°13 - Réduction des risques : le nouveau paradigme des addictions ?

Parution : décembre 2013 - disponible en version papier et électronique



Née dans le contexte chaotique de l'épidémie de Sida des années 1980, la Réduction des Risques a bouleversé l'approche des usagers de drogues et, plus largement, ouvert à une nouvelle compréhension des addictions et de leur prise en charge. Dépassant largement la dimension hygiéniste, la philosophie qui étaye la RdR continue de faire évoluer l'intervention des professionnels et des politiques publiques au regard des usages de substances psychoactives, mais elle soulève toujours de nombreux enjeux.

professionnels et des politiques publiques au regard des usages de substances psychoactives, mais elle soulève toujours de nombreux enjeux.

Réduire les risques : pour une politique de réduction des risques

Parution : 2008 - en rupture de stock papier, téléchargeable sur le site

Ce « 4 pages » fait le point sur la vision de la réduction des risques portée par l'Anitea en 2008. La Réduction des Risques sanitaires et sociaux liés aux usages de drogues s'est imposée comme philosophie et



concept efficace en Santé Publique face à l'urgence sanitaire du Sida. Cette politique est fondée sur une approche pragmatique, dans un souci de respect et de dignité des personnes. Les usagers sont considérés comme experts de leur propre consommation. La compétence des groupes d'auto-support est sollicitée dans les stratégies de développement mises en œuvre.

L'illusion d'éradication des drogues et des addictions, quelles qu'elles soient, est abandonnée au profit des stratégies visant à responsabiliser les usagers, à réduire les dommages et à promouvoir la santé.

Les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD) des infections VIH-VHC-VHB

Parution : avril 2014 - disponible en version électronique

Les TROD sont des tests de dépistage des VIH, VHC et VHB, légers sur carte ou bandelette, et qui peuvent être réalisés sur salive. Ils permettent d'aller au-devant de l'utilisateur et ne nécessitent pas de matériel technique complexe ; ils ne sont pas invasifs. Les résultats sont obtenus en moins d'une demi-heure. Ce supplément technique présente ces techniques et détaille leurs avantages et leurs inconvénients. Il propose une méthodologie pour intégrer les TROD dans les CSAPA et CAARUD.

BROCHURES ET SUPPLÉMENTS TECHNIQUES (SUITE)

Les Nouveaux Produits de Synthèse

*Parution : juin 2013 - disponible en version électronique
Ce document a également fait l'objet d'une traduction en anglais.*

Avec l'arrivée d'Internet, de nouvelles pratiques de mise sur le marché de substances psychoactives ont émergé, et de nouveaux produits ont fait leur apparition, les Nouveaux Produits de Synthèse ou NPS, qui « imitent » les substances psychoactives plus classiques ou sont tout à fait nouveaux. Pour connaître ces nouveaux produits et s'y adapter, la Fédération Addiction, en partenariat avec l'association Psychoactif, vous propose un supplément technique, ainsi qu'un Flyer à destination des usagers de vos structures.

Le Baclofène

Parution : octobre 2012 - disponible en version électronique

Physiologiquement, comment le Baclofène agit-il sur le cerveau, et sur l'alcool-dépendance ? Quel est ce médicament, son statut et ses usages en France ? Quelles sont les études et surtout leurs constats qui ont lancé le débat ? Comment les points de vue des autorités sanitaires ont-ils évolué, et que disent-elles aujourd'hui ? Où en est-on des pratiques, réflexions et innovations professionnelles dans le réseau ? La Fédération Addiction a débattu de cette question et pris position lors d'un conseil d'administration.

OUVRAGES RÉALISÉS EN PARTENARIAT

www.federationaddiction.fr La Fédération > Productions > Guides et référentiels

Cocaïne basée, crack, free-base : guide de prévention destiné aux professionnels

Parution : décembre 2013 Disponible en version électronique

L'Association d'Information et de Ressources sur les Drogues, les Dépendances et le Sida de Bretagne (AIRDDS Bretagne) et le Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale (GRVS) ont publié ce guide de pré-

vention sur la cocaïne basée en s'appuyant sur l'expertise de nombreux contributeurs, dont des membres de la Fédération Addiction.

L'accompagnement des consommations : constats, enjeux, perspectives. Actes du cycle de séminaires.

Juillet 2016 - disponible en version papier et électronique

En 2013, la Fédération Addiction et le Réseau français de réduction des risques ont mené un cycle de trois séminaires pour faire le point sur ces enjeux, en partenariat avec l'AFR (avant sa dissolution), Aides, Médecins du Monde, Sos Hépatites, Safe. Les actes reprennent les différents temps de plénières et d'ateliers.

CONTRIBUTIONS POLITIQUES

Contribution à l'audition publique sur la RdRD

Avril 2016 - disponible en version électronique

L'audition publique sur la réduction des risques et des dommages, organisée par la Fédération Française d'Addictologie, avec le soutien institutionnel de la DGS et de la MILDECA et avec l'accompagnement méthodologique de la HAS, a donné lieu à un rapport d'orientation et de recommandations.

Renforcer la réduction des risques liés à la consommation de substances psychoactives – Plaidoyers et amendements pour la loi de modernisation de notre système de santé

Mars 2015 - élaboré conjointement par Aides, la Fédération Addiction, Psychoactif, le Réseau français de réduction des risques, le Respadd, SAFE et SOS hépatites

Le plaidoyer reprend de manière pédagogique la définition et la philosophie de la réduction des risques, sa

place actuelle dans la législation et ses résultats concrets.

Vers la primo-prescription de Méthadone en ville

Parution : octobre 2014 - disponible en version électronique

Cette note technique a pour but de synthétiser, sur la question de la primo-prescription de méthadone en ville, une part des travaux issus de la démarche participative sur l'« articulation des acteurs de soin », et les avis rendus à ce sujet par le Conseil d'Administration de la Fédération Addiction. La note est accompagnée d'un corpus de documents.

RESSOURCES MULTIMÉDIA

DVD L'errance des jeunes dans les villes européennes, usagers de drogues, alcool et autres substances psychoactives

Parution : juin 2012

Réalisé dans le cadre du programme européen « Democracy, Cities and Drugs II », piloté par le Forum Européen pour la Sécurité Urbaine (FESU)

Sept municipalités européennes (Bordeaux, Lille, La Rochelle, Toulouse, Bucarest, Düsseldorf et la Région Emilia Romagna), ont mis en commun leurs expériences pour développer et conceptualiser une expertise opérationnelle sur l'errance des jeunes. Elles ont élaboré une charte commune du bon accueil des jeunes dans les villes, colonne vertébrale de la démarche.

Trois films sur les premières fêtes des adolescents

Parution : mars 2013

Réalisé en partenariat avec la Mairie de Paris et l'École des parents et des éducateurs d'IDF

Film – Réduction des risques alcool – l'impératif d'un changement de paradigme

Parution Juillet 2014 – visionnable en ligne

Interviews croisés – intervenir en milieu festif : usagers experts et partenaires

Parution décembre 2014 – visionnable en ligne

FÉDÉRATION
ADDICTION
Prévenir | Réduire les risques | Soigner

9 rue des Bluets - 75011 Paris
Tel : +33 (0)1 43 43 72 38
Fax : +33 (0)1 43 66 28 38
infos@federationaddiction.fr