

INCLUSION SOCIALE

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES



INCLUSION SOCIALE

PROTECTION DE L'ENFANCE

PERSONNES HANDICAPÉES

PERSONNES ÂGÉES

LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES DANS LES CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES POUR USAGERS DE DROGUES (CAARUD)

Anesm

Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

LE MODE D'EMPLOI DES RECOMMANDATIONS

LES RECOMMANDATIONS SONT PRÉSENTÉES EN CINQ PARTIES

1 La première partie porte sur la place centrale des personnes et l'organisation du recours aux pairs-intervenants.

Les parties suivantes sont construites à partir des missions des CAARUD :

- 2 l'accueil individuel et collectif ;
- 3 l'information, le conseil et la distribution de matériel aux personnes usagères de drogues ;
- 4 l'accompagnement et l'orientation vers le soin et l'inclusion sociale (santé, emploi, logement, parentalité) ;
- 5 les démarches de proximité (médiation sociale, intervention en milieu festif, travail de rue).

Si les recommandations ont vocation à se lire d'une manière globale pour en saisir pleinement le sens, elles sont également conçues pour permettre une lecture ciblée.

En complément des présentes recommandations, les professionnels peuvent s'appuyer sur d'autres recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Anesm, et notamment :



Références Anesm

- *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie.* Saint-Denis: Anesm, avril 2010.
- *Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L312-1 du code de l'action sociale et des familles.* Saint-Denis: Anesm, mai 2012.
- *L'évaluation interne pour les établissements et services relevant du secteur de l'inclusion sociale.* Saint-Denis: Anesm, mars 2016.

Chaque partie se décline ainsi :

- **l'introduction** présente le contexte et les problématiques ;
- **les enjeux et effets attendus** définissent les objectifs ciblés ;
- **les recommandations pratiques** décrivent les actions à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs ;
- **les illustrations** présentent certaines expériences développées localement. La vocation de ces illustrations est uniquement d'éclairer le propos. Elles n'ont pas de caractère exhaustif et ne constituent pas des recommandations ;
- **les points de vigilance** attirent l'attention sur des problématiques importantes ;
- **les repères juridiques** rappellent certaines dispositions législatives et réglementaires.

SOMMAIRE

LE MODE D'EMPLOI DES RECOMMANDATIONS	2
PRÉSENTATION GÉNÉRALE : LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES LIÉS AUX CONDUITES ADDICTIVES	5
1. DÉFINITIONS	7
2. CONTEXTE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS	9
3. LES DESTINATAIRES DES RECOMMANDATIONS	10
4. LES OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS	10
RECOMMANDATIONS	11
1. LA PLACE CENTRALE DES PERSONNES DANS LE DISPOSITIF	13
1.1 Reconnaître la faculté d'auto-détermination de la personne	14
1.2 Reconnaître l'expertise des personnes et organiser le recours aux pairs-intervenants	16
>>> L'ESSENTIEL	19
2. ACCUEIL INDIVIDUEL ET COLLECTIF	20
2.1 Mettre en place les conditions d'un accueil sécurisant	20
2.2 Assurer un accueil adapté aux vulnérabilités des personnes	22
>>> L'ESSENTIEL	24
3. INFORMATION, CONSEIL, DÉLIVRANCE DE MATÉRIEL	25
3.1 Organiser l'intervention du CAARUD en matière de distribution de matériel en cohérence avec l'offre existante et les besoins repérés sur le territoire	27
3.2 Faciliter l'accès au matériel de réduction des risques, à sa récupération et à son appropriation par les personnes usagères de drogues	28
3.3 Favoriser l'adoption de stratégies de réduction des risques et des dommages par les personnes usagères de drogues	29
>>> L'ESSENTIEL	34
4. ACCOMPAGNEMENT ET ORIENTATION VERS LE SOIN ET L'INCLUSION SOCIALE	35
4.1 Accompagnement vers la santé	35
4.1.1 Inscrire le CAARUD dans un réseau d'acteurs de santé sensibilisés à l'accompagnement des personnes usagères de drogues	36
4.1.2 Accompagner et orienter la personne dans son parcours de santé	38
>>> L'ESSENTIEL	40
4.2. Accompagnement vers le logement	41
4.2.1 Repérer les ressources et agir sur l'environnement	41
4.2.2 Soutenir l'accès et le maintien dans le logement de la personne	43
>>> L'ESSENTIEL	44

4.3 Accompagnement vers l'emploi	45
4.3.1 Repérer les ressources et agir sur l'environnement	46
4.3.2 Accompagner et orienter la personne vers l'accès et le maintien dans l'emploi	47
>>> L'ESSENTIEL	49
4.4 Soutien à la parentalité	50
4.4.1 Repérer les ressources et agir sur l'environnement	51
4.4.2 Participer au soutien aux compétences parentales de la personne	52
4.4.3 Repérer les situations de danger et protéger les enfants	52
>>> L'ESSENTIEL	53
5. DÉMARCHES DE PROXIMITÉ	54
5.1. Aller-vers: intervention de proximité	54
5.1.1 Définir le cadre de l'intervention de proximité	55
5.1.2 Analyser le milieu d'intervention et atteindre les publics ciblés	57
5.1.3 Favoriser l'accès à la réduction des risques et des dommages des publics rejoints	58
>>> L'ESSENTIEL	60
5.2 Aller-vers: intervention en milieu festif	61
5.2.1 Définir le cadre d'intervention du CAARUD en milieu festif	62
5.2.2 Promouvoir un environnement favorable	63
5.2.3 Intervenir auprès des publics en contexte festif	63
>>> L'ESSENTIEL	65
5.3 Médiation sociale / acceptabilité des dispositifs	66
5.3.1 Définir une stratégie d'intégration dans l'environnement adaptée au contexte local et à l'intervention du CAARUD	67
5.3.2 Contribuer à la création d'un environnement local soutenant	67
5.3.3 Prévenir et gérer les situations conflictuelles	68
>>> L'ESSENTIEL	70
ANNEXE	71
ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS	71
Liste des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM	73

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

LA RÉDUCTION DES RISQUES ET DES
DOMMAGES LIÉS AUX CONDUITES
ADDICTIVES

1. Définitions 7

**2. Contexte d'élaboration
des recommandations 9**

**3. Les destinataires des
recommandations 10**

**4. Les objectifs des
recommandations 10**

1 DÉFINITIONS

Les risques et dommages liés aux conduites addictives

La consommation de substances psychoactives licites ou illicites comporte des risques et peut provoquer des dommages. Ils peuvent concerner :

- **la santé somatique** : blessures, accidents, intoxication, transmission de maladies infectieuses, atteintes à l'organisme (peau, système veineux, système pulmonaire, foie, etc.), surdose, dépendance, etc. ;
- **la santé mentale** : troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles de l'humeur, psychoses, etc. ;
- **l'inclusion sociale** : stigmatisation, exclusion sociale (logement, emploi, etc.), isolement social, conséquences judiciaires de l'usage de substances illicites, atteintes aux personnes et aux biens (violence, accidents, engagement dans des activités frauduleuses, etc.).

La survenue de ces risques et dommages dépend des produits consommés et de leur association, de la fréquence et de l'importance des consommations, des voies d'administration (inhalation, injection, ingestion, sniff, etc.), du contexte de consommation et des caractéristiques individuelles (état de santé, vulnérabilités, situation sociale et professionnelle, etc.).

La réduction des risques et des dommages

Le terme de réduction des risques et des dommages désigne, de manière générale, l'ensemble « des lois, des programmes et des pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique de la consommation de drogues [...] par les personnes qui sont incapables ou qui n'ont pas la volonté de cesser de consommer¹ ».

Elle constitue une démarche de santé publique en faveur de la garantie des droits humains fondamentaux de respect de la personne humaine et de la dignité humaine en toutes circonstances, de protection des personnes en situation de vulnérabilité² et d'accès au meilleur état de santé possible³. Le mandat éthique qui lui est confié engage le devoir de bientraitance⁴ pour les personnes en situation de vulnérabilité et répond aux valeurs de pragmatisme et d'humanisme, qui :

- hiérarchisent les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés aux addictions selon des critères explicites ;
- se fondent sur des preuves scientifiques et des techniques et outils d'intervention évalués ;
- permettent la mise en place de réponses adaptées et graduées pour chaque usager en fonction de sa demande⁵ ;



¹ Définition proposée par l'International Harm Reduction Association (IHRA).

² Article L.1110-1 du Code de la santé publique : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.* ».

³ Préambule de la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (1946) : « *la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale.* ».

⁴ HISRCH E. Le mandat éthique de l'intervention en réduction des risques. In : Fédération Addiction. Réseau français de réduction des risques (2013). *Actes du cycle de séminaires L'accompagnement des consommations : constats, enjeux, et perspectives*. Paris : Fédération Addiction, Réseau français de réduction des risques, mai 2016.

⁵ MILDECA. *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017*. Paris : La Documentation française, 2014. / Reynaud, M. *Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, synthèse remise à la MILDT*. 2013, p.85.

- postulent la responsabilité des usagers de drogues et invoque leur capacité à modifier leurs pratiques à risque et à agir en faveur de leur propre santé⁶. Elle prend ainsi en compte et s'adapte à la trajectoire de l'usager de drogues et à ses conditions d'existence⁷.

La réduction des risques et des dommages repose sur certains principes d'intervention :

- la **suspension du jugement moral** sur les usages ;
- la mise en œuvre d'une **démarche de proximité**, fondée d'une part sur l'atteinte des personnes usagères de drogues « là où elles sont » (aller-vers ou outreach, mis en œuvre à travers les équipes mobiles, le travail de rue ou encore l'intervention en milieu festif) et d'autre part sur l'accueil inconditionnel des personnes « là où elles en sont » (c'est-à-dire sans exigence vis-à-vis de l'engagement dans un arrêt des consommations ou dans une démarche de soin ou d'insertion) ;
- la **participation**, dans une optique de santé communautaire, des personnes usagères de drogues à l'élaboration et à la mise en œuvre des interventions qui leur sont destinées⁸ et la reconnaissance de leurs savoirs d'expérience (connaissance des produits et de leurs effets, des pratiques d'usage, des scènes de consommation, des modes de vie et des codes du groupe de pairs, capacité à définir et à relayer les pratiques à moindre risque⁹).

La politique française de réduction des risques et des dommages

En France, la politique de réduction des risques et des dommages est définie par l'État¹⁰. Elle comprend les actions visant à :

- « délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;
- orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;
- promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;
- promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances [psychoactives ou classées comme stupéfiants] afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;
- participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées¹¹».

En outre, le Référentiel national des actions de réduction des risques en précise les objectifs, les modalités et les lieux d'intervention¹².

⁶ JAUFFRET-ROUSTIDE M. *Les drogues : approche sociologique, économique et politique*. Paris : La Documentation française, 2004.

⁷ JAUFFRET-ROUSTIDE, M. Self Support For Drug Users In The Context Of Harm Reduction Policy : A Lay Expertise Defined By Drug User's Life Skills And Citizenship. *Health Sociology Review* : 2009, vol. 18-2, pp. 159-172.

⁸ MOREL, A. COUTERON, J.P. *Les conduites addictives. Comprendre, prévenir, soigner*. Paris : Dunod, 2008.

⁹ MOREL, A. CHAPPARD, P. COUTERON, J.P. *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*. Paris : Dunod, 2012. p. 43.

¹⁰ Article L.3411-7 du Code de la santé publique.

¹¹ Article L3411-8 du Code de la santé publique.

¹² Annexe 31-2 du Code de la santé publique.

Les CAARUD

Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) ont été instaurés par la loi de santé publique du 9 Août 2004. Leurs missions, définies par décret en Conseil d'État, sont les suivantes :

- « l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :
 - l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place,
 - l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun,
 - l'incitation au dépistage des infections transmissibles ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues ;
- les centres participent au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers¹³ ».

Ces missions s'exercent en fonction des usages et des besoins des publics accueillis ou rejoints par le CAARUD, ainsi que des spécificités de son territoire d'implantation.

2 CONTEXTE D'ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles portant sur « la réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives dans les CAARUD » s'inscrivent dans un contexte d'évolution législative et paradigmatique.

D'une part, la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et ses décrets d'application :

- confortent la politique de réduction des risques et des dommages, sécurisent ses intervenants et l'étendent au champ des substances psychoactives licites ;
- ajoutent, au-delà de la simple promotion, la supervision des comportements, des gestes et des procédures parmi les actions visant à réduire les risques et les dommages et autorisent à cet égard l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque¹⁴ ;
- autorisent l'utilisation par les CAARUD de nouveaux outils et produits de santé (Tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), autotests de détection des maladies infectieuses, naloxone¹⁵) et de nouvelles interventions (analyse de produits).



¹³ Article R3121-33-1 du Code de la santé publique.

¹⁴ Etant donné leur caractère expérimental, les salles de consommation à moindre risque sont exclues du champ des présentes recommandations.

¹⁵ voir repère p. 31.

D'autre part, un changement de paradigme s'est opéré dans le domaine de la prévention et du soin en addictologie¹⁶, qui s'est notamment traduit par le développement de réponses complémentaires aux stratégies de sevrage ou de substitution jusque-là exclusivement proposées. Dans cette perspective, la réduction des risques et des dommages s'inscrit au sein d'un continuum de réponses apportées aux conséquences sanitaires et sociales négatives des conduites addictives (depuis la prévention jusqu'à l'abstinence en passant par l'accompagnement ou la réduction des consommations).

Ces recommandations ont pour objectif d'accompagner ces changements.

3 LES DESTINATAIRES DES RECOMMANDATIONS

Ces recommandations sont à destination des professionnels des CAARUD.

Elles peuvent également être utiles à leurs partenaires :

- de la santé : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), secteur hospitalier (services d'addictologie, Equipes de liaison et de soin en addictologie (ELSA), etc.), médecine de ville, pharmaciens, réseaux de santé, centres de dépistage et de vaccination ;
- de l'insertion sociale et professionnelle : services sociaux, services instructeurs du Revenu de Solidarité Active (RSA), services d'accueil de jour ;
- du logement et de l'hébergement : Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO), etc. ;
- des collectivités territoriales : élus, dispositifs territoriaux de santé publique, Conseils locaux de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD), police municipale, etc. ;
- de la vie sociale et citoyenne : associations d'auto-support, acteurs de la lutte contre le SIDA, etc.

Elles peuvent, enfin, être utiles aux personnes accueillies par les CAARUD et à leurs proches.

4 LES OBJECTIFS DES RECOMMANDATIONS

Ces recommandations identifient les bonnes pratiques professionnelles concourant à :

- la prévention des risques et la réduction des dommages sanitaires et sociaux afin de préserver ou d'améliorer l'état de santé et les conditions de vie des personnes usagères de drogues ;
- le recours à l'expertise et la participation des personnes usagères de drogues dans la construction des interventions et des parcours d'accompagnement proposés par le CAARUD ;
- l'implantation du CAARUD dans son territoire d'intervention et le développement d'un environnement partenarial facilitateur.

¹⁶ FÉDÉRATION FRANÇAISE D'ADDICTOLOGIE (Dir.). *1^{ère} Audition publique 2.0. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. Livret de l'Audition publique (programme et rapports des Experts et du Groupe bibliographique)*. Paris : Fédération Française d'Addictologie (FFA), 2016.

RECOMMANDATIONS

**1. La place centrale
des personnes dans le
dispositif 13**

**2. Accueil individuel et
collectif 20**

**3. Information, conseil,
délivrance de matériel 25**

**4. Accompagnement et
orientation vers le soin et
l'inclusion sociale 35**

**5. Démarches de
proximité 54**

1 LA PLACE CENTRALE DES PERSONNES DANS LE DISPOSITIF

La réduction des risques et des dommages repose sur une participation active des personnes usagères de drogues. Elle postule, d'une part, leur capacité à agir sur leur santé et leur qualité de vie et à modifier leurs pratiques à risques dès lors qu'elles en ont les moyens. Elle reconnaît, d'autre part, leur expertise concernant les usages, les scènes de consommation, les modes de vie, les codes langagiers et culturels et les normes des groupes d'appartenance¹⁷. Elle respecte, enfin, les modes de vie des personnes et leur autonomie dans la définition des changements qu'elles souhaitent ou non y apporter¹⁸.

La prise en compte de cette faculté d'auto-détermination et de cette expertise d'usage renforce l'efficacité des interventions des professionnels. Elle permet la co-construction d'un accompagnement adapté aux trajectoires particulières et au choix des personnes. Elle permet l'adaptation des réponses proposées à l'évolution des publics, des usages et des produits. Elle renforce l'appropriation des messages, des pratiques et des outils par les personnes usagères de drogues.

Dans les CAARUD, cette prise en compte s'incarne à la fois dans la participation des personnes en tant qu'usagères d'un établissement médicosocial (se reporter aux recommandations de l'ANESM « La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie »), dans la posture professionnelle et les modalités d'accompagnement et dans le recours aux pairs-intervenants.



Référence Anesm

- *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie.* Saint-Denis: Anesm, avril 2010.

L'intervention par les pairs¹⁹ repose sur les compétences et savoirs issus de leur propre expérience qui permettent la réduction de la distance (confiance facilitée par l'horizontalité de la relation), l'identification réciproque et le « bilinguisme »²⁰ (connaissance des habitudes de vie, des logiques et des stratégies des personnes usagères de drogues).

En matière de réduction des risques et des dommages, le recours à l'intervention par les pairs s'avère notamment efficace pour :

- la transmission de connaissances et la réduction des pratiques d'injection à risque²¹ ;
- la diffusion et l'acceptabilité du matériel de réduction des risques ;



¹⁷ MOREL, A. CHAPPARD, P. COUTERON, J.P. op. cit.s

¹⁸ Fédération Addiction. Réduire les risques. *Éthique, posture et pratiques.* Paris : Fédération Addiction, mars 2017.

¹⁹ MARSHALL, Z. et al. Peering Into The Literature: A Systematic Review Of The Roles Of People Who Inject Drugs In Harm Reduction Initiatives. *Drug And Alcohol Dependence* : 2015, vol. 151, pp. 1-14.

²⁰ ROELANDT, J.-L. et al. *Programme médiateurs de santé/pairs. Rapport final de l'expérimentation 2010-2014.* Lille: Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale, EPSM Lille Métropole, 2015. 60 p.

²¹ NOËL, L. GAGNON, D. Revue systématique d'interventions par des pairs usagers de drogues par injection. *Drogues, Santé et Société* : 2013, vol. 12, n°1, pp. 1-18.

- l'évaluation et l'adaptation des outils et des interventions des services de réduction des risques²² ;
- l'accès et le maintien dans le soin du VIH²³ et du VHC²⁴ ;
- le contact et le maintien du lien avec les personnes usagères de drogues éloignées des services²⁵.

Les pairs-intervenants peuvent cependant être confrontés à des freins dans l'accomplissement de leurs missions, liés à des facteurs systémiques (cadre légal, stigmatisation des personnes usagères de drogues, etc.), organisationnels (imprécision des missions, intégration dans l'équipe, accueil par le public, etc.) ou individuels (risque de reconsommation, etc.)²⁶.

Les facteurs de réussite résident dans la formation, l'encadrement et le soutien aux pairs intervenants et dans un portage fort de la validité de l'intervention par les pairs auprès des équipes, du réseau partenarial et des citoyens (élus, habitants, etc.)²⁷.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'information de la personne sur les prestations proposées par le CAARUD et sur ses droits ;
- la reconnaissance de la faculté d'auto-détermination de la personne et la recherche de son consentement éclairé ;
- l'adaptation des interventions et des outils du CAARUD à l'évolution des usages et des besoins des personnes accueillies ;
- la pertinence et l'efficacité du recours aux pairs-intervenants.

→ RECOMMANDATIONS

1.1 RECONNAÎTRE LA FACULTÉ D'AUTO-DÉTERMINATION DE LA PERSONNE

- Favoriser l'entrée en lien et l'instauration d'une relation de confiance avec la personne, en :
 - adoptant une posture bienveillante et empathique ;
 - étant transparent sur les missions et les obligations des professionnels du CAARUD (horizontalité de la relation, secret professionnel, etc.) ;
 - s'abstenant de juger les choix et le mode de vie de la personne ;
 - respectant, le cas échéant, l'absence de demande ou le refus d'échanger.
- Informer la personne des missions du CAARUD, de l'ensemble des prestations et domaines d'intervention proposés et de ses principes d'accompagnement (anonymat, gratuité, accueil inconditionnel, non-jugement, libre adhésion).

²² STRIKE, C. et al. *Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé - Partie 1*. Toronto, ON: Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada, 2013. 146 p.

²³ MEDLEY, A. KENNEDY, C. O'REILLY, K. SWEAT, M. Effectiveness Of Peer Education Interventions For HIV Prevention In Developing Countries: A Systematic Review And Meta-Analysis. *AIDS Education And Prevention*: 2009, vol. 21, n°3, pp. 181-206.

²⁴ KEATS, J. et al. Assessment And Delivery Of Treatment For Hepatitis C Virus Infection In An Opioid Substitution Treatment Clinic With Integrated Peer-Based Support In Newcastle, Australia. *International Journal Of Drug Policy*: 2015, vol. 26, n°10, pp. 999-1006.

²⁵ MCNEIL, R. SMALL, W. "Safer Environment Interventions": A Qualitative Synthesis Of The Experiences And Perceptions Of People Who Inject Drugs. *Social Science And Medicine*: 2014, vol. 106, pp. 151-158.

²⁶ MARSHALL et al., *op cit*.

²⁷ NOEL et al., *op cit*.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Informer la personne de son droit à la participation individuelle et collective et des modalités concrètes d'exercice de ce droit au sein du CAARUD (instances, recours, représentants des usagers, etc.).
- Faire connaître à la personne les autres organismes et les ressources proposant l'information, l'éducation aux pratiques à moindre risque ou la défense des droits des personnes usagères de drogues (associations d'entraide, groupes d'auto-support, forums internet, etc.).
- Adapter l'information délivrée, le langage utilisé et les supports remis aux capacités de la personne.
- Tout au long de l'accompagnement, adopter une posture professionnelle qui garantisse la participation et l'adhésion, en :
 - étant transparent sur les objectifs de l'accompagnement et le cas échéant sur les démarches entreprises ;
 - recueillant à chaque étape le consentement éclairé de la personne ;
 - utilisant des techniques d'entretien permettant l'expression de la personne et la prise en compte de sa situation dans sa globalité (par exemple à travers l'écoute active, la relation d'aide centrée sur la personne, l'entretien motivationnel, etc.).
- Tenir compte de toute demande ou envie exprimée par la personne pour co-élaborer avec elle son projet d'accompagnement, en :
 - s'abstenant de juger les choix ou de hiérarchiser les demandes ;
 - respectant les priorités et la temporalité des personnes ;
 - construisant le projet pas à pas et en définissant à chaque étape des objectifs opérationnels concrets et atteignables ;
 - valorisant les étapes réalisées pour restaurer ou renforcer le sentiment d'auto-efficacité de la personne.
- Rechercher, le cas échéant, les causes d'une absence de demande explicite, en :
 - engageant le dialogue avec la personne ;
 - abordant, en équipe, dans le respect des règles relatives au secret professionnel, la situation de la personne et en croisant les regards des différents professionnels ;
 - sollicitant, s'ils existent et avec l'accord de la personne, les partenaires impliqués dans son accompagnement.
- Respecter, le cas échéant, le refus de la personne d'entrer dans une démarche de changement.

POINT DE VIGILANCE

L'absence de demande explicite ne constitue pas une non-demande. La venue de la personne et/ou son recours aux prestations peuvent en eux-mêmes être considérés comme une forme d'adhésion à l'accompagnement par le CAARUD autour d'objectifs contribuant à un mieux-être et à une (ré)affiliation sociale (se reposer, se laver, partager un moment de sociabilité, s'approvisionner en matériel de réduction des risques, etc.).

Cette demande implicite doit être réévaluée périodiquement à mesure que le lien de confiance et la capacité ou la disposition de la personne à élaborer un projet de changement se développent. >>>

→ RECOMMANDATIONS SUITE

1.2 RECONNAÎTRE L'EXPERTISE DES PERSONNES ET ORGANISER LE RECOURS AUX PAIRS-INTERVENANTS

Organisation

- Sensibiliser les partenaires du CAARUD, les membres de l'équipe et les personnes accueillies au bien-fondé, aux freins et aux leviers de l'intervention par les pairs.
- Promouvoir une participation soutenue des usagers au fonctionnement du CAARUD. La participation des usagers constitue un levier à l'implication de pairs-intervenants dans les actions. Se reporter aux recommandations de l'ANESM « La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie ».



Référence Anesm

- *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie.* Saint-Denis: Anesm, avril 2010.

- À partir des résultats de l'évaluation interne et externe et de l'analyse des besoins avec les personnes accompagnées, organiser le recours aux pairs-intervenants. Ce recours répond à des objectifs de renforcement de l'autonomisation et de l'entraide mutuelle entre personnes accueillies et/ou d'amélioration de la qualité des prestations délivrées par le CAARUD. Il peut prendre la forme d'une implication bénévole ou d'une embauche et recouvrir plusieurs fonctions, par exemple :
 - relais : participation à la distribution de matériel et à la diffusion des messages de réduction des risques auprès de leur réseau social ;
 - aller-vers : atteinte des personnes éloignées du CAARUD ;
 - éducation par les pairs : participation à des interventions d'éducation à la santé (pratiques à moindre risque, utilisation du matériel de réduction des risques, recours au dépistage, etc.) ;
 - soutien/accompagnement : participation à l'accompagnement des parcours individuels par des pairs ayant fait l'expérience du soin (médiateur de santé pair, patient expert, etc.) et/ou de l'inclusion sociale ;
 - médiation sociale : contribution des personnes concernées à des actions visant le changement de représentations et/ou l'acceptabilité des lieux de réduction des risques auprès des riverains, des institutions, du grand public, etc.
- Définir la place et le rôle des bénévoles (parmi lesquels les pairs-intervenants) au sein du CAARUD. Formaliser ces éléments, par exemple à travers :
 - l'élaboration d'une charte précisant le cadre collectif du recours au bénévolat (droits et obligations, modalités d'accueil et d'intégration, éthique d'intervention, formation, assurance, etc.) ;
 - le recours à des conventions d'engagements réciproques précisant les modalités particulières s'appliquant à chaque intervenant (horaires, missions, confidentialité, etc.)²⁸.

²⁸ Des trames de telles chartes et conventions, libres de droits, peuvent être trouvées sur le site internet de France Bénévolat : <<https://www.francebenevolat.org/documentation/la-charte-du-benevolat-et-convention-d-engagements-reciproques>> [consulté le 22.05.2017].

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Identifier, avec les autorités de tarification et de contrôle, et solliciter l'expertise des organismes proposant la formation, l'intervention ou l'expérimentation en matière de pair-aidance dans les champs de l'addictologie et de la santé mentale (formations universitaires, dispositifs de médiateurs de santé pairs ou patients experts, groupes d'entraide, projets de recherche, appels à projets expérimentaux, etc.).

Mise en œuvre

- Déterminer, en fonction de l'intervention et de la population visées, le profil des pairs-intervenants recherchés.

Ce profil peut être établi selon des critères de sélection liés :

- à des caractéristiques démographiques (sexe, âge, nationalité) – par exemple population jeune pour l'intervention en milieu festif, population russophone pour l'intervention auprès de migrants d'Europe de l'Est, etc. ;
 - à des pratiques d'usage – par exemple population injectrice, personnes pratiquant le chemsex²⁹, consommateurs de cocaïne basée, etc. ;
 - à un savoir et/ou une compétence expérientielle particulière – par exemple personnes en traitement de substitution, personnes ayant réussi un parcours d'insertion professionnelle, etc. ;
 - à un milieu de vie – par exemple population vivant en squat, habitant d'une zone géographique peu desservie par les services de réduction des risques et des dommages, etc.
- Solliciter et mobiliser des pairs-intervenants répondant au profil retenu, à travers par exemple :
- la publication d'une annonce dans la presse et/ou sites internet et forums spécialisés et/ou réseaux sociaux ;
 - la sollicitation de personnes accueillies par le CAARUD, volontaires ou chez lesquelles des aptitudes, des compétences et/ou une influence sur le groupe de pairs ont été repérées par l'équipe ;
 - la sollicitation des professionnels, établissements ou services de soin en addictologie ;
 - la sollicitation des associations d'usagers ou d'auto-support.

ILLUSTRATION - L'IMPLICATION DE PAIRS BÉNÉVOLES DANS LES INTERVENTIONS DE RUE

Un CAARUD a développé l'implication de pairs bénévoles dans les interventions de rue. Des affiches disposées au sein de l'accueil fixe et de l'accueil mobile indiquent aux personnes accueillies la possibilité de participer à ces missions.

Après avoir rempli une fiche d'inscription, les personnes intéressées sont reçues par le coordinateur du CAARUD lors d'un entretien, au cours duquel sont abordés :

- le parcours, l'expérience et la motivation de la personne ;
- l'explication des objectifs et du fonctionnement du travail de rue ;
- l'éthique d'intervention (confidentialité, absence de consommation durant l'intervention, etc.).

Lors des interventions, les autres membres de l'équipe se doivent d'avoir une attitude bienveillante et formatrice à l'égard du pair bénévole.



²⁹ Le terme « chemsex » désigne la consommation de produits stupéfiants en contexte sexuel. Voir : RÉSEAU DE PREVENTION DES ADDICTIONS (RESPADD). *Chemsex. Livret d'information pour les professionnel[le]s et les intervenant[e]s de santé*. Paris : RESPADD, 2016.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Prévoir, d'un commun accord avec le pair-intervenant et en fonction des besoins liés à ses missions, les modalités de divulgation ou non de son statut de pair et/ou des éléments de son parcours d'addiction.
- Mettre en œuvre la formation préalable des pairs-intervenants, en :
 - déterminant les compétences et connaissances requises pour l'intervention envisagée;
 - identifiant les besoins de formation des pairs concernés;
 - organisant la formation initiale et continue des pairs-intervenants, en interne ou par le biais du partenariat. Dans le cas d'une formation assurée en interne par la structure, une attention particulière devra être portée à la qualification des professionnels chargés de la formation;
 - évaluant les compétences et les connaissances acquises.
 La formation peut porter notamment sur :
 - l'information sur les usages de produits légaux et illégaux, les prises de risques et les dommages associés, en fonction de la réalité des pratiques de consommation ;
 - l'information sur le cadre légal des activités de réduction des risques et la protection des intervenants³⁰;
 - les pratiques à moindre risque et l'utilisation du matériel, en particulier pour les pairs-intervenants bénévoles contribuant à sa distribution ;
 - la posture d'intervenant-pair, la juste proximité avec les personnes et l'éthique d'intervention en réduction des risques ;
 - les compétences communicationnelles et la capacité à transmettre un savoir expérientiel.
- Soutenir les pairs-intervenants, en :
 - organisant un dispositif de référent professionnel ou de supervision (tutorat, régulation, temps d'échange et de suivi formalisés, etc.) permettant d'accompagner le pair dans ses missions (appui, conseil, etc.) et de repérer d'éventuelles difficultés (relations avec l'équipe ou avec les personnes accueillies, gestion des consommations, risques d'une reprise de consommation, etc.);
 - clarifiant les liens fonctionnels et hiérarchiques avec le reste de l'équipe, en particulier lorsque le pair-intervenant est par ailleurs un usager ou ex-usager du CAARUD.

³⁰ Article 3411-8 du code de la santé publique : « III.-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 ».

L'ESSENTIEL

LA PLACE CENTRALE DES PERSONNES DANS LE DISPOSITIF

> Reconnaître la faculté d'auto-détermination de la personne

- En adoptant une posture professionnelle qui favorise l'entrée en lien et l'instauration d'une relation de confiance avec la personne.
- En informant la personne de l'ensemble des prestations et domaines d'intervention proposés par le CAARUD, des principes d'accompagnement et des modalités concrètes d'exercice de son droit à la participation individuelle et collective.
- En adaptant l'information délivrée, le langage utilisé et les supports remis aux capacités de la personne.
- En adoptant une posture professionnelle qui garantit sa participation et son adhésion.
- En tenant compte de toute demande ou envie exprimée par la personne pour co-élaborer avec elle son projet d'accompagnement et en recherchant, le cas échéant, les causes d'une absence de demande explicite.
- En respectant, le cas échéant, le refus de la personne d'entrer dans une démarche de changement.

> Reconnaître l'expertise des personnes et organiser le recours aux pairs-intervenants

- En sensibilisant les partenaires du CAARUD, les membres de l'équipe et les personnes accueillies au bien-fondé, aux freins et aux leviers de l'intervention par les pairs.
- En promouvant une participation soutenue des usagers au fonctionnement du CAARUD.
- En définissant la place et le rôle des bénévoles au sein du CAARUD.
- En identifiant et en sollicitant l'expertise des organismes proposant la formation, l'intervention ou l'expérimentation en matière de pair-aidance dans les champs de l'addictologie et de la santé mentale.
- En déterminant, en fonction de l'intervention et de la population visées, le profil des pairs-intervenants recherchés.
- En mettant en œuvre la formation préalable et le soutien aux pairs-intervenants.

2 ACCUEIL INDIVIDUEL ET COLLECTIF

L'accueil est une mission centrale des CAARUD. Il a pour fonction de répondre aux besoins immédiats des personnes usagères de drogues (besoin de répit, besoin de protection, besoin de conseil et de matériel pour réduire les pratiques à risque, besoin d'information ou de soutien dans l'accès aux droits sanitaires et sociaux, besoins de première nécessité : collation, hygiène, soins infirmiers, etc.) et, au-delà, d'entrer en lien. En l'absence de demande explicite de la personne, « l'amélioration de la qualité de vie et de la santé est l'objectif commun sur lequel l'alliance peut se construire entre l'usager des services de première ligne et le professionnel »³¹.

L'effet des produits, le milieu et les conditions de vie (rudes de la rue, tensions entre communautés d'appartenance ou de produit³², etc.) ou encore les caractéristiques individuelles (trouble psychique, psychotraumatisme^{33,34}, etc.) peuvent provoquer des atteintes à l'intégrité des personnes accueillies (crise psychiatrique, intoxication³⁵, violence physique et verbale, retraumatisation, etc.).

La prévention de ces risques est favorisée par l'adaptation des règles et des conditions matérielles de l'accueil aux caractéristiques du public et à la fréquentation du dispositif ainsi que par la formation et le soutien aux professionnels, bénévoles et pairs-intervenants (régulation, supervision, analyse des pratiques).

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- la sécurité physique et morale de la personne accueillie ;
- la couverture des besoins de première nécessité ;
- la prévention et la gestion des situations d'urgence ou de danger.

→ RECOMMANDATIONS

2.1 METTRE EN PLACE LES CONDITIONS D'UN ACCUEIL SÉCURISANT

- Déterminer, dans le projet d'établissement, les conditions minimales de fonctionnement en termes de personnel présent pour chacun des modes d'intervention (accueil fixe, accueil mobile, maraude, etc.).
- Promouvoir le bien-être à travers l'aménagement de locaux conviviaux et contenant, notamment :
 - en veillant à la propreté des lieux et au bon fonctionnement du matériel mis à disposition (machines à laver, etc.) ;
 - en prévoyant des espaces dédiés aux échanges individuels et confidentiels
 - en garantissant l'intimité des sanitaires (douches, etc.) ;

³¹ COPPEL, A. Pour la construction d'un consensus sur la définition de la RDRD : principes fondateurs, pratiques professionnelles et objectifs. In *Audition publique : La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives*. Paris : Fédération Française d'Addictologie, 2016.

³² SAMUEL, R. *Bienveillance et violence en CAARUD*. Paris : Formations et développement, 2014. (document interne)

³³ TRAYNOR, I. *Trauma & Addiction*. [en ligne]. Scottish Drugs Forum : 2013. <<http://www.sdf.org.uk/resources/presentations/#2013>> [consulté le 1er février 2017].

³⁴ NAJAVITS, L. et al. Rates And Symptoms Of PTSD Among Cocaine-Dependent Patients. *Journal Of Studies On Alcohol* : 2003, n°64, pp. 601-606.

³⁵ RÉSEAU DE PREVENTION DES ADDICTIONS (RESPADD). *Prise en charge des urgences en contexte addictologique*. Paris : RESPADD, 2016.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

- en limitant la sur-occupation des lieux;
 - en prévoyant l'accueil des animaux et ses modalités dans le règlement intérieur.
- Former les professionnels du CAARUD et organiser des espaces d'échange et de soutien, en particulier à travers :
- la formation à l'évaluation et à la gestion des situations de conflit et/ou d'urgence
 - la formation à la connaissance des troubles et comorbidités psychiatriques et à leur repérage;
 - la formation à la connaissance du psychotraumatisme et de ses impacts et à l'adoption de pratiques d'accompagnement tenant compte du trauma (co-définition des objectifs de l'accompagnement, transparence, recherche du consentement éclairé des personnes);
 - la mise en place d'espaces individuels et/ou collectifs d'analyse de pratiques et de supervision.

LE PSYCHOTRAUMATISME ET LES PRATIQUES D'ACCOMPAGNEMENT TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES

Le psychotraumatisme désigne l'ensemble des troubles développés par une personne ayant vécu un événement traumatique défini comme « la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou pour l'intégrité (physique ou psychique) d'un individu qui y est exposé comme victime, comme témoin ou comme acteur³⁶».

Il se manifeste par des troubles spécifiques (trouble stress aigu, trouble stress post-traumatique caractérisé notamment par la reviviscence de l'événement traumatique, etc.) ainsi que par des troubles psychiques (de l'humeur, anxieux, addictifs, alimentaires, etc.) et somatiques associés (douleurs chroniques, troubles gastro-intestinaux, troubles génito-urinaires, etc.)³⁷.

Différentes études épidémiologiques réalisées auprès de publics usagers de drogues ont fait apparaître une prévalence du psychotraumatisme allant d'un tiers aux trois quarts des personnes concernées³⁸. Les pratiques d'accompagnement tenant compte des traumatismes (trauma-informed practice) permettent d'améliorer les relations avec les personnes accueillies, d'éviter les erreurs de diagnostic, de ne pas minimiser ou réactiver un trauma vécu et de faciliter le cas échéant l'adhésion aux soins et le maintien dans les soins.

Ces approches reposent sur trois principes³⁹:

- **la conscience du trauma**: développer la connaissance, par les professionnels et les personnes accueillies, de la fréquence et de l'impact du trauma, des stratégies d'adaptation développées par les personnes et des conséquences sur la santé somatique, psychique et sur la consommation de substances psychoactives;
- **l'accent sur la sécurité et la fiabilité**: mettre en place un cadre physiquement et émotionnellement sécurisant pour les personnes accueillies (locaux, interactions avec l'équipe à tous les niveaux (admission, information sur l'accompagnement, planification, recherche du consentement éclairé)) mais aussi pour les professionnels (supervision, prévention de la souffrance au travail);
- **l'importance du libre choix, de la collaboration et du lien**: l'accompagnement vise, à toutes les étapes, à restaurer le sentiment d'efficacité, l'auto-détermination, la dignité et le contrôle du processus par les personnes.



³⁶ CROCQ L. Stress et trauma. *Le Journal des Psychologues*: 2003, n°206, pp. 8-12.

³⁷ LOUVILLE P. SALMONA M. Traumatismes psychiques: conséquences cliniques et approche neurobiologique. *Santé Mentale*: mars 2013, n°176.

³⁸ BRADY, K. Comorbid Posttraumatic Stress Disorder And Substance Use Disorders. *Psychiatric Annals*: 2001, n°31, pp. 313-319.

³⁹ BRITISH COLUMBIA CENTRE OF EXCELLENCE FOR WOMEN'S HEALTH & MINISTRY OF HEALTH. *Trauma-Informed Practice Guide*. Victoria: Government of British Columbia, 2013.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Identifier et organiser le partenariat avec les services et structures capables de répondre le cas échéant aux besoins de première nécessité des personnes accueillies, comme par exemple :
 - les acteurs de l'hébergement ;
 - les acteurs de l'aide alimentaire ;
 - les acteurs de l'aide vestimentaire ;
 - les acteurs de la veille sociale.
- Mettre en place des protocoles d'intervention pour les situations d'urgence ou de danger, prévoyant en particulier :
 - le traitement des faits de violence au sein du CAARUD et le cas échéant leur signalement à l'autorité de tarification et de contrôle⁴⁰ ;
 - les cas et modalités de recours aux services de secours ;
 - les cas et modalités de recours aux services d'urgence psychiatrique ;
 - les cas et modalités de recours aux forces de l'ordre.
- Déterminer, après consultation des instances de participation des usagers, les règles à respecter au sein de l'accueil, les procédures et la nature des sanctions ainsi que les modalités de recours, concernant notamment :
 - l'intégrité physique et morale des personnes accueillies et des personnes travaillant au CAARUD ;
 - la consommation de substances psychoactives licites (alcool, tabac, médicaments prescrits, etc.) ;
 - l'interdiction de la consommation de substances psychoactives illicites⁴¹.Formaliser ces éléments au sein du règlement de fonctionnement et les diffuser auprès du personnel et de l'ensemble des personnes accueillies (remise du règlement, affichage, etc.).
- Évaluer *a minima* chaque année la nécessité d'adapter les modalités d'accueil à l'évolution des personnes accueillies et de leurs usages.

2.2 ASSURER UN ACCUEIL ADAPTÉ AUX VULNÉRABILITÉS DES PERSONNES

- À partir de l'analyse du public accueilli, proposer si nécessaire un accueil différencié permettant de faciliter l'accès des personnes connaissant une vulnérabilité ou des besoins spécifiques, par exemple les femmes⁴², les personnes se prostituant, les consommateurs de cocaïne basée ou les personnes handicapées.
Ces accueils différenciés peuvent prendre la forme :
 - de prestations et/ou activités réservées ;
 - de plages horaires ou de locaux dédiés.
- Repérer les urgences sanitaires et sociales et pourvoir, directement ou à travers les partenariats, aux besoins de première nécessité, et notamment :
 - les besoins alimentaires ;
 - l'hygiène corporelle et vestimentaire ;
 - la mise à l'abri ;
 - les soins infirmiers.

⁴⁰ L'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales impose aux services et établissements de signaler certains dysfonctionnements et événements, parmi lesquels figurent : « les comportements violents de la part d'usagers, à l'égard d'autres usagers ou à l'égard de professionnels, au sein de la structure, ainsi que les manquements graves au règlement du lieu (...) d'accueil qui compromettent la prise en charge de ces personnes ou celle d'autres usagers ».

⁴¹ Sauf dans le cadre d'interventions protocolisées de supervision des gestes de préparation ou de consommation.

⁴² FÉDÉRATION ADDICTION. *Femmes et addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD*. Paris : Fédération Addiction, 2016.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Repérer les situations de violence subies par les personnes accueillies, en :
 - diffusant à travers des canaux variés (affichage, tracts, communication orale, etc.); l'information sur le caractère répréhensible des violences, sur la lutte contre les violences et sur les réseaux d'aide aux victimes (Jeunes violence écoute, Violences femmes info, etc.);
 - engageant la discussion, dans un cadre confidentiel, et en posant la question des violences en cas de suspicion.
- Le cas échéant, informer la personne victime de violence sur ses droits et sur les recours et soutiens possibles. Accompagner si nécessaire la mise en sécurité de la personne en recourant aux ressources spécialisées du territoire, comme par exemple :
 - les forces de l'ordre;
 - les services et les associations de lutte contre les violences faites aux femmes (délégué-e départemental-e aux droits des femmes et à l'égalité femme-homme, lieux d'accueil d'écoute et d'orientation, etc.);
 - les professionnels de l'accompagnement des personnes prostituées (commission départementale de lutte contre la prostitution⁴³).
- Lorsque les situations de violence concernent des personnes vulnérables qui ne peuvent ou ne veulent pas les dénoncer, co-évaluer en équipe la nécessité de signaler les faits aux autorités judiciaires ou administratives au regard :
 - de l'obligation de signalement⁴⁴;
 - de la gravité et de l'imminence du danger encouru;
 - des obligations liées à l'anonymat, à la confidentialité et au secret professionnel⁴⁵.

>>>

⁴³ La loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 (article 5) instaure, dans chaque département, une commission départementale de lutte contre la prostitution, le proxénétisme et la traite des êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle et met en place un parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle (dont les modalités sont précisées par le décret n°2016-1467 du 28 octobre 2016 relatif au parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle et à l'agrément des associations participant à son élaboration et à sa mise en œuvre)

⁴⁴ Article 434-3 du Code Pénal, « le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'agressions ou atteintes sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie, d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende. »

⁴⁵ L'article 226-13 du code pénal punit d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire ». L'article 226-14 précise que ces peines ne sont pas applicables « à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. »

L'ESSENTIEL

ACCUEIL INDIVIDUEL ET COLLECTIF

> Mettre en place les conditions d'un accueil sécurisant

- En déterminant les conditions minimales de fonctionnement.
- En promouvant le bien-être à travers l'aménagement de locaux conviviaux et contenant.
- En organisant la formation et la mise en place d'espaces d'échange et de soutien pour les professionnels du CAARUD.
- En organisant le partenariat avec les services et structures capables de répondre aux besoins de première nécessité des personnes accueillies.
- En mettant en place des protocoles d'intervention pour les situations d'urgence ou de danger
- En déterminant, après consultation des instances de participation des usagers, les règles à respecter au sein de l'accueil, les procédures et la nature des sanctions ainsi que les modalités de recours.
- En évaluant *a minima* chaque année la nécessité d'adapter les modalités d'accueil à l'évolution des personnes accueillies et de leurs usages.

> Assurer un accueil adapté aux vulnérabilités des personnes

- En proposant si nécessaire un accueil différencié permettant de faciliter l'accès des personnes connaissant une vulnérabilité ou des besoins spécifiques.
- En repérant les urgences sanitaires et sociales et en pourvoyant aux besoins de première nécessité.
- En repérant les situations de violence subies par les personnes accueillies et en les informant, le cas échéant, sur leurs droits et sur les recours et soutiens possibles.
- En signalant aux autorités judiciaires ou administratives les situations de violence concernant des personnes vulnérables.

3 INFORMATION, CONSEIL, DÉLIVRANCE DE MATÉRIEL

La consommation de drogues comporte des risques sanitaires (transmission d'infections, surdose, accidents cardio-vasculaires, etc.) liés :

- aux produits : concentration, produits de coupe, excipients pour les médicaments, potentialisation des effets dans le cadre d'une polyconsommation⁴⁶;
- aux séquences de préparation : conditions d'hygiène, filtration, produits de dilution ou de basage, etc. ;
- aux séquences de consommation : choix et désinfection du site d'injection, recherche de veine, injection par un tiers, utilisation de matériel non stérile (réutilisé ou partagé) et/ou dangereux (brûlures, blessures occasionnées par l'utilisation de pipes à crack artisanales, etc.).

Les dommages induits se manifestent principalement par les contaminations infectieuses (bactériennes, virales, fongiques), par des complications locales (réactions inflammatoires, atteinte du capital veineux, etc.), par des blessures, par des complications cardio-vasculaires ou pulmonaires ou encore par le décès. De fait, la prévalence en France de certaines pathologies infectieuses (VIH, VHB et surtout VHC) est plus élevée chez les personnes usagères de drogues que dans la population générale⁴⁷, tant chez les personnes pratiquant l'injection que chez les personnes utilisant d'autres voies d'administration⁴⁸. De la même manière, une surmortalité des personnes usagères de drogues est constatée en Europe⁴⁹ comme en France⁵⁰.

Face à ces risques et dommages, la fourniture de matériel stérile et sécurisé et la délivrance d'information et de conseils visant la promotion de pratiques à moindre risques ont constitué historiquement une réponse centrale. Ainsi, les programmes d'échange de seringues se sont avérés efficaces pour réduire les pratiques d'injection à risque⁵¹, réduire la transmission du VIH⁵² et, sous certaines conditions, du VHC⁵³ parmi les personnes injectrices. En France, la politique de réduction des risques a permis une diminution de la prévalence du VIH et, dans une moindre mesure, du VHC parmi la population usagère de drogues^{54,55}. Cependant, les contaminations infectieuses,



⁴⁶ BEN AMAR, M. *La polyconsommation de psychotropes et les principales interactions pharmacologiques associées*. Montréal : Centre québécois de lutte aux dépendances, 2007. 184 p.

⁴⁷ JAUFFRET-ROUSTIDE M, et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* : 29 novembre 2013, n°39-40.

⁴⁸ INSERM. *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. Paris : INSERM, 2010. Coll. Expertise collective.

⁴⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ECMDA), GIRAUDON, I. et al. *Mortality Among Drug Users In Europe: New And Old Challenges For Public Health*. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2015. 21 p. Coll. EMCDDA Papers.

⁵⁰ BRISACIER, A.C. Premiers résultats de l'enquête « cohorte de mortalité d'usagers de stupéfiants ». Saint-Denis : OFDT, 2015. 12 p.

⁵¹ MACARTHUR, G.J. et al. Interventions To Prevent HIV And Hepatitis C In People Who Inject Drugs: A Review Of Reviews To Assess Evidence Of Effectiveness. *The International Journal On Drug Policy* : janvier 2014, vol. 25, n°1, pp. 34-52.

⁵² ASPINALL, E.J. et al. Are Needle And Syringe Programmes Associated With A Reduction In Hiv Transmission Among People Who Inject Drugs: A Systematic Review And Meta-Analysis. *International Journal Of Epidemiology* : 2014, n°43, pp. 235-48.

⁵³ TURNER, K. M. E. et al. The Impact Of Needle And Syringe Provision And Opiate Substitution Therapy On The Incidence Of Hepatitis C Virus In Injecting Drug Users: Pooling Of UK Evidence. *Addiction*, 2011, 106: 1978-1988.

⁵⁴ JAUFFRET-ROUSTIDE et al. (2013), *op.cit.*

⁵⁵ WEILL-BARILLET, L. et al. Hepatitis C Virus And HIV Seroprevalences, Sociodemographic Characteristics, Behaviors And Access To Syringes Among Drug Users, A Comparison Of Geographical Areas In France, ANRS-Coquelicot 2011 survey. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* : septembre 2016 Sep, vol. 64, n°4, pp. 301-12.

notamment par le VHC, restent un enjeu majeur dans cette population, qui constitue le principal réservoir de transmission du VHC en France⁵⁶.

En effet, les pratiques de partage d'au moins l'un des éléments du matériel restent fréquentes, notamment parmi les personnes injectrices et parmi les personnes consommatrices de cocaïne basée⁵⁷, en particulier chez les jeunes et chez les femmes. Or, l'ensemble du matériel de préparation et de consommation est potentiellement contaminant. Des difficultés d'approvisionnement en matériel sont également rapportées par les personnes usagères de drogues et constituent un facteur associé à l'infection par le VHC en France⁵⁸. Les restrictions à la distribution de matériel neuf (quantités limitées, remise conditionnée au retour de matériel usagé, etc.) amoindrissent l'efficacité des programmes d'échanges de seringues à réduire la transmission de pathologies infectieuses parmi les personnes usagères de drogues⁵⁹.

La diversification du matériel, son accessibilité, son adaptation aux nouvelles pratiques (injection de médicaments⁶⁰, etc.) et aux nouvelles générations de consommateurs ainsi que son appropriation par les personnes usagères de drogues constituent des facteurs essentiels de la réduction des pratiques à risque. La distribution et la récupération de matériel constituent en outre un moyen privilégié d'entrer en contact avec les personnes usagères de drogues et d'échanger sur les pratiques de consommation.

Enfin, la littérature scientifique met en évidence une efficacité accrue de la distribution de matériel lorsqu'elle est combinée à d'autres interventions⁶¹ (dépistage, éducation à la santé, prescription et suivi des traitements de substitution, etc.) et lorsqu'elle associe les pairs⁶². Des interventions innovantes se sont développées ces dernières années visant à prévenir le passage à l'injection⁶³, à superviser les comportements d'injection⁶⁴ ou à proposer des alternatives à l'injection.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'accès à l'information, au conseil et au matériel en matière de réduction des risques;
- la réduction des risques liés au matériel usagé;
- l'acceptabilité du matériel par les personnes usagères de drogues;
- la réduction des pratiques à risque.

⁵⁶ DHUMEAUX, D., ANRS, CONSEIL NATIONAL DU SIDA, ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'ÉTUDE DU FOIE. *Prise en charge thérapeutique et le suivi de l'ensemble des personnes infectées par le virus de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2016*. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2016. 108 p.

⁵⁷ CADET-TAÏROU, A. SAÏD, S. MARTINEZ, M. Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012. *OFDT Tendances*: 2015, n° 98.

⁵⁸ WEILL-BARILLET et al (2016), *op.cit.*

⁵⁹ STRIKE, C. et al. (2013), *op. cit.*

⁶⁰ NOEL, L. DUBE, P.A. TREMBLAY, P.Y. GROUPE DE TRAVAIL SUR LA REVISION DU MATERIEL D'INJECTION DESTINE AUX PERSONNES UDI. *Matériel d'injection: réduire les risques chez les injecteurs de médicaments opioïdes*. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2015. 79 p.

⁶¹ HAGAN, H. POUGET, E.R. DESJARLAIS, D.C. À Systematic Review And Meta-Analysis Of Interventions To Prevent Hepatitis C Virus Infection In People Who Inject Drugs. *Journal Of Infectious Diseases*: juillet 2011, vol. 204, n°1, pp. 74-83.

⁶² MARSHALL, Z. (2015), *op. cit.*

⁶³ *Change le programme* (RESPADD, ORS Ile-de-France).

⁶⁴ *Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection-AERLI* (ANRS, INSERM, Médecins du Monde, AIDES), voir notamment: MÉDECINS DU MONDE DÉLÉGATION ILE-DE-FRANCE. *Référentiel pour les dispositifs d'éducation aux risques liés à l'injection*. Paris: MDM, 2016.

→ RECOMMANDATIONS

3.1 ORGANISER L'INTERVENTION DU CAARUD EN MATIÈRE DE DISTRIBUTION DE MATÉRIEL EN COHÉRENCE AVEC L'OFFRE EXISTANTE ET LES BESOINS REPÉRÉS SUR LE TERRITOIRE

- Établir un diagnostic partagé des besoins et des ressources du territoire en matière de distribution et de récupération du matériel de réduction des risques, en associant l'ensemble des parties prenantes et notamment :
- les personnes usagères de drogues accueillies ou rencontrées par le CAARUD ;
 - les acteurs contribuant à la distribution de matériel et à la récupération des Déchets d'activités de soins à risque infectieux⁶⁵ (DASRI) (pharmacies, associations, déchetteries, etc.) ;
 - les acteurs accueillant ou accompagnant des publics consommateurs à risque (dispositifs du secteur accueil-hébergement-insertion, etc.) ;
 - les professionnels de santé (médecine générale, CSAPA, pharmacies, etc.) ;
 - les collectivités territoriales (services sociaux, service de la voirie, dispositifs territoriaux de santé publique, de santé mentale ou de sécurité, dispositifs de la Politique de la ville, etc.) ;
 - l'Agence régionale de santé (ARS).
- Les finalités de ce diagnostic sont :
- de recenser l'existant et d'en évaluer les forces et les faiblesses ;
 - d'identifier les besoins non couverts et les acteurs susceptibles d'intervenir en relais ;
 - de définir, en fonction de ces éléments, les priorités d'intervention du CAARUD en matière de mise à disposition et de récupération du matériel de réduction des risques.
- Mettre en place un partenariat avec les acteurs impliqués visant à coordonner, consolider ou développer l'offre de matériel de réduction des risques sur le territoire d'intervention. Le partenariat peut être formalisé à travers l'établissement de conventions prévoyant, par exemple, l'implication du CAARUD dans :
- le soutien à la mise en place de programmes de distribution de matériel par les partenaires ;
 - l'approvisionnement des partenaires en matériel ;
 - la formation des partenaires (utilisation du matériel, bonnes pratiques de distribution et de collecte, pratiques à moindre risque, données probantes, etc.) ;
 - la mise en place d'interventions conjointes et/ou la mutualisation de moyens ;
 - l'achat groupé de matériel.
- Diversifier les modes de distribution du matériel pour permettre un approvisionnement facilité des personnes (accessibilité géographique, visibilité, horaires...). Proposer, à l'échelle du territoire d'intervention et en coordination avec les partenaires, une offre variée qui allie le recours à :
- des accueils fixes (CAARUD, permanences chez les partenaires, etc.) ;
 - des accueils ou dispositifs mobiles réguliers (bus, maraudes, etc.) ou ponctuels (milieu festif, etc.) ;
 - des programmes d'échange de seringues en pharmacie⁶⁶ ;
 - des distributeurs automatiques ;
 - l'organisation d'un relais par les pairs ;
 - l'envoi postal.



⁶⁵ Le site <<https://www.dasri.fr>> propose par exemple la géolocalisation des points de collecte.

⁶⁶ RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS (RESPADD). *Annuaire 2015 des Programmes d'échange de seringues en pharmacie (PESP)*. Paris : Edition RESPADD, 2015.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

3.2 FACILITER L'ACCÈS AU MATÉRIEL DE RÉDUCTION DES RISQUES, À SA RÉCUPÉRATION ET À SON APPROPRIATION PAR LES PERSONNES USAGÈRES DE DROGUES

- Diffuser l'information sur les lieux de distribution et de collecte du territoire à travers des supports diversifiés (tracts, affiches, sites internet, réseaux sociaux, etc.), en veillant à ce que les contenus soient adaptés au plus grand nombre (utilisation d'illustrations, de pictogrammes ou d'un langage facile à lire à comprendre⁶⁷ par les personnes en difficulté avec le français et l'écrit).
- Mettre en place, si le contexte le justifie, des créneaux de distribution différenciés pour faciliter l'accès de publics spécifiques potentiellement discriminés :
 - femmes ;
 - personnes consommatrices de cocaïne basée (crack, free base)⁶⁸ ;
 - personnes pratiquant le slam⁶⁹ / chemsex⁷⁰ ;
 - personnes se prostituant⁷¹ ;
 - personnes handicapées.
- Lors de la distribution, co-évaluer avec la personne ses besoins en matériel, en fonction du ou des produit(s) consommé(s). Fournir du matériel neuf selon les quantités nécessaires à une couverture à 100 % des épisodes de consommation et sans imposer de limite par personne et/ou par visite.
- Proposer à la fois des kits et du matériel à l'unité adapté à la diversité des usages.
- Repérer, soutenir et consolider les pratiques de distribution secondaire, consistant en la distribution de matériel entre pairs ou par le biais d'usagers-relais, en :
 - fournissant le matériel nécessaire aux pairs concernés ;
 - s'assurant préalablement de leur bonne connaissance de l'utilisation de chacun des éléments du matériel, de leur élimination et des messages de réduction des risques et en fournissant, à défaut, une formation/information ;
 - fournissant aux pairs concernés des supports d'information (brochures, tracts, etc.) adaptés relayant les messages de réduction des risques.

ILLUSTRATION - LE RECOURS AUX USAGERS-RELAIS

Un CAARUD a mis en place un système d'usagers-relais avec encadrement. Chaque usager relais dispose de son réseau de connaissances (usagers invisibles des dispositifs) et assure, en journée, en soirée et/ou certains jours non travaillés, un accès au matériel d'injection et une récupération du matériel souillé. Ils agissent en complémentarité de l'équipe de rue et effectuent un travail de médiation en diffusant des informations, en faisant remonter l'information sur les usages et les produits. Ce travail est valorisé par l'octroi de tickets services accordés en fonction des quantités de matériels distribués et récupérés et des participations aux réunions de bilans, de panel groupe et de formations.

⁶⁷ Des règles européennes pour une information facile à lire et à comprendre ont été définies. Pensées pour les personnes ayant un handicap intellectuel, elles peuvent bénéficier également aux personnes en difficulté avec le français ou l'écrit : http://easy-to-read.eu/wp-content/uploads/2014/12/FR_Information_for_all.pdf [consulté le 23.05.2017].

⁶⁸ REYNAUD-MAURUPT, C. *Intervention précoce et réduction des risques et des dommages : usage de cocaïne basée, crack, free-base. Guide de prévention destiné aux professionnels*. Rennes, Levens : AIRDDS Bretagne, GRVS, 2013. 82 p.

⁶⁹ FOUREUR, N. et al. *Slam. Première enquête qualitative en France*. Paris : AIDES, 2013.

⁷⁰ RÉSEAU DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS (RESPADD). *Chemsex : Livret d'information pour les professionnel(le)s et les intervenant(e)s de santé, op. cit.*

⁷¹ Décret no 2017-281 du 2 mars 2017 approuvant le référentiel national de réduction des risques en direction des personnes prostituées et complétant le code de la santé publique.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Lors de la distribution, aborder systématiquement la question de l'élimination du matériel usagé, sans conditionner la distribution de matériel neuf à la remise de matériel usagé. Fournir aux personnes des conteneurs de récupération de différentes grandeurs et des informations sur les lieux de collecte les plus accessibles et les mieux adaptés à leur milieu de vie (urbain/rural/rue/squat, etc.). Informer les personnes sur la manipulation, le stockage et l'élimination sécurisés du matériel usagé et sur les règles mises en place par le CAARUD concernant la récupération des conteneurs.
- Former l'équipe du CAARUD sur les protocoles de gestion des DASRI⁷² et de prise en charge des Accidents d'exposition au risque viral (AEV).^{73,74}
- S'assurer régulièrement de l'adéquation du matériel à l'évolution des usages et des publics :
 - en sollicitant les personnes usagères de drogue, les intervenants et les partenaires;
 - en organisant une veille sur le contexte régional et national (à travers les données issues de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) et de ses réseaux de correspondants TREND-SINTES, des réseaux d'addictovigilance, des associations d'autosupport, etc.);
 - en organisant une veille sur l'évolution du matériel de réduction des risques disponible, fiable et adapté.

3.3 FAVORISER L'ADOPTION DE STRATÉGIES DE RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES PAR LES PERSONNES USAGÈRES DE DROGUES

- Former l'équipe à une connaissance fine :
 - des risques et dommages liés aux produits consommés (opiacés, stimulants, médicaments, alcool, etc.), à leur mode d'administration (inhalation, injection, ingestion, sniff, etc.) et à leur interaction (polyconsommations, etc.);
 - du matériel de réduction des risques adapté à ces usages;
 - de l'utilisation de ce matériel.
- Mettre en place des modalités de distribution du matériel qui favorisent l'entretien individuel avec la personne pour évaluer avec elle :
 - les éventuelles difficultés rencontrées dans l'approvisionnement en matériel ou concernant son élimination;
 - les éventuelles difficultés rencontrées dans l'utilisation adéquate du matériel;
 - l'adéquation du matériel proposé par le CAARUD (préférences, adaptation, matériel manquant, etc.);
 - les risques liés à ses pratiques de consommation (nature du/des produit(s) consommé(s), mode de préparation et de consommation, contexte et environnement des consommations, gestes de consommation, utilisation du matériel, normes du groupe, etc.);
 - sa connaissance et ses besoins à propos des interventions proposées par le CAARUD en matière d'éducation aux pratiques à moindre risque et d'accès à la prévention et aux soins.
- Lors des interventions de distribution de matériel hors les murs, informer les personnes des missions du CAARUD et de l'accompagnement proposé.



⁷² DAVID, C. *Déchets infectieux. Élimination des DASRI et assimilés. Prévention et réglementation*. Paris : INRS ED 918, 2013.

⁷³ Décret n° 2013-607 du 9 juillet 2013 relatif à la protection contre les risques biologiques et Arrêté du 10 juillet 2013 relatif à la prévention des risques biologiques auxquels sont soumis certains travailleurs susceptibles d'être en contact avec des objets perforants.

⁷⁴ COREVIH Haute Normandie. *Guide de prise en charge d'un Accident d'Exposition au risque Viral (AEV)*. 2015.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

- Organiser des interventions structurées d'éducation aux pratiques à moindre risque dans une variété de formats (individuelle/collective, brève/longue, supports d'information, ateliers pratiques, éducation par les pairs, etc.) adaptés aux publics accompagnés et aux contextes d'intervention (accueil fixe ou mobile, intervention de proximité, etc.). Elles portent en particulier sur :
- l'information/la formation sur l'utilisation du matériel de réduction des risques et sur les risques liés au partage et à la réutilisation ;
 - l'information sur les effets et sur les risques liés aux produits et à la polyconsommation ;
 - la supervision⁷⁵ des gestes de préparation (dilution, basage, filtration, etc.) et de consommation, selon des protocoles d'intervention validés (*voir illustration*) ;
 - la réduction des comportements d'injection à risque, en particulier auprès des publics déclarant le plus fréquemment des pratiques à risque (les jeunes, les femmes, les migrants, les personnes ayant des troubles psychiatriques) ;
 - la prévention du passage à l'injection ;
 - la promotion des alternatives à l'injection ;
 - la réduction des risques liés aux consommations associées d'alcool ;
 - la réduction des risques liés aux consommations associées de tabac.
- Prévenir les risques sanitaires liés aux produits, à travers :
- l'organisation d'interventions concernant la prévention et la gestion des situations de surdose aux opiacés et la délivrance de naloxone (*voir repère juridique*) ;
 - la formation à la reconnaissance des signes de surdose des personnes et de leur entourage, ainsi que des professionnels travaillant dans des structures susceptibles d'accueillir des consommateurs actifs ;
 - l'organisation du recours à un dispositif d'analyse des drogues ;
 - la diffusion des alertes et la remontée d'information aux dispositifs d'addictovigilance⁷⁶.

ILLUSTRATION 1 - MISE EN PLACE UN ESPACE D'ÉCHANGES COLLECTIFS HEBDOMADAIRES

Un CAARUD a mis en place un espace d'échanges collectifs hebdomadaires autour d'un thème, d'un film, d'un nouvel outil de réduction des risques, d'un produit ou d'une modalité de consommation. Les thématiques abordées sont diverses (Ritaline®, Skénan®, pratique du tatouage ou du piercing, basage de la cocaïne, naloxone et surdose, etc.). Les échanges sont animés par des intervenants extérieurs ou par des personnes fréquentant le CAARUD elles-mêmes.

Il s'agit de favoriser une approche collective de la réduction des risques et des dommages mobilisant la notion de « groupe expert » afin de favoriser l'acquisition de connaissances communes, de valoriser les savoirs et savoir-faire des personnes et d'actualiser les connaissances des professionnels.

⁷⁵ Article L3411-8 du code de la santé publique : « La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances [psychoactives] afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation. »

⁷⁶ Les informations et les coordonnées des Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance peuvent être trouvées sur le site de l'ANSM : <<http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Pharmacodependance-Addictovigilance>> [consulté le 23.05.2017]. Depuis mars 2017, les signalements d'effets indésirables rencontrés peuvent être faits par les professionnels et les usagers directement en ligne sur la plateforme : <<https://signalement.social-sante.gouv.fr>>

→ RECOMMANDATIONS SUITE

ILLUSTRATION 2 - L'ACCOMPAGNEMENT ET L'ÉDUCATION AUX RISQUES LIÉS À L'INJECTION (AERLI)⁷⁷

Cette pratique est une intervention pédagogique et éducative auprès de personnes usagères de drogues par voie intraveineuse motivées à améliorer ou à changer leurs pratiques. Elle est centrée sur les pratiques d'injection, les risques de transmission d'infections et les dommages liés à l'injection. Elle participe à élaborer, avec la personne, des stratégies de réduction des risques adaptées à leur contexte de vie et s'inscrit dans une approche globale de la santé : orientations, accompagnement vers les dépistages, vers le soin et/ou vers l'accès aux droits sociaux. Elle participe à l'amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes usagères de drogues.

Pour chaque intervention, il est proposé :

- un entretien d'aide à la décision au cours duquel sont présentés les objectifs de la session, puis il est décidé de l'entrée ou non de la personne dans le programme après recueil de son consentement ;
- une séance initiale pendant laquelle la personne s'injecte sous le regard d'un-e intervenant-e (injection/observation) ;
- un bilan partagé, afin de revenir sur l'injection, apporter des conseils et élaborer des stratégies de Réduction des risques (RDR) ;
- un bilan général à la dernière séance pour faire une synthèse des points d'amélioration et recueillir les perceptions de la personne.

L'évaluation de cette intervention a mis en évidence un bénéfice significatif sur les pratiques à risques infectieux, sur l'état veineux et sur l'augmentation des compétences perçues.

REPÈRE JURIDIQUE

La naloxone est un médicament indiqué « dans le traitement d'urgence des surdosages aux opioïdes, connus ou suspectés, se manifestant par une dépression respiratoire et dans l'attente d'une prise en charge par une structure d'urgence, et soumis à une prescription médicale facultative »⁷⁸.

Sous condition de formation préalable par un organisme agréé, la détention, le contrôle, la gestion et la délivrance⁷⁹ de ce médicament sont assurés par les personnels salariés du CAARUD, avec le concours d'un pharmacien d'officine ou du personnel médical d'un CSAPA dans le cadre d'une convention relative à l'approvisionnement des médicaments⁸⁰. Les personnels bénévoles peuvent également assurer la délivrance des médicaments.

>>>

⁷⁷ AIDES. *Intervenir en accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection*. Contribution écrite à l'élaboration des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM.

⁷⁸ Arrêté du 5 mai 2017 fixant la liste des médicaments pouvant être dispensés dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogues.

⁷⁹ Art D.3121-33-4 du Code de la santé publique.

⁸⁰ Art D.3121-33-5 du Code de la santé publique.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

- Promouvoir la vaccination contre les hépatites A et B et les vaccins recommandés du calendrier vaccinal en :
 - orientant les personnes vers les ressources adéquates (médecin traitant, centres de vaccination, etc.);
 - organisant des séances de vaccination dans les accueils fixes et mobiles du CAARUD.
- Promouvoir, en lien avec la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), le recours aux examens périodiques de santé⁸¹. Organiser si nécessaire le transport des personnes vers un centre d'examen de santé.
- Organiser, en lien avec des structures de soins spécialisées en hépatologie, des interventions pour l'accès au conseil, à la prévention et au soin de l'hépatite C, proposant en particulier et de préférence sur site :
 - la délivrance d'informations sur le VHC, sa prévention, son dépistage et les traitements disponibles, par exemple à travers l'éducation par les pairs;
 - un dépistage régulier (annuel pour les consommateurs actifs, semestriel pour les injecteurs actifs, trimestriel pour les injecteurs de stimulants en contexte sexuel⁸²), en privilégiant les méthodes non invasives (TROD, buvard, etc.);
 - l'évaluation de la fibrose hépatique (Fibroscan®);
 - la mise en place ou l'orientation vers une consultation spécialisée (initiation, suivi du traitement, suivi post-traitement);
 - l'information sur la prévention de la recontamination.
- Organiser, en lien avec les acteurs de la prévention et du soin du VIH, des interventions pour l'accès au conseil, à la prévention et au soin du VIH, proposant en particulier et de préférence sur site :
 - la délivrance d'informations sur le VIH, sa prévention, son dépistage, les traitements disponibles, les services et ressources du territoire, par exemple à travers l'éducation par les pairs;
 - le dépistage annuel pour les usagers de drogue injecteurs et trimestriel pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes⁸³ (par exemple personnes pratiquant le slam), à travers l'organisation de séances de dépistage sur les accueils fixes et mobiles, l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) ou la délivrance le cas échéant d'autotests de dépistage);
 - la mise en place ou l'orientation vers une consultation spécialisée de prise en charge et de suivi des personnes infectées par le VIH (éducation thérapeutique du patient, dépistage des complications et comorbidités, observance du traitement antirétroviral, repérage des risques d'interactions pharmacologiques, etc.).

⁸¹ <<http://www.ameli.fr/assures/prevention-sante/l-examen-periodique-de-sante.php>> [consulté le 11/05/2017].

⁸² DHÜMEAUX, D., ANRS, CONSEIL NATIONAL DU SIDA, ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'ÉTUDE DU FOIE, *op. cit.*

⁸³ Haute autorité de santé (HAS). *Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France*. Saint-Denis : HAS, mars 2017.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE***REPÈRES JURIDIQUES****Sur les TROD et les auto tests de l'infection par les virus VIH 1 et 2**

Le Test rapide d'orientation diagnostique (TROD)⁸⁴ peut être utilisé dans un cadre préventif par des personnels (médicaux ou non médicaux ; salariés ou bénévoles) de structures impliquées dans la prévention sanitaire ou la réduction des risques et des dommages, sous condition de délivrance, par l'ARS, d'une autorisation complémentaire et sous condition de formation préalable des intervenants concernés (selon des modalités précisées par arrêté). L'utilisation d'un TROD doit s'accompagner⁸⁵ :

- d'un conseil pré-test permettant d'anticiper avec la personne un éventuel résultat positif,
- d'une discussion après la remise du résultat écrit,
- d'une orientation vers un accompagnement médical et psychosocial en cas de résultats positifs.

L'autotest de dépistage de l'infection à VIH⁸⁶ est un outil supplémentaire de dépistage du VIH, pouvant être délivré par des personnels médicaux ou non médicaux exerçant ou intervenant dans les établissements, organismes et centres mentionnés à l'article L.3121-2-2 du code de la santé publique, s'ils ont suivi une formation préalable à l'utilisation des TROD de l'infection par les VIH 1 et 2. La délivrance d'autotests doit s'accompagner d'un premier entretien individuel (dans les locaux, sur les lieux d'intervention, par téléphone ou discussion en ligne) portant notamment sur ses conditions de réalisation et ses conséquences et sur les conditions de prise en charge, en fonction des résultats de l'autotest.

- Organiser, en lien avec les acteurs du soin addictologique, des interventions pour l'accès à l'information, au conseil et au soin, proposant notamment et de préférence sur site :
- l'information sur les traitements, sur l'organisation des services de soin spécialisé et leurs modalités d'accès, par exemple à travers l'éducation par les pairs ;
 - l'évaluation, à l'aide d'outils validés auto- ou hétéro-administrés, de la dépendance aux substances psychoactives licites et illicites consommées⁸⁷ ;
 - l'intervention de type motivationnel par du personnel formé pour soutenir la motivation au changement voulue par les personnes ;
 - les stratégies de réduction des risques et des dommages liés aux consommations associées d'alcool (accompagnement au sevrage, à la réduction des consommations ou à la consommation à moindre risque) et de tabac (accompagnement au sevrage, substitution, alternatives à la voie fumée).

>>>

⁸⁴ Arrêté du 1^{er} août 2016 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) en milieu médico-social ou associatif.

⁸⁵ MORLAT, P *et al.* *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'expert*. Paris: La Documentation française, 2013.

⁸⁶ Arrêté du 18 août 2016 fixant les conditions particulières de délivrance de l'autotest de détection de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH1 et 2) et les modalités d'information et d'accompagnement de la personne en application de l'article L.3121-2-2 du code de la santé publique

⁸⁷ Des échelles, questionnaires ou tests validés scientifiquement pour repérer les usages nocifs et/ou évaluer la dépendance aux drogues (échelle DAST), au cannabis (questionnaire CAST), à l'alcool (questionnaire AUDIT), au tabac (test de Fagerström...) ou aux benzodiazépines (échelle ECAB) peuvent être trouvés sur les sites internet de l'OFDT <<http://www.ofdt.fr/aide-aux-acteurs/reperage-precoc>>, d'AddictAide <<https://www.addictaide.fr/les-parcours-evaluation>> ou du portail intervenir-addictions <<https://intervenir-addictions.fr/les-outils-supports>>.

L'ESSENTIEL

INFORMATION, CONSEIL, DÉLIVRANCE DE MATÉRIEL

> Organiser l'intervention du caarud en matière de distribution de matériel en cohérence avec l'offre existante et les besoins repérés sur le territoire

- En établissant un diagnostic partagé des besoins et des ressources du territoire en matière de distribution et de récupération du matériel de réduction des risques.
- En mettant en place un partenariat avec les acteurs impliqués afin de coordonner, de consolider ou de développer l'offre de matériel de réduction des risques sur le territoire d'intervention.
- En diversifiant les modes de distribution du matériel, pour permettre un approvisionnement facilité des personnes (accessibilité géographique, visibilité, horaires, etc.).

> Faciliter l'accès au matériel de réduction des risques, à sa récupération et à son appropriation par les personnes usagères de drogues

- En diffusant l'information sur les lieux de distribution et de collecte du territoire à travers des supports diversifiés et adaptés au plus grand nombre.
- En mettant en place, le cas échéant, des créneaux de distribution différenciés pour faciliter l'accès de publics spécifiques potentiellement discriminés.
- En co-évaluant avec la personne, lors de la distribution, ses besoins en matériel et en fournissant du matériel neuf selon les quantités nécessaires à une couverture à 100 % des épisodes de consommation, sans imposer de limite par personne et/ou par visite.
- En proposant à la fois des kits et du matériel à l'unité adapté à la diversité des usages.
- En repérant, soutenant et consolidant les pratiques de distribution entre pairs ou par le biais d'usagers-relais.
- En abordant systématiquement, lors de la distribution, la question de l'élimination du matériel usagé et en fournissant aux personnes des conteneurs de récupération et des informations sur les lieux de collecte et sur la manipulation, le stockage et l'élimination sécurisés du matériel usagé.
- En formant l'équipe du CAARUD sur les protocoles de gestion des déchets d'activités de soins à risque infectieux et de prise en charge des accidents d'exposition au risque viral.
- En s'assurant régulièrement de l'adéquation du matériel à l'évolution des usages et des publics.

> Favoriser l'adoption de stratégies de réduction des risques et des dommages par les personnes usagères de drogues

- En formant l'équipe à une connaissance fine des risques et dommages liés aux produits consommés, à leur mode d'administration et à leur interaction ainsi qu'à l'utilisation du matériel de réduction des risques.
- En mettant en place des modalités de distribution du matériel qui favorisent l'entretien individuel avec la personne pour évaluer avec elle les risques et dommages liés à ses pratiques et les moyens de les réduire.
- En organisant des interventions structurées d'éducation aux pratiques à moindre risque.
- En prévenant les risques sanitaires liés aux produits, à travers la délivrance de naloxone, l'organisation du recours à un dispositif d'analyse des drogues et la diffusion des alertes et la remontée d'information aux dispositifs d'addictovigilance.
- En promouvant la vaccination contre les hépatites A et B et les vaccins recommandés du calendrier vaccinal.
- En organisant des interventions pour l'accès au conseil, à la prévention et au soin de l'hépatite C et du VIH.
- En organisant des interventions pour l'accès à l'information, au conseil et au soin en addictologie.

4 ACCOMPAGNEMENT ET ORIENTATION VERS LE SOIN ET L'INCLUSION SOCIALE

Les recommandations de cette partie concernent l'accompagnement des personnes dans une démarche vers le soin et vers l'inclusion sociale. Cet accompagnement intervient lorsque le lien a été créé et se déroule selon un rythme adapté aux capacités et à la temporalité de la personne. Il concerne les démarches voulues par elle et recouvre tous les domaines contribuant à son mieux-être, selon ses priorités. Il vise en particulier à « améliorer [son] état de santé physique et psychique et [son] insertion sociale », à travers l'orientation « vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à [sa] situation spécifique⁸⁸ ».

L'orientation proposée par le CAARUD, se réalise à travers :

- l'identification des acteurs-ressources du territoire et leur sensibilisation aux spécificités de l'accueil et de l'accompagnement des personnes usagères de drogues ;
- le soutien de la personne dans la formulation de sa demande ;
- le soutien dans l'entrée en contact avec les services de soin ou sociaux concernés ;
- le suivi de l'orientation.

4.1 ACCOMPAGNEMENT VERS LA SANTÉ

Les personnes usagères de drogues encourent des risques et des dommages sanitaires liés à la fois à l'usage de substances psychoactives (accidents, overdoses, infections liées aux pratiques de consommation, pathologies liées aux consommations, etc.) et à l'impact des inégalités sociales de santé en lien avec leurs conditions d'existence (revenus, logement, accès aux droits, aux soins et à la prévention, etc.). En outre, la prévalence des troubles psychiatriques, qui constituent un facteur aggravant des comportements à risques, est particulièrement élevée parmi cette population⁸⁹. Ces risques et dommages sanitaires se traduisent par un état de santé physique et mentale moins bon que celui de la population générale⁹⁰ et par une surmortalité prématurée évitable⁹¹.

Les personnes usagères de drogues rencontrent fréquemment des obstacles dans leur parcours de santé, qui tiennent⁹² :

- à l'absence de couverture maladie ;
- à une méconnaissance du système de santé, des ressources et des traitements ainsi qu'à des expériences ou des représentations défavorables ;
- à la faible motivation au soin et/ou à une adhésion thérapeutique ;
- à l'accessibilité des lieux de soins (moyen de transport, horaires, procédures, etc.) ;



⁸⁸ Article L.3411-7 du Code de la santé publique

⁸⁹ INSERM. Comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues (chapitre 4). In *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. op. cit. pp. 57-64.

⁹⁰ BRISACIER, A.C. op. cit.

⁹¹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ECMDA), GIRAUDON, I. et al. (2015) op. cit.

⁹² STRIKE, C. et al. *Recommandations de pratiques exemplaires pour les programmes canadiens de réduction des méfaits auprès des personnes qui consomment des drogues et qui sont à risque pour le VIH, le VHC et d'autres méfaits pour la santé - Partie 2*. Toronto, ON : Groupe de travail sur les pratiques exemplaires pour les programmes de réduction des méfaits au Canada, 2015. 162 p.

- aux représentations que se fait le personnel soignant des personnes usagères de drogues, pouvant conduire à la stigmatisation, au refus de soin ou au retard dans la prescription ou la délivrance d'un traitement⁹³, au conditionnement d'une prise en charge à l'arrêt des consommations, etc. L'accompagnement vers la santé des personnes usagères de drogues passe donc par la promotion de l'accès au soin et de sa continuité. Les données probantes révèlent que leur recours aux soins peut être renforcé à travers :
 - le développement de liens resserrés entre accueils de première ligne et lieux de soin⁹⁴, à travers, par exemple, l'organisation d'interventions communes et combinées dans les lieux de rencontre avec les personnes usagères de drogues ;
 - le recours à des approches de type motivationnel⁹⁵ ;
 - l'intervention par les pairs⁹⁶.

Le rôle des CAARUD consiste à accompagner la démarche voulue par la personne, à évaluer avec elle son besoin et à l'orienter au sein d'un réseau partenarial sensibilisé à l'accueil de ce public ainsi qu'à suivre cette orientation.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'amélioration du parcours de santé de la personne et des contacts avec le système de santé ;
- le renforcement des connaissances, des compétences et de la motivation de la personne pour agir sur sa santé ;
- la promotion et le respect des droits de la personne en tant qu'usagère du système de santé.

→ RECOMMANDATIONS

4.1.1 Inscrire le CAARUD dans un réseau d'acteurs de santé sensibilisés à l'accompagnement des personnes usagères de drogues

- Repérer les ressources en santé existant sur le territoire, et en particulier :
- les acteurs du soin généraliste et du soin bucco-dentaire (centres et maisons de santé, libéraux et notamment ceux pratiquant le tiers payant, Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), etc.) ;
 - les acteurs du soin spécialisé : addictologie (CSAPA, services hospitaliers, réseaux de santé et microstructures addictions, ELSA, etc.), hépatologie, psychiatrie (CMP, équipes mobiles psychiatrie précarité, PASS psychiatriques, etc.), gynécologie, infectiologie, ORL, pneumologie, etc. ;
 - les pharmacies d'officine⁹⁷ ;

⁹³ Observatoire du droit des usagers. *Rapport annuel 2015*. Paris : ASUD, 2015.

⁹⁴ KIDORF, M. KING, V.L. Expanding The Public Health Benefits Of Syringe Exchange Programs. *Canadian Journal Of Psychiatry* : 2008, vol. 53, n°8, pp. 487-495.

⁹⁵ BRUGGMANN, P. Accessing Hepatitis C Patients Who Are Difficult To Reach: It Is Time To Overcome Barriers. *Journal Of Viral Hepatitis* : 2012, vol. 19, n°12, pp.829-835.

⁹⁶ STRIKE et al (2015), *op. cit.*

⁹⁷ Le repérage des professionnels de santé peut se faire à l'aide de l'annuaire en ligne de l'Assurance Maladie <<http://annuaire.sante.ameli.fr/>>

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- les acteurs spécialisés en psychotraumatologie/victimologie⁹⁸ ;
 - les acteurs de la prévention et du soin du VIH (COREVIH, etc.) ;
 - les unités sanitaires en établissements pénitentiaires ;
 - les acteurs de la prévention et de la promotion de la santé (centres de vaccination, centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic⁹⁹, centres de protection maternelle et infantile¹⁰⁰, centres de planification et d'éducation familiale, établissements d'information, de consultation et de conseil familial¹⁰¹, etc.) ;
 - les services de l'Assurance maladie (service prévention, service social, centres d'examens de santé) ;
 - es dispositifs locaux de santé portés par les collectivités territoriales : contrats locaux de santé, ateliers santé ville, conseils locaux de santé mentale¹⁰², etc. ;
 - les associations d'auto-support, d'entraide ou de patients.
- Créer ou entretenir les liens et la connaissance mutuelle avec les acteurs de santé repérés, par exemple en :
- participant aux réunions ou dispositifs partenariaux identifiés (rencontres, journées d'échange, coordinations territoriales, commissions, groupes de travail, réunions de réseau, etc.) ;
 - organisant des rencontres entre équipes et/ou des visites croisées de structures pouvant associer les personnes accompagnées ;
 - associant les partenaires à l'élaboration et à l'évaluation des actions et du projet d'établissement du CAARUD.
- Fixer les modes de collaboration avec les acteurs repérés pour faciliter l'accès à la santé et la continuité des soins des personnes orientées par le CAARUD, en formalisant notamment (dans le respect des règles inhérentes au secret professionnel et du droit à l'anonymat) les modalités :
- **de sollicitation/d'interpellation entre partenaires**, par exemple à travers la désignation d'un référent dans la structure, l'élaboration des modalités de prise de contact, etc. ;
 - **d'orientation des personnes**, par exemple à travers la mise en place de créneaux dédiés, la possibilité d'accompagner le premier rendez-vous si la personne le souhaite, le suivi de l'accès effectif de la personne à la structure, etc. ;
 - **de suivi des accompagnements conjoints**, par exemple à travers la fixation de règles concernant le partage d'information, le respect des droits des personnes, l'organisation de réunions de suivi/de synthèse, etc.

Un partenariat privilégié avec les acteurs du soin addictologique (CSAPA, services hospitaliers, etc.) est primordial pour favoriser la motivation, le recours et la continuité des soins des personnes orientées par le CAARUD. La mise en place de ce partenariat peut nécessiter une clarification des conceptions et des missions de chacun en matière de réduction des risques et des dommages et de la place de l'abstinence dans les stratégies d'accompagnement.



⁹⁸ Un annuaire des associations d'aide aux victimes est disponible en ligne : <<http://www.annuaires.justice.gouv.fr/annuaires-12162/annuaire-des-associations-daide-aux-victimes-21769.html>> [consulté le 07/06/2017]

⁹⁹ Un annuaire des CeGIDD est disponible en ligne : <<https://www.sida-info-service.org/?-DEPISTAGE-VIH-sida>> [consulté le 07/06/2017].

¹⁰⁰ Voir le portail d'information dédié : <<http://allopmi.fr>> [consulté le 07/06/2017].

¹⁰¹ Un annuaire des CPEF et des centres d'information de conseil et de conseil familial est disponible en ligne aux adresses suivantes : <<https://ivg.social-sante.gouv.fr/les-centres-de-planification.html>> et <<https://ivg.social-sante.gouv.fr/les-etablissements-d-information-et-de-consultation.html>> [consulté le 07/06/2017].

¹⁰² Le repérage peut se faire en interrogeant les Agences régionales de santé concernant les dispositifs et projets qu'elles co-financent (établissements et services médico-sociaux, réseaux de santé, dispositifs locaux de santé...)

→ RECOMMANDATIONS SUITE

- Repérer ou à défaut organiser des espaces partenariaux de co-évaluation et d'accompagnement des situations complexes. Définir, en lien avec l'Agence régionale de santé, les modalités et cas de sollicitation par le CAARUD de la plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours de santé complexes¹⁰³.
- Renforcer les connaissances et les compétences des partenaires concernant les spécificités de l'accueil et de l'accompagnement des personnes usagères de drogues, à travers :
 - l'organisation de modules de sensibilisation ou de formation ;
 - l'appui du CAARUD aux partenaires confrontés à des questionnements ou à des difficultés liés à l'usage de substances psychoactives parmi les personnes qu'ils accompagnent.

4.1.2 Accompagner et orienter la personne dans son parcours de santé

- Co-évaluer avec la personne ses besoins d'accompagnement en santé. En fonction de sa demande, l'évaluation peut porter sur :
 - la validité de ses droits (couverture maladie, complémentaire) ;
 - son état de santé physique et psychique ;
 - les éventuels traitements en cours ;
 - les besoins liés à des situations spécifiques (grossesse, handicap, maladie chronique, etc.) ;
 - les éventuelles mesures d'injonction ou d'obligation de soins dont elle fait l'objet ;
 - les situations de violence vécues (en tant que victime ou en tant que témoin) ;
 - les éventuelles difficultés ou incompréhensions rencontrées dans les structures fréquentées (avec les professionnels de santé et/ou d'accueil) : discrimination, refus de soin, refus de prescription, etc. en particulier pour les personnes ayant des troubles psychiatriques.
- Repérer les signes de souffrance psychique, par exemple à l'aide d'outils validés¹⁰⁴, et accompagner, le cas échéant, la personne vers des structures partenaires de soin et d'accompagnement en santé mentale.
- Identifier avec la personne, s'ils existent, les professionnels impliqués dans son accompagnement (médecin traitant, prescripteur d'un traitement de substitution, soignants et travailleurs sociaux des services de santé, etc.).
- Co-élaborer avec la personne son projet d'accompagnement par le CAARUD, en définissant des étapes réalisables en vue de son orientation. Il peut par exemple porter sur :
 - l'activation ou la réactivation des droits de santé ;
 - la recherche de conseil ou d'information ;
 - l'initiation ou la reprise d'un parcours de santé ;
 - le soutien à la motivation au soin.

¹⁰³ « L'Agence régionale de santé peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes » (Article L6327-2 du code de la santé publique)
 « Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux » (Article L6327-1 du code de la santé publique).

¹⁰⁴ Les échelles K6 ou K10 de Kessler ou le Patient Health Questionnaire (PHQ_9) peuvent notamment être utilisées. Voir: HIDES, L. et al. Reliability And Validity Of The Kessler 10 And Patient Health Questionnaire Among Injecting Drug Users. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry* : 2007, vol. 41, n°2.S

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Assurer l'orientation de la personne vers les professionnels repérés ou vers les acteurs de santé partenaires du CAARUD. Accompagner, le cas échéant, l'accès de la personne aux services et les premiers contacts (repérage, moyen de transport, titre de transport, accompagnement physique, etc.).
- Assurer le suivi de l'orientation auprès de la personne et du professionnel ou service concerné, en :
 - recueillant des informations sur la mise en place ou non d'une démarche ou d'un suivi ;
 - s'assurant de l'adhésion de la personne à l'accompagnement proposé et en proposant de faire médiation, le cas échéant et avec son accord.
- Signaler les cas de refus de soins¹⁰⁵ (ou de refus de délivrance de traitements) illicites subis par les personnes usagères de drogues, auprès :
 - du directeur ou du conciliateur de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ;
 - des ordres professionnels concernés (ordre des médecins, ordre des pharmaciens, etc.) ;
 - du Défenseur des droits¹⁰⁶.



¹⁰⁵ Se reporter par exemple à la fiche-action « Lutter contre les refus de soins des professionnels de santé » du guide Accompagnement santé de la FNARS :

http://www.federationsolidarite.org/images/stories/2_les_actions/sante/accompagnement_sante/Fiches_guide_accompagnement_sante/GuideAccompagnementSant%C3%A9_Fiche_RefusSoins.pdf

¹⁰⁶ Des modèles de courriers sont proposés par le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) :

http://www.leciss.org/sites/default/files/8bis_Accompagnement%20CMUC-AMÉ-fiche-CISS_0.pdf

L'ESSENTIEL

ACCOMPAGNEMENT VERS LA SANTÉ

> Inscrire le caarud dans un réseau d'acteurs de santé sensibilisés à l'accompagnement des personnes usagères de drogues

- En repérant les ressources en santé existant sur le territoire et en fixant des modes de collaboration avec les acteurs repérés pour faciliter l'accès à la santé et la continuité des soins des personnes orientées par le CAARUD.
- En repérant les espaces partenariaux et les dispositifs de co-évaluation et d'accompagnement des situations complexes.
- En renforçant les connaissances et les compétences des partenaires concernant les spécificités de l'accueil et de l'accompagnement des personnes usagères de drogues.

> Accompagner et orienter la personne dans son parcours de santé

- En co-évaluant, avec la personne, ses besoins d'accompagnement en santé et en identifiant, s'ils existent, les professionnels impliqués dans son accompagnement.
- En repérant les signes de souffrance psychique et en accompagnant, le cas échéant, la personne vers des structures partenaires de soin et d'accompagnement en santé mentale.
- En co-élaborant avec la personne son projet d'accompagnement par le CAARUD, en définissant des étapes réalisables en vue de son orientation.
- En assurant l'orientation et, le cas échéant, l'accompagnement de la personne vers les professionnels repérés ou vers les acteurs de santé partenaires du CAARUD.
- En assurant le suivi de l'orientation auprès de la personne et du professionnel ou service concerné.
- En signalant les cas de refus de soins (ou de refus de délivrance de traitements) illicites subis par les personnes usagères de drogues.

4.2 ACCOMPAGNEMENT VERS LE LOGEMENT

Près de la moitié des personnes accueillies par les CAARUD ne dispose pas de logement durable¹⁰⁷. Or, l'itinérance et l'instabilité dans le logement sont associées à un risque accru de décès, de suicide, d'engagement dans des pratiques à risque et d'infection par le VIH et le VHC¹⁰⁸.

L'accès à un logement permet de réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux, et en particulier :

- de réduire les hospitalisations et les admissions aux urgences^{109,110},
- d'améliorer la qualité de vie et l'état de santé des personnes^{111,112},
- de favoriser l'implication des personnes dans l'accompagnement¹¹³,
- de réduire les conduites addictives¹¹⁴.

L'expérimentation, à travers le monde¹¹⁵ et en France¹¹⁶, des approches visant à proposer d'emblée l'accès à un logement (telles que « housing first », « pathways to housing » ou « logement d'abord ») s'est avérée davantage efficace pour l'accès et le maintien dans le logement des sous-groupes de participants présentant les troubles psychiatriques les plus graves et les niveaux de consommations de substances psychoactives les plus élevés.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'accès et le maintien de la personne dans l'hébergement et le logement;
- l'amélioration de la qualité de vie de la personne;
- le soutien aux acteurs de l'habitat dans l'accompagnement des personnes usagères de drogues.

→ RECOMMANDATIONS

4.2.1 Repérer les ressources et agir sur l'environnement

→ Identifier les ressources et les dispositifs d'hébergement et de logement existant sur le territoire d'implantation du CAARUD ainsi que les circuits et les modalités d'admission concernant :

- les aides financières au logement;
- le logement à loyer modéré;
- les services d'accompagnement social ou médico-social à l'accès au logement;

»»»

¹⁰⁷ CADET-TAÏROU, A. SAÏD, S. MARTINEZ, M. (2015), *op. cit.*

¹⁰⁸ STRIKE *et al.* (2015), *op. cit.*

¹⁰⁹ GILMER, T.P. *et al.* Effect Of Full-Service Partnerships On Homelessness, Use And Costs Of Mental Health Services, And Quality Of Life Among Adults With Serious Mental Illness. *Archives Of General Psychiatry*: 2010, vol. 67, n°6, pp. 645-652.

¹¹⁰ KYLE, T. DUNN, J.R. Effects Of Housing Circumstances On Health, Quality Of Life And Healthcare Use For People With Severe Mental Illness: A Review. *Health and Social Care in the Community*: 2008, vol. 16, n°1, pp. 1-15.

¹¹¹ MARTINEZ, T.E. BURT, M.R. Impact Of Permanent Supportive Housing On The Use Of Acute Care Health Services By Homeless Adults. *Psychiatric Services*: 2006, vol. 57, n°7, pp. 992-999.

¹¹² CLARK, C. RICH, A.R. Outcomes Of Homeless Adults With Mental Illness In A Housing Program And In Case Management Only. *Psychiatric Services*: 2003, vol. 54, n°1, pp. 78-83.

¹¹³ HENWOOD, B.F. *et al.* Examining Provider Perspectives Within Housing First And Traditional Programs. *American Journal Of Psychiatric Rehabilitation*: 2013, vol. 16, n°4, pp. 262-274.

¹¹⁴ PADGETT, D.K. *et al.* A Substance Use Outcomes Among Homeless Clients With Serious Mental Illness: Comparing Housing First With Treatment First Programs. *Community Mental Health Journal*: 2011, vol. 47, n°2, pp. 227-232.

¹¹⁵ BEAUDOIN, I. Efficacité de l'approche « logement d'abord » : une revue systématique. *Drogues, Santé et Société*: 2016, vol. 14, n°2, pp. 1-27.

¹¹⁶ TINLAND, A. *et al.* Evaluation Of The Housing First Program In Patients With Severe Mental Disorders In France: Study Protocol For A Randomized Controlled Trial. *Trials*: 2013, vol. 14, pp. 309.

→ RECOMMANDATIONS SUITE

- l'hébergement et le logement adapté ou accompagné au titre de l'inclusion sociale;
 - l'hébergement et le logement médico-social pour des personnes présentant des difficultés spécifiques (appartements de coordination thérapeutique, lits halte soin santé¹¹⁷, lits d'accompagnement médicalisés);
 - les dispositifs de soin résidentiel (centres thérapeutiques résidentiels, appartements thérapeutiques, communautés thérapeutiques, familles d'accueil, etc.);
 - l'hébergement et le logement en lien avec l'avancée en âge.
- Proposer aux acteurs du logement et de l'hébergement le soutien du CAARUD dans l'élaboration de dispositifs ou de procédures visant à favoriser le maintien dans le logement des personnes consommatrices de substances psychoactives. Ce soutien peut prendre la forme, par exemple :
- de formation/sensibilisation des équipes sur des thématiques liées à l'accueil et à l'accompagnement des personnes consommatrices de substances psychoactives;
 - de mise en place d'interventions de réduction des risques dans les établissements;
 - d'accompagnement, le cas échéant, de la réflexion de l'établissement sur la gestion des consommations.
- Repérer ou développer les dispositifs permettant l'accès direct à un logement pérenne sans condition de soin ou de réduction des consommations (intermédiation locative, dispositifs du type « logement d'abord », etc.).

Repère sur les appartements de coordination thérapeutique comportant un logement accompagné « un chez soi d'abord »¹¹⁸

Les appartements de coordination thérapeutique « Un chez soi d'abord » ont « pour objet exclusif de permettre à des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères :

- d'accéder sans délai, suite à leur intégration dans le dispositif, à un logement en location ou en sous-location et de s'y maintenir;
- de développer leur accès aux droits et à des soins efficaces, leur autonomie et leur intégration sociale¹¹⁹ ».

« Un chez soi d'abord » s'appuie sur :

- l'approche du « Housing First » qui défend l'efficacité d'un accès direct à un logement indépendant de personnes durablement sans abri et vivant avec des troubles psychiatriques sévères, sans condition de traitement ni de démarche d'abstinence quant aux substances psychoactives et bénéficiant d'un accompagnement intensif médical et social;
- le concept du « rétablissement »¹²⁰, issu d'un mouvement associatif d'usagers atteints de maladie mentale et de leur famille, qui reconnaît l'intérêt des expériences des personnes et leur capacité à s'intégrer dans la communauté, à se gérer soi-même, à développer des activités sociales, à se redéfinir et à reconstruire un sens de soi;
- la réduction des risques et des dommages.

>>>

¹¹⁷ Les Lits Haltes Soins Santé ont été créés par la Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 relative au financement de la Sécurité Sociale pour 2006 (article 50). Deux décrets et la circulaire N°DGAS/SD1A/2006/47 du 7 février 2006 ont par la suite précisé les modalités d'organisation et de financement du dispositif. 1296 LHSS sont actuellement financés.

¹¹⁸ Art 312-1 9° du CASF

¹¹⁹ Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ».

¹²⁰ GREACEN, T. JOUET E. Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA. *L'Information psychiatrique* : 2013, n° 89, pp.359-64.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

La prise en charge s'effectue sur orientation¹²¹ :

- d'une Équipe mobile de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité (EMPP) ou d'une Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)¹²² ;
- d'un Service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire (SMPR)¹²³ ;
- d'un CSAPA, d'un CAARUD ou d'une structure participant au dispositif de veille sociale prévu à l'article L.345-2 du CASF, sous réserve de l'avis conforme d'un médecin psychiatre.

- Se rapprocher des services de l'État (ARS, Service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO), Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS)), afin de faire part des difficultés spécifiques des personnes accompagnées par le CAARUD dans l'accès à l'hébergement et au logement.
- Formaliser une convention avec le SIAO afin de fluidifier les parcours d'accès à l'hébergement et au logement des personnes accompagnées par le CAARUD¹²⁴.

4.2.2 Soutenir l'accès et le maintien dans le logement de la personne

- Établir avec la personne un état des lieux de sa situation en matière d'habitat et des droits ouverts en matière d'accès à l'hébergement et au logement (en datant l'ouverture des droits et en identifiant le partenaire ayant aidé à l'ouverture des droits) :
 - Évaluation SIAO (une évaluation SIAO doit être réactualisée régulièrement) ;
 - Droit à l'hébergement opposable (DAHO)/Droit au logement opposable (DALO) ;
 - Demande de logement social (auprès de la municipalité de résidence, du 1 % patronal, etc.) ;
 - Orientation Maison départementales des personnes handicapées (MDPH).
- Repérer, le cas échéant, les risques de rupture d'hébergement ou de logement si la personne évoque une hospitalisation programmée, un séjour en centre thérapeutique résidentiel ou une situation de surendettement.
- Informer la personne sans chez soi ou en instabilité dans le logement des différents dispositifs d'hébergement et de logement existants et assurer son orientation vers les professionnels ou services concernés.
- Soutenir, le cas échéant, la personne (et, avec son accord, les partenaires participant à son accompagnement) dans la résolution des difficultés pouvant affecter son maintien dans le logement (ressources, difficultés relationnelles, aide à l'observance thérapeutique, gestion des consommations, etc.).



¹²¹ Décret n°2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appariements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ».

¹²² 2^e alinéa de l'article L.3221-4 du Code de la santé publique.

¹²³ Art R.3221-5 du Code de la santé publique.

¹²⁴ Article L345-2-6 du CASF : « Pour l'exercice de ses missions, le service intégré d'accueil et d'orientation peut passer des conventions avec : 11° Les agences régionales de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux ».

L'ESSENTIEL

ACCOMPAGNEMENT VERS LE LOGEMENT

> Repérer les ressources et agir sur l'environnement

- En identifiant les ressources et les dispositifs d'hébergement et de logement existant sur le territoire d'implantation du CAARUD ainsi que les circuits et les modalités d'admission.
- En proposant aux acteurs du logement et de l'hébergement le soutien du CAARUD dans l'élaboration de dispositifs ou de procédures visant à favoriser le maintien dans le logement des personnes usagères de drogues.
- En repérant ou en développant les dispositifs permettant l'accès direct à un logement pérenne sans condition de soin ou de réduction des consommations.
- En formalisant une convention avec le Service intégré d'accueil et d'orientation afin de fluidifier les parcours d'accès à l'hébergement et au logement des personnes accompagnées par le CAARUD.

> Soutenir l'accès et le maintien dans le logement de la personne

- En établissant avec la personne un état des lieux des droits ouverts et de sa situation en matière d'habitat.
- En repérant, le cas échéant, les risques de rupture d'hébergement ou de logement.
- En informant la personne sans chez soi ou en instabilité dans le logement des différents dispositifs d'hébergement et de logement existants et en assurant son orientation vers les professionnels ou services concernés.
- En soutenant la personne (et, avec son accord, les partenaires participant à son accompagnement) dans la résolution des difficultés pouvant affecter son maintien dans le logement.

4.3 ACCOMPAGNEMENT VERS L'EMPLOI

L'emploi constitue un levier majeur de réduction des risques et des dommages sociaux pour les personnes usagères de drogues. Il permet la consolidation ou l'accroissement des ressources financières. Il est un facteur de reconnaissance sociale et d'autonomie. Il constitue, enfin, un levier d'entrée ou de stabilisation dans le soin¹²⁵.

Néanmoins, il existe de nombreux freins à l'accès ou au maintien dans l'emploi des personnes usagères de drogues, tels que^{126,127} :

- le contexte économique et la situation sur le marché du travail ;
- l'impact des consommations sur le parcours d'insertion ou sur l'emploi (retards, absentéisme, consommations sur le lieu de travail, etc.) ;
- les représentations des employeurs, des professionnels de l'accompagnement et des personnes elles-mêmes sur leur employabilité ;
- l'accès effectif aux dispositifs d'insertion socioprofessionnelle.

En outre, les démarches de recherche d'emploi ou les conditions de travail peuvent être source de tension ou de stress et avoir un retentissement sur les consommations de substances psychoactives. L'entrée en emploi constitue, à cet égard, une période particulièrement sensible.

L'accompagnement, dans une démarche de réduction des risques et des dommages, peut intervenir à toutes les étapes du parcours professionnel :

- émergence d'un projet professionnel^{128,129} ;
- accès à la formation¹³⁰ ;
- accès, retour ou maintien dans l'emploi¹³¹.

L'intervention du CAARUD consiste à accompagner et orienter la personne vers les acteurs de l'insertion socioprofessionnelle et à prévenir ou réduire, le cas échéant, l'impact des consommations sur la démarche vers l'emploi et/ou l'impact de la démarche sur les consommations.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'émergence d'un projet professionnel voulu par la personne ;
- l'employabilité, l'accès et le maintien de la personne dans l'emploi ;
- l'amélioration de la situation sociale et de l'estime de soi de la personne ;
- le soutien aux acteurs de l'emploi dans l'accompagnement des personnes usagères de drogues.

¹²⁵ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ECMDA), SUMNALL, H. BROTHERHOOD, A. *Social Reintegration And Employment: Evidence And Interventions For Drug Users In Treatment*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012. 208 p. Coll. EMCDDA Insights, n°13.

¹²⁶ CALDERON, C. LAGOMANZINI, P. MAGUET, O. MENNERET, F. DROGUES ET SOCIÉTÉ, CIRDD RHÔNE-ALPES, CCMO CONSEIL. *Insertion sociale et par l'emploi des usagers de drogues. Recommandations pour un accompagnement individuel et collectif*. Lyon: CIRDD Rhône-Alpes, 2011. 66 p.

¹²⁷ MAGUET O. CALDERON C. *Insertion par l'emploi des usagers de drogues – Territoires en réseaux*. Commission européenne. Bruxelles: Commission européenne/FSE, 2009. 56p.

¹²⁸ MAGURA, S. *et al.* An Innovative Job Placement Model For Unemployed Methadone Patients: A Randomized Clinical Trial. *Substance Use and Misuse*: 2007, vol. 42, n°5, pp. 811-828.

¹²⁹ KIDORF, M., NEUFELD, K., BROONER, R.K. Combining Stepped-Care Approaches With Behavioral Reinforcement To Motivate Employment In Opioid-Dependent Outpatients. *Substance Use and Misuse*: 2004, vol. 39, n°13-14, pp. 2215-2238.

¹³⁰ SCHOTTENFELD, R.S. PASCALE, R. SOKOLOWSKI, S. Matching Services To Needs. Vocational Services For Substance Abusers. *Journal Of Substance Abuse Treatment*: 1992, vol. 9, n°1, pp. 3-8.

¹³¹ PETRY, N.M. *et al.* Engaging In Job-Related Activities Is Associated With Reductions In Employment Problems And Improvements In Quality Of Life In Substance Abusing Patients. *Psychology Of Addictive Behaviors*: 2014, vol. 28, n°1, pp. 268-275.

→ RECOMMANDATIONS

4.3.1 Repérer les ressources et agir sur l'environnement

- Identifier, sur le territoire d'intervention, les services et dispositifs d'aide à l'insertion professionnelle :
 - Pôle Emploi ;
 - services instructeurs du RSA ;
 - Programmes locaux d'insertion par l'économie (PLIE) ;
 - maisons de l'emploi ;
 - missions locales ;
 - travailleurs sociaux des CSAPA ;
 - acteurs de l'insertion par l'activité économique.
- Consolider les connaissances et les compétences des partenaires concernant les spécificités de l'accueil et de l'accompagnement des personnes usagères de drogues, à travers :
 - l'organisation de modules de sensibilisations ou de formations ;
 - l'appui du CAARUD aux partenaires confrontés à des questionnements ou à des difficultés liés à l'usage de substances psychoactives parmi les personnes qu'ils accompagnent.
- Repérer ou développer des dispositifs :
 - visant à proposer du travail à l'heure (dispositif Premières heures, TAPAJ pour les moins de 26 ans, etc.) aux personnes actuellement trop éloignées des contrats d'insertion classiques ;
 - visant à proposer un placement direct et un accompagnement dans l'emploi (intervention sur l'offre et la demande (*voir encadré*), etc.).

ILLUSTRATION 1 - LE DISPOSITIF TAPAJ

Le dispositif Travail alternatif payé à la journée (TAPAJ)¹³² permet à des jeunes en errance de moins de 25 ans, consommateurs de substances psychoactives, d'accéder à une source de revenu légale, issue d'un travail journalier, rémunéré immédiatement.

Porté par des CAARUD et des CSAPA, le programme repose sur une dynamique multipartenariale entre des compétences médicosociales spécialisées en addictologie, un dispositif d'insertion par l'activité économique et des employeurs (collectivités locales, entreprises, etc.)¹³³. Le programme s'appuie sur les fondements de la RDR en développant des modalités de repérage en proximité (outreach), en proposant un accueil sans condition de soin et en reconnaissant la capacité d'agir de la personne. Il vise, en s'appuyant sur les outils de l'insertion professionnelle, à favoriser l'accès aux soins par des réponses graduelles.

La prise de contact s'effectue par les éducateurs de rue ou le CAARUD/CSAPA. Par phases progressives, la personne se (re)familiarise avec le monde du travail dans le cadre d'activités souvent extérieures (espaces verts, manutention, etc.), soutenue par un accompagnement éducatif renforcé (par l'entretien dit « de côte à côte »). Parallèlement, s'initie une prise en charge individualisée visant à lever les différents freins à l'accès à l'emploi rencontrés (santé, accès aux droits, logement, etc.).

¹³² <<http://www.drogues.gouv.fr/strategie-gouvernementale/insertion-socio-professionnelle/tapaj-travail-alternatif-paye-journee>>

¹³³ Charte TAPAJ France. Travail alternatif à la journée. <<http://www.tapaj.org/reseau3/charte-tapaj-france/>>

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*ILLUSTRATION 2 - L'INTERVENTION SUR L'OFFRE ET LA DEMANDE (IOD)¹³⁴

L'IOD est une méthode s'intéressant à la capacité d'un individu à occuper et à se maintenir dans l'emploi en la mettant directement en situation de travail, en privilégiant l'emploi durable, le CDI et le temps complet. La levée des freins sociaux est réalisée en cours d'emploi par un service d'accompagnement socioprofessionnel proposé à l'entreprise. La coopération proposée à l'entreprise vise également le processus de recrutement, l'intégration et la fidélisation des nouveaux salariés. L'intermédiation tout au long du recrutement vise l'adaptation réciproque de l'emploi et de la personne.

- Renforcer les connaissances des professionnels du CAARUD sur les modalités d'accompagnement des dispositifs d'insertion professionnelle (dispositifs, conditions d'éligibilité, outils contractuels : projets personnalisés d'accès à l'emploi, contrat d'insertion, etc.).
- Évaluer l'opportunité et, le cas échéant, organiser l'intervention des partenaires de l'insertion socioprofessionnelle au sein du CAARUD pour informer et conseiller les personnes.

4.3.2 Accompagner et orienter la personne vers l'accès et le maintien dans l'emploi

- Recueillir les attentes et besoins de la personne en matière d'emploi et de formation. S'enquérir auprès d'elle des démarches déjà réalisées ou en cours et identifier, s'ils existent, les professionnels intervenant dans son accompagnement socioprofessionnel.
- Co-élaborer avec la personne son projet d'accompagnement par le CAARUD, en vue de son orientation. En fonction de sa demande, le projet peut par exemple porter sur :
 - l'émergence d'un projet d'insertion professionnelle;
 - l'évaluation des savoir-faire et des compétences des personnes (aide à l'élaboration du CV, méthodologie du récit de vie, etc.);
 - l'organisation du soutien par des pairs-intervenants;
 - le soutien à l'entrée ou au maintien dans l'emploi (gestion des consommations, réduction de l'absentéisme, aménagement des horaires/du poste de travail, etc.).
- Aider la personne à restaurer son estime de soi et à renforcer son sentiment d'efficacité personnelle, en :
 - ne portant pas de jugement a priori sur la crédibilité du projet;
 - procédant par petits pas, en proposant des objectifs d'accompagnement réalisables et en soulignant les résultats obtenus;
 - la plaçant au centre des décisions.
- Mettre à disposition des personnes du matériel informatique connecté pour faciliter ses démarches (consultation des offres, rédaction ou impression de CV et de courriers, etc.).
- Assurer l'orientation de la personne vers les professionnels repérés ou vers les acteurs de l'insertion socioprofessionnelle partenaires du CAARUD. Accompagner le cas échéant l'accès de la personne aux services et les premiers contacts (repérage, moyen de transport, titre de transport, accompagnement physique, etc.).
- Assurer le suivi de l'orientation auprès de la personne et du professionnel ou service concerné, en :
 - recueillant des informations sur la mise en place ou non d'une démarche ou d'un suivi;
 - s'assurant de l'adhésion de la personne à l'accompagnement proposé et en proposant de faire médiation, le cas échéant et avec son accord.



¹³⁴ CALDERON *et al.* (2011), *Ibid.*

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

ILLUSTRATION - LA MÉTHODOLOGIE DU RÉCIT DE VIE

Le **récit de vie** est une méthode s'intéressant à la chronologie des parcours de vie des personnes ayant rencontré de nombreuses difficultés (chômage de longue durée, dépendance aux drogues, parcours carcéral, etc.) et dont les savoir-faire, acquis au travers des différentes expériences de vie, sont occultés par le manque de confiance et d'estime de soi générés par les échecs successifs. La méthode du récit de vie permet, par l'intervention d'un tiers, de rechercher ces savoir-faire afin de soutenir la construction d'un projet professionnel. Le recueil des informations se fait « au travers d'un récit chronologique, factuel, et dans la mesure du possible, exhaustif de sa vie depuis sa naissance »¹³⁵. Le travail peut se décomposer en trois étapes successives :

- le récit descriptif et chronologique du parcours de vie : chronologie des dates et lieux des situations vécues, description des expériences et compétences acquises, mise en ordre des informations, traductions en compétences et aptitudes ;
- la réalisation de différentes productions à partir du récit de vie (curriculum vitae, lettres de motivations, etc.) ;
- la recherche de poste ou de formation.

→ Tout au long de l'accompagnement, réaliser des points d'étape (en lien avec les professionnels impliqués) afin de co-construire des solutions pour :

- faire face aux difficultés rencontrées par la personne et, le cas échéant, leur impact sur les consommations ;
- adapter le projet d'accompagnement.

¹³⁵ *Ibid.*

L'ESSENTIEL

ACCOMPAGNEMENT VERS L'EMPLOI**> Repérer les ressources et agir sur l'environnement**

- En identifiant, sur le territoire d'intervention, les services et dispositifs d'aide à l'insertion professionnelle.
- En consolidant les connaissances et les compétences des partenaires concernant les spécificités de l'accueil et de l'accompagnement des personnes usagères de drogues.
- En renforçant les connaissances des professionnels du CAARUD sur les modalités d'accompagnement des dispositifs d'insertion professionnelle.
- En évaluant l'opportunité et, le cas échéant, en organisant l'intervention des partenaires de l'insertion socioprofessionnelle au sein du CAARUD pour informer et conseiller les personnes.

> Accompagner et orienter la personne vers l'accès et le maintien dans l'emploi

- En recueillant les attentes et les besoins de la personne en matière d'emploi et de formation et en identifiant avec elle les démarches déjà réalisées ou en cours et, s'ils existent, les professionnels intervenant dans son accompagnement socioprofessionnel.
- En co-élaborant avec la personne son projet d'accompagnement par le CAARUD, en vue de son orientation.
- En mettant à disposition du matériel informatique connecté pour faciliter les démarches.
- En assurant l'orientation et, le cas échéant, l'accompagnement de la personne vers les professionnels repérés ou vers les acteurs de l'insertion socioprofessionnelle partenaires du CAARUD.
- En assurant le suivi de l'orientation auprès de la personne et du professionnel ou service concerné.

4.4 SOUTIEN À LA PARENTALITÉ

Près de la moitié des personnes fréquentant les CAARUD sont parents, et, parmi elles, les femmes plus fréquemment que les hommes. Néanmoins, seule une faible minorité des personnes concernées vivent avec leurs enfants¹³⁶. Des études menées en France montrent la fréquence des épisodes de séparation d'avec la mère dans les trajectoires des enfants de personnes usagères de drogues, à travers soit le recours à la famille élargie, soit l'intervention des services de la Protection de l'enfance^{137,138}.

Les consommations de substances psychoactives des parents sont susceptibles d'affecter les enfants directement (exposition aux produits pendant la grossesse¹³⁹ ou accidentellement) ou indirectement à travers l'impact sur les relations parent-enfant. Pour autant, la consommation de substances psychoactives des parents – exceptée en cas de grossesse¹⁴⁰ – ne constitue pas en soi un danger pour l'enfant¹⁴¹. Les difficultés rencontrées par les familles peuvent également être liées aux conditions de vie (ressources financières, logement, etc.), à la composition familiale (monoparentalité, etc.) et à la santé somatique et mentale des parents.

À l'inverse, la parentalité peut parfois constituer un élément d'étaillage ou un ressort de motivation au changement pour les personnes usagères de drogues¹⁴². Le soutien à la fonction parentale des usagers de drogues repose donc sur une évaluation au cas par cas des ressources et des besoins parentaux, tenant compte de cette pluralité de paramètres, au regard de l'intérêt supérieur de l'enfant et de sa protection.

Le sentiment de disqualification, voire de culpabilité (notamment chez les femmes enceintes), la stigmatisation dont font l'objet les personnes usagères de drogues, ainsi que des expériences ou des représentations négatives de l'intervention des professionnels (crainte d'un placement systématique des enfants, etc.) constituent des freins à la sollicitation d'un soutien¹⁴³.

Du côté des CAARUD, l'accompagnement de la parentalité des personnes accueillies nécessite le développement de compétences et de partenariats spécifiques auprès de services ou d'établissements souvent peu au fait de la politique de réduction de réduction des risques et des dommages¹⁴⁴.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'information des personnes sur les soutiens et les aides matérielles et/ou éducatives mobilisables et leur accompagnement, le cas échéant, vers les services ou associations concernés ;

¹³⁶ CADET-TAÏROU, A. SAÏD, S. MARTINEZ, M. (2015), *op. cit.*

¹³⁷ SIMMAT-DURAND, L. GENEST, L. LEJEUNE, C. Les séparations des mères consommatrices de substances psychoactives de leurs enfants : résultats dans une cohorte rétrospective française. *Psychotropes*: 2012, vol. 18, n°3-4, pp. 123-149.

¹³⁸ CASSEN, M et al. Maternité et toxicomanies. Enquête Anit/Grrita/Inserm sur 171 mères toxicomanes et leurs 302 enfants. *Alcoolologie et Addictologie*: 2004, vol. 26, n°2, pp. 87-97.

¹³⁹ WHITTAKER, A. BONNET, N. CHIHAOUI, T. *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse*. Paris: RESPADD, 2013. 336 p.

¹⁴⁰ La consommation de substances illicites, d'alcool et/ou de tabac ainsi que le sevrage et la substitution en période préconceptionnelle ou durant la grossesse sont considérées comme des situations à risque devant faire l'objet d'un suivi particulier. Cf. Haute Autorité de Santé. *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Saint-Denis: HAS, mai 2016.

¹⁴¹ SIMMAT-DURAND, L. Les professionnels de la maternité et de l'enfance et le signalement des enfants de mère toxicomane. *Psychotropes*: 2008, vol. 14, n°3, p. 179-199.

¹⁴² WIEVIORKA, S. Quand les parents sont toxicomanes. *Enfances & Psy*: 2007, vol. 4, n°37, pp 90-100.

¹⁴³ SIMMAT-DURAND, L. (2008) *op. cit.*

¹⁴⁴ MUTATAYI, C. *Accueil addictologique et médicosocial de femmes toxicodépendantes*. Expérience en 2010-2011. Saint-Denis: OFDT, 2014. 35 p.

- l'information des personnes dont les enfants sont placés sur les missions et le fonctionnement des services de Protection de l'enfance, et leur accompagnement, le cas échéant, dans l'interaction avec l'autorité administrative ou judiciaire ;
- le suivi périnatal des femmes enceintes par des services spécialisés ;
- le repérage et le signalement des situations d'enfants en danger.

→ RECOMMANDATIONS

4.4.1 Repérer les ressources et agir sur l'environnement

- Identifier les ressources du territoire dédiées à l'enfance, à la protection de l'enfance et au soutien à la fonction parentale, et notamment :
 - les services des Conseils départementaux : Protection maternelle et infantile, Aide sociale à l'enfance, services sociaux territoriaux, Centres de planification et d'éducation familiale, Cellule départementale de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes, dispositifs de co-évaluation des situations individuelles (concertation locale enfance, commission de prévention, etc.), service de prévention spécialisée, médecin référent « protection de l'enfance »¹⁴⁵ ;
 - les réseaux ou dispositifs d'accompagnement à la parentalité : Réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), réseaux périnatalité, Lieux d'accueil enfants-parents (LAEP) ;
 - les ressources en santé : professionnels de santé libéraux, territoriaux et hospitaliers (pédiatres, dentistes, gynécologues-obstétriciens, etc.), santé scolaire, secteur de psychiatrie infanto-juvénile, centres médico-psycho-pédagogiques, urgences pédiatriques ;
 - les prestations financières mobilisables (Caisse d'allocations familiales, services sociaux, etc.).
- Proposer à ces acteurs l'appui du CAARUD concernant les questionnements ou les difficultés liés à l'usage de substances psychoactives parmi les personnes qu'ils accompagnent, à travers :
 - la formation ou la sensibilisation des équipes aux questions d'addiction et de réduction des risques et des dommages ;
 - la co-évaluation de situations impliquant l'usage de substances psychoactives ;
 - l'intervention conjointe, le cas échéant, auprès des personnes accompagnées.
- Former les professionnels du CAARUD à la connaissance des missions, du fonctionnement, des modalités d'intervention et des interlocuteurs des services de la Protection de l'enfance¹⁴⁶ ainsi que sur les cas et modalités de transmission d'une information préoccupante¹⁴⁷.



¹⁴⁵ Article L.221-2 du Code de l'action sociale et des familles. Les missions du médecin référent « protection de l'enfance » sont précisées dans le décret n°2016-1503 du 7 novembre 2016.

¹⁴⁶ Pour une présentation graphique du dispositif, voir : <<http://www.actionenfance.org/resources/medias/ONED-dispositif-protection-de-l-enfance.pdf>>

¹⁴⁷ L'article 226-3 du Code de l'action sociale et des familles confie aux Conseils départementaux la charge du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations préoccupantes. Les départements éditent en général des guides explicatifs à l'attention des professionnels. Voir par exemple : <https://www.seine-saint-denis.fr/IMG/pdf/exe_dossier_enfant-en-danger_plaquette_hd.pdf>

→ RECOMMANDATIONS *SUITE***4.4.2 Participer au soutien aux compétences parentales de la personne**

- Informer la personne, en fonction de sa demande, sur :
 - les ressources du territoire ;
 - les aides éducatives et financières mobilisables ;
 - les droits et les obligations des parents ;
 - les missions des services de Protection de l'enfance ;
 - la santé, le développement et la scolarité des enfants ;
 - les conséquences des consommations de substances psychoactives sur l'éducation des enfants.
- Co-évaluer avec la personne ses attentes et ses besoins en matière de soutien à la parentalité et co-construire son projet d'accompagnement. Il peut par exemple porter sur :
 - les questions liées à l'éducation des enfants ;
 - la recherche d'un soutien éducatif ou de ressources visant le renforcement des compétences parentales (accueils parents-enfants, groupes de parents, assistance ; éducative à domicile, technicien-ne-s de l'intervention sociale et familiale, etc.) ;
 - l'organisation de la garde des enfants.
- Proposer, le cas échéant, le soutien du CAARUD aux personnes dont les enfants font l'objet d'une mesure de placement, à travers :
 - l'information sur le fonctionnement des services de Protection de l'enfance, sur les modalités d'accompagnement (projet pour l'enfant¹⁴⁸, etc.) et sur les droits des parents (visite, hébergement, exercice de l'autorité parentale, etc.) ;
 - la médiation, le cas échéant, avec les services de Protection de l'enfance ou avec les services désignés pour l'exercice de la mesure éducative (Action éducative en milieu ouvert (AEMO), placement familial, Maison d'enfants à caractère social (MECS), etc.).

4.4.3 Repérer les situations de danger et protéger les enfants

- S'enquérir, auprès des femmes enceintes accueillies par le CAARUD, des modalités de suivi de la grossesse. Proposer, le cas échéant, l'accompagnement et l'orientation vers des ressources spécialisées en gynécologie-obstétrique partenaires du CAARUD.
- Mettre en place une procédure relative aux situations d'enfant en danger ou en risque de danger comprenant notamment :
 - les modalités d'objectivation et de partage en interne des cas de suspicion de négligence, de maltraitance ou de danger ;
 - les modalités de transmission, par la direction du CAARUD, d'une information préoccupante à la cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation et les modalités d'association des personnes concernées à cette démarche ;
 - les modalités de recours aux forces de l'ordre lorsque l'identité de la personne n'est pas connue (anonymat) ;
 - les modalités d'alerte lors des interventions extérieures (milieu festif, unité mobile, travail de rue, etc.).

¹⁴⁸ Articles L223-1-1 et L2231-2 et article D223-12 à D223-17 du Code de l'action sociale et des familles

L'ESSENTIEL

SOUTIEN À LA PARENTALITÉ**> Repérer les ressources et agir sur l'environnement**

- En identifiant les ressources du territoire dédiées à l'enfance, à la protection de l'enfance et au soutien à la fonction parentale.
- En proposant à ces acteurs l'appui du CAARUD concernant les questionnements ou les difficultés liés à l'usage de substances psychoactives parmi les personnes qu'ils accompagnent.
- En formant les professionnels du CAARUD à la connaissance des missions, du fonctionnement, des modalités d'intervention et des interlocuteurs des services de la Protection de l'enfance.

> Participer au soutien aux compétences parentales de la personne

- En co-évaluant avec la personne ses attentes et ses besoins en matière de soutien à la parentalité et en co-construisant son projet d'accompagnement.
- En proposant, le cas échéant, le soutien du CAARUD aux personnes dont les enfants font l'objet d'une mesure de placement.

> Repérer les situations de danger et protéger les enfants

- En s'enquérant, auprès des femmes enceintes accueillies par le CAARUD, des modalités de suivi de la grossesse et en proposant, le cas échéant, l'accompagnement et l'orientation vers des ressources spécialisées en gynécologie-obstétrique partenaires du CAARUD.
- En mettant en place une procédure relative aux situations d'enfant en danger ou en risque de danger.

5 DÉMARCHES DE PROXIMITÉ

5.1 ALLER-VERS : INTERVENTION DE PROXIMITÉ

Les personnes usagères de drogues peuvent éprouver des difficultés à accéder aux services de réduction des risques et des dommages, en raison notamment d'une méconnaissance des ressources, d'une rupture avec les institutions, d'un éloignement géographique des structures ou d'une absence de maîtrise de la langue. Pour ces raisons, les CAARUD sont en charge d'une mission d'« aller-vers », définie comme « l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers »¹⁴⁹.

Cette démarche se donne pour objectif l'atteinte d'un groupe-cible et l'effort structuré (entrée en lien, initiation d'un processus de changement, établissement et maintien d'un soutien social) pour promouvoir les messages, les outils et les pratiques de réduction des risques et des dommages et connecter les personnes aux ressources du territoire¹⁵⁰. Elle peut se dérouler dans l'espace public (parcs, gares, places, etc.) ou privé (domicile, squat, etc.). Elle se justifie lorsque les services n'atteignent pas effectivement leurs publics ou lorsque les prestations proposées ne sont pas adaptées à leurs besoins.

Le changement recherché est de plusieurs ordres¹⁵¹ :

- **individuel** : diminution des pratiques à risques, réduction des dommages sanitaires et sociaux à travers la délivrance de prestations sur site et/ou l'orientation vers le CAARUD ou son réseau partenarial ;
- **collectif** : changement des normes, des pratiques ou des valeurs du groupe permettant de faciliter l'évolution des comportements individuels ;
- **sociétal** : amélioration de la connaissance des populations-cibles par les professionnels et les décideurs.

En raison de ses spécificités, le travail d'aller-vers requiert la formation, l'outillage et le soutien des intervenants, concernant notamment^{152,153,154} :

- la phase de préparation, d'observation et d'implantation sur le terrain, souvent fastidieuse et parfois longue à porter ses fruits ;
- la posture professionnelle liée à l'intervention au sein des milieux de vie des personnes (adoption des codes du groupe tout en maintenant une juste distance, posture de « visiteur » impliquant la transparence de l'intervenant sur ses missions, le non-jugement des modes de vie et le respect des attentes, des priorités et du rythme de la personne rejointe) ;

¹⁴⁹ Art. R3121-33-1 du Code de la santé publique

¹⁵⁰ ANDERSSON, B. (2013). Finding Ways To The Hard-To-Reach - Considerations On The Content And Concept Of Outreach Work. *European Journal Of Social Work* : 2013, vol. 16, n°2, pp. 171-186.

¹⁵¹ MIKKONEN, M. *Outreach Work Among Marginalised Populations In Europe: Guidelines On Providing Integrated Outreach Services*. Amsterdam : Foundation Regenboog AMOC, 2007.

¹⁵² SCHNEIDER-HARRIS, J. et al. *Guide pratique d'outreach et de réduction des risques avec les personnes usagères de drogues*. Marseille : Association ACCES, 2011.

¹⁵³ GIRALDI, M. de BOEVE, E. *Guide international sur la méthodologie du travail de rue à travers le monde*. Réseau international des travailleurs sociaux de rue. Bruxelles : Dynamo International, 2008.

¹⁵⁴ MARQUES, J. QUEIROZ, J. *Professional Profile Of The Outreach Worker In Harm Reduction*. APDES, 2013.

- la protection et la sécurité des personnes ;
- la construction et le maintien d'un réseau partenarial apte à répondre aux besoins des personnes rejointes ;
- la prévention de l'isolement et de l'épuisement professionnel.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- le repérage et l'atteinte des personnes usagères de drogues non couvertes par les services de réduction des risques et des dommages ;
- la protection et l'étayage des intervenants de proximité (professionnels et pairs).

→ RECOMMANDATIONS

5.1.1 Définir le cadre de l'intervention de proximité

- Repérer les populations à risque non couvertes par les services de réduction des risques, en :
 - sollicitant les instances de participation et les personnes accueillies par le CAARUD ;
 - interrogeant le réseau partenarial ;
 - se renseignant auprès des élus et services des collectivités territoriales (services sociaux, police municipale, voirie, espaces verts, Conseil local de sécurité et de prévention de la délinquance (CLSPD), etc.) et auprès des services de l'État (ARS, forces de l'ordre, etc.) sur l'existence de lieux de consommation identifiés (scènes ouvertes, traces de consommation : matériel usagé, seringues, doseurs, pipes à crack, etc.), interventions des services de secours en lien avec une problématique d'addiction, etc.
- Identifier les ressources du territoire proposant des interventions de rue, telles que :
 - les organismes assurant des maraudes sanitaires et sociales ;
 - les services de prévention spécialisée ;
 - les équipes mobiles psychiatrie-précarité ;
 - les acteurs proposant un accompagnement aux personnes se prostituant ;
 - les équipes de médiation sociale (médiateurs de ville, adultes-relais, correspondants de nuit, etc.).
- Étudier, avec les ressources repérées, l'opportunité et la faisabilité d'une mutualisation des moyens (participation des professionnels du CAARUD aux interventions de rue des partenaires, participation des partenaires aux interventions du CAARUD) afin de constituer des équipes pluridisciplinaires.
- Définir le cadre d'intervention du travail de proximité et sa place au sein de l'action du CAARUD, à travers :
 - la définition des objectifs : publics cibles, finalité de la démarche d'aller-vers (ramener vers la structure, délivrer des prestations au sein du milieu de vie, accompagner le groupe rejoint dans la réduction des pratiques à risque et la prévention des dommages, améliorer la connaissance des conditions de vie, des usages et des représentations des personnes afin d'adapter les réponses apportées par le CAARUD, etc.) ;
 - la définition des principes : suspension du jugement moral sur l'usage, place prépondérante de la personne dans l'action, non-directivité, non-intrusivité, respect des choix, des modes de vie et du rythme des personnes ;



→ RECOMMANDATIONS SUITE

- la définition des modalités d'intervention et des moyens : volume horaire, équipe dédiée ou rotation des professionnels du CAARUD, implication des pairs, définition des compétences et qualités requises.
- Élaborer un plan de formation des intervenants de proximité, abordant notamment :
 - le cadre conceptuel, les spécificités et les formes du travail d'aller-vers ;
 - la posture professionnelle en intervention de proximité ;
 - l'évaluation et la gestion des situations d'urgence et de danger ;
 - l'identification des usages, des prises de risques et des dommages associés selon les groupes d'appartenance (femmes, jeunes, migrants, etc.) et selon les consommations (polyusage, médicaments, alcool, stimulants, etc.).
- Garantir la protection et le soutien aux intervenants de proximité, à travers :
 - l'évaluation préalable et continue des risques liés aux milieux d'intervention, aux publics rejoints et aux caractéristiques ou à la condition des intervenants (handicap, manque d'expérience, grossesse, etc.) ;
 - la mise en place de mesures de protection comme par exemple :
 - le travail en binôme ;
 - la liaison avec le CAARUD (désignation d'un référent lors de chaque sortie de l'équipe de rue, appel téléphonique en fin de mission, etc.) ;
 - l'organisation du partage des informations relatives à des situations ou des contextes à risque (cahier de liaison, fiches d'incident, briefing avant l'intervention, débriefing après, etc.).
 - la reconnaissance du travail de proximité et de ses intervenants (participation aux réunions d'équipe, conditions de travail et de rémunération, évolution professionnelle, etc.) ;
 - l'organisation d'un espace de supervision pour les intervenants de proximité.

La supervision dans le cadre du travail de rue

La supervision a pour « rôle de favoriser l'offre du meilleur service possible de la part de l'intervenant afin de rencontrer les besoins des personnes aidées, ceux de l'organisme, ceux du milieu ainsi que les propres besoins du travailleur »¹⁵⁵. Il existe plusieurs types de supervision ayant trait :

- à l'expertise et à l'identité professionnelle du superviseur (ex-praticien, formateur, psychologue, travailleur social, etc.) ;
- au type de support d'orientation pédagogique ou psychologique.
- La supervision a pour objectifs¹⁵⁶ :
 - d'accompagner la transmission de la pratique et la maturation professionnelle : transmission des fondements du travail de rue, lecture stratégique de la culture et des enjeux de la rue, création de contacts, jeux de frontières entre acteurs et territoires, intégration dans les réseaux, etc. ;
 - d'affiner l'analyse de situations et d'élaborer des stratégies d'intervention vis-à-vis des personnes rejointes : entrée en contact selon les spécificités (troubles de santé mentale, surconsommation de drogues et d'alcool, situations de violences), situations impliquant des rapports avec la justice et la loi, dynamiques au sein de groupes ;

¹⁵⁵ FONTAINE, A. *L'accompagnement professionnel : une pratique essentielle. Guide de supervision en travail de rue et de proximité*. Médecin du monde Canada, 2006.

¹⁵⁶ *Ibid.*

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- de soutenir l'analyse des enjeux sociaux et structurels: réflexion sur le sens et les valeurs à partir des situations des personnes rejointes (marginalisation, stigmatisation, judiciarisation..), clarification des valeurs qui poussent les professionnels à agir, élaboration d'actions collectives auprès d'un groupe, d'une communauté, etc. ;
- de dynamiser l'organisation et la communication au travail en vue d'améliorer l'action: conditions de travail, processus décisionnels, vie associative, conflits;
- d'accompagner l'individu dans son vécu: vie privée et vie professionnelle, confiance, identité, découragements, stress majeurs, fragilisation, etc.;
- d'assurer une démarche éthique sur les enjeux de la pratique: situations limites vécues par les personnes rejointes, passages à l'acte, risques de dérives, glissements.

5.1.2 Analyser le milieu d'intervention et atteindre les publics ciblés**Implantation**

- Recueillir, le cas échéant, les données et informations existantes sur les caractéristiques du territoire (contexte socio-économique et démographique, ressources, etc.), de la population cible (âge, sexe, langue parlée, conditions de vie économique et matérielle, modalités d'usages de substances psychoactives, etc.) et du lieu concerné (quartier, espace public, squat, campement, parking, etc.). Ces éléments peuvent être recueillis par exemple :
 - auprès des parties prenantes institutionnelles (observatoires locaux, élus, services sociaux, forces de l'ordre, etc.) et associatives (protection civile, associations caritatives, etc.);
 - auprès des correspondants des Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) et de la base de données de l'Observatoire des drogues pour l'information sur les comportements en région (ODICER)¹⁵⁷ de l'OFDT;
 - auprès des personnes accueillies par le CAARUD.
- Organiser des missions d'observation sur le terrain destinées à en comprendre le fonctionnement, la géographie, la culture, les acteurs en présence et à repérer la nature et la temporalité des usages ou trafics de substances psychoactives. Ces missions se réalisent de préférence à l'aide d'outils élaborés au préalable (grille d'observation, cartographie, carnet de terrain, etc.), à différents moments de la journée, et dans la durée afin d'objectiver les constats.
- Repérer et interroger les acteurs de proximité (voisins, commerçants, pharmacies, équipements publics, élus, etc.) sur :
 - l'histoire et la dynamique du quartier/du lieu/etc. et sur ses figures emblématiques;
 - les répercussions des usages ou trafics repérés (plaintes, réseau de soutien, représentations sur la population cible, etc.);
 - leurs attentes;
 - d'éventuelles démarches préexistantes de travail de proximité.
- Établir des contacts avec les personnes ressources susceptibles de faciliter l'implantation (pairs, professionnels, habitants, etc.).



¹⁵⁷ La base de données ODICER (Observation des drogues pour l'information sur les comportements en régions) est consultable en ligne à l'adresse: <<http://odicer.ofdt.fr>> [consultée le 13.06.2017]

→ RECOMMANDATIONS *SUITE***Intégration**

- Intensifier la présence sur le terrain et la participation aux événements du quartier/lieu/etc. pour établir des contacts individuels et faire connaître les missions des intervenants de rue.
- Établir des routines de présence et/ou de parcours, permettant d'établir des repères spatiaux et temporels auprès du public-cible et de faciliter les prises de contact.
- Favoriser, lors des contacts avec le public cible, l'émergence d'un lien de confiance à travers :
 - l'écoute active ;
 - la transparence sur le rôle de l'intervenant, ses missions, sa structure de rattachement ;
 - la fiabilité des informations transmises, des engagements pris, etc. ;
 - la connaissance et le respect des modes de vie, des codes et des valeurs du groupe rejoint.
- Évaluer, lors des contacts avec le public-cible, les besoins individuels et collectifs.

POINT DE VIGILANCE

La phase d'implantation et d'intégration constitue une étape longue et incertaine, pouvant conduire à un sentiment d'inutilité, d'échec ou à une perte de sens chez les intervenants, qui doivent alors être particulièrement soutenus.

Évolution

- Assurer l'adaptation des modalités d'intervention à la variabilité des publics, à leur mobilité et aux évolutions des usages et des besoins, à travers :
 - l'organisation d'une observation permanente ;
 - la réévaluation régulière des outils, des horaires et des interventions proposées.
- Accompagner, le cas échéant, la fin d'une intervention de proximité et/ou le départ d'un intervenant afin d'assurer les passations et de ne pas susciter un sentiment d'abandon.

5.1.3 Favoriser l'accès à la réduction des risques et des dommages des publics rejoints

- Constituer ou renforcer un réseau partenarial avec les acteurs du territoire afin de répondre à l'ampleur et à la diversité des besoins sanitaires et sociaux repérés. La constitution du réseau peut donner lieu à l'établissement de conventions visant à :
 - définir les modalités d'interpellation des partenaires et d'orientation des personnes rejointes ;
 - définir les modalités de suivi des accompagnements communs ;
 - associer les partenaires aux interventions de proximité.
- Concevoir des supports d'intervention adaptés aux besoins repérés et aux caractéristiques des publics rejoints (publics jeunes, publics non-francophones, publics en rejet des institutions, etc.).
- Concevoir des stratégies d'intervention alliant :
 - **accompagnement individuel**, pour permettre l'atteinte d'un mieux-être selon les priorités et les choix de la personne, à travers :
 - l'entrée en contact et l'instauration d'un lien de confiance ;
 - la promotion des messages de réduction des risques ;
 - l'organisation de la distribution et de la récupération du matériel de réduction des risques ;
 - l'évaluation des besoins et la co-élaboration d'objectifs d'accompagnement partagés ;
 - l'identification des réponses mobilisables sur le territoire et la connexion avec les acteurs concernés ;
 - le soutien à la motivation et au processus de changement ;

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- **accompagnement du groupe**, pour instaurer ou maintenir la confiance, favoriser l'entraide et le soutien aux individus et contribuer à l'évolution des connaissances, des normes et des pratiques du groupe en vue de réduire les risques et les dommages;
 - **intervention sur l'environnement**, pour favoriser l'inclusion des personnes et faire médiation auprès de la communauté (habitants, commerçants, institutions, etc.).
- Maintenir une vigilance vis-à-vis des risques ou dangers lors des interventions, en :
- sachant identifier les situations à risque et en ayant anticipé des stratégies de retrait;
 - étant attentif à la sécurité physique et psychique et à l'appréciation du danger des coéquipiers;
 - formalisant le recueil et le partage en équipe des incidents ou situations à risque rencontrées (journal d'intervention, cahier de liaison, etc.).



L'ESSENTIEL

ALLER-VERS : INTERVENTION DE PROXIMITÉ

> Définir le cadre de l'intervention de proximité

- En repérant les populations à risque non couvertes par les services de réduction des risques.
- En identifiant les ressources du territoire proposant des interventions de rue et en étudiant, avec les ressources repérées, l'opportunité et la faisabilité d'une mutualisation des moyens afin de constituer des équipes pluridisciplinaires.
- En élaborant un plan de formation des intervenants de proximité.
- En garantissant la protection et le soutien aux intervenants de proximité.

> Analyser le milieu d'intervention et atteindre les publics ciblés

Implantation :

- En recueillant les données et informations existantes sur les caractéristiques du territoire, de la population cible et du site concerné.
- En organisant des missions d'observation sur le terrain destinées à en comprendre le fonctionnement, la géographie, la culture, les acteurs en présence et à repérer la nature et la temporalité des usages ou trafics de substances psychoactives.
- En repérant et en interrogeant les acteurs de proximité et en établissant des contacts avec les personnes ressources susceptibles de faciliter l'implantation.

Intégration :

- En intensifiant la présence sur le terrain et la participation aux événements du site pour établir des contacts individuels et faire connaître les missions des intervenants de rue.
- En établissant des routines de présence et/ou de parcours, permettant d'établir des repères spatiaux et temporels auprès du public-cible et de faciliter les prises de contact.
- En favorisant, lors des contacts avec le public cible, l'émergence d'un lien de confiance et en évaluant les besoins individuels et collectifs.

Évolution :

- En adaptant les modalités d'intervention à la variabilité des publics, à leur mobilité et aux évolutions des usages et des besoins.
- En accompagnant, le cas échéant, la fin d'une intervention de proximité et/ou le départ d'un intervenant afin d'assurer les passations et de ne pas susciter un sentiment d'abandon.

> Favoriser l'accès à la réduction des risques et des dommages des publics rejoints

- En concevant ou renforçant un réseau partenarial avec les acteurs du territoire afin de répondre à l'ampleur et à la diversité des besoins sanitaires et sociaux repérés.
- En concevant des supports d'intervention adaptés aux besoins repérés et aux caractéristiques des publics rejoints.
- En concevant des stratégies d'intervention alliant accompagnement individuel, accompagnement du groupe, et intervention sur l'environnement.
- En maintenant une vigilance vis-à-vis des risques ou dangers pour les professionnels lors des interventions.

5.2 ALLER-VERS : INTERVENTION EN MILIEU FESTIF

L'intervention en milieu festif fait partie des missions d'atteinte, par le CAARUD, des personnes usagères de substances psychoactives à risque.

Les produits consommés et les usages varient en fonction des scènes festives considérées (festival, établissement de nuit, soirée étudiante, événements alternatifs autorisés ou non, etc.). L'alcool y tient une place principale et, de manière croissante, les nouveaux produits de synthèse¹⁵⁸.

Les risques et dommages associés à la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives en milieu festif sont d'ordre¹⁵⁹ :

- **sanitaire**: perte de conscience, malaise, coma, surdoses, blessures involontaires, accidents aigus cardiovasculaires, hyperthermie, relations sexuelles non protégées ou non désirées;
- **psychologique**: mauvaise expérience, crise de panique, état délirant, etc.;
- **social**: nuisance publique, possession et/ou cession de produits illicites, accidents de la route (conduite sous l'emprise de produits), violences.

Pour prévenir ces dommages, les interventions de réduction des risques en contexte festif peuvent prendre plusieurs formes et consister à¹⁶⁰ :

- former et accompagner les organisateurs d'événements;
- distribuer du matériel et outils de consommation à moindre risque et de prévention;
- informer de manière objective sur les effets, les risques et les dommages liés aux usages de substances psychoactives;
- assurer une veille et proposer soutien et/ou réassurance aux personnes en difficulté avec leurs consommations et à leurs proches;
- proposer des premiers secours.

Les spécificités de l'intervention tiennent aux caractéristiques de la fête (stratégies de convivialité, d'excès et /ou de transgression poursuivies par les participants) et au contexte de consommation active¹⁶¹. Les données probantes montrent qu'une approche équilibrée entre prévention, réduction des risques et application de la loi est nécessaire pour réduire les risques sanitaires et sociaux liés aux drogues en milieu festif¹⁶². La mise en œuvre et l'efficacité de cette stratégie nécessitent que l'intervention ne soit pas centrée sur les seuls participants à la fête et soit complétée par des interventions sur l'environnement¹⁶³ et par l'implication de toutes les parties prenantes (professionnels, pairs, entourage, élus, etc.).

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- la promotion d'environnements festifs protecteurs;
- la réduction des pratiques à risque en contexte de consommation;
- le soutien aux personnes en difficulté avec leurs consommations.

¹⁵⁸ CADET-TAÏROU A. *et al.* Substances psychoactives en France: tendances récentes (2014-2015). OFDT Tendances: décembre 2015, n°105.

¹⁵⁹ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (ECMDA). *Responding To Drug Use And Related Problems In Recreational Settings*. Lisbonne: ECMDA, 2012.

¹⁶⁰ Association française de réduction des risques (AFR). *Réduction des risques en milieux festifs. Référentiel national des interventions*. Paris: AFR, 2013.

¹⁶¹ Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA). *Prévention, fêtes et conduites à risques*. Paris: ANPAA, 2016.

¹⁶² SANNEN *et al.* *Responding To Drug And Alcohol Use And Related Problems In Nightlife Settings*. Utrecht: Trimbo Institute, 2016.

¹⁶³ HUGHES, K. *et al.* Environmental Factors In Drinking Venues And Alcohol Related Harm: The Evidence Base For European Intervention. *Addiction*: 2011, vol. 106, n°1, Pp. 37-46.

→ RECOMMANDATIONS

5.2.1 Définir le cadre d'intervention du CAARUD en milieu festif

- Repérer, en lien avec le médiateur « rassemblements festifs » départemental¹⁶⁴, les acteurs du territoire impliqués dans la réduction des risques en milieu festif :
 - acteurs de l'addictologie et de la réduction des risques (CSAPA, CAARUD, inter-CAARUD, etc.);
 - acteurs des premiers secours;
 - associations spécialisées (communautaires, étudiantes, etc.);
 - établissements de nuit ou organisateurs d'événements labellisés;
 - collectivités territoriales promotrices de « chartes de la vie nocturne »;
 - forces de l'ordre.
- S'informer des caractéristiques des scènes festives du territoire (festivals, rave parties, free parties, établissements de nuit, soirées étudiantes, etc.) et des besoins non couverts en matière de réduction des risques, auprès notamment :
 - des acteurs impliqués repérés;
 - des personnes accompagnées par le CAARUD;
 - des professionnels de la jeunesse (services Jeunesse des collectivités, associations, services de prévention spécialisée, etc.);
 - du dispositif TREND/SINTES de l'OFDT;
 - des services de l'État (ARS, Préfecture, etc.).
- Déterminer les moyens matériels et humains que le CAARUD peut consacrer à l'intervention en milieu festif et définir une stratégie d'intervention. Celle-ci peut comprendre tout ou partie des actions suivantes :
 - formation des partenaires et/ou des organisateurs de manifestations;
 - accompagnement à l'organisation d'un événement¹⁶⁵ ou à l'élaboration d'un dispositif de réduction des risques en milieu festif;
 - fourniture de matériel de réduction des risques;
 - intervention de l'équipe du CAARUD au sein d'un évènement ou d'un établissement.
- S'informer des financements mobilisables par le CAARUD ou par les partenaires qu'il accompagne, à travers notamment :
 - l'appel à projets en prévention/promotion de la santé de l'Agence régionale de santé;
 - l'appel à projets départemental de prévention de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA);
 - l'appel à projets de la Politique de la ville pour des actions à destination des habitants des quartiers prioritaires;
 - les subventions des collectivités territoriales.
- Former les professionnels du CAARUD à l'intervention en milieu festif, et notamment :
 - à la posture et aux principes d'intervention en prévention et réduction des risques dans un contexte de fête et de consommation;

¹⁶⁴ L'instruction interministérielle DJEPVA/A1/DLPAJ no 2015-101 du 31 mars 2015 a donné lieu à la désignation de médiateurs au sein des préfectures de département, dont le rôle consiste à : « être le premier contact pour des jeunes à l'initiative d'un événement [et] de créer en amont un réseau de partenaires pouvant accompagner les organisateurs dans leurs démarches (auprès des services de l'État, des collectivités, d'associations de prévention en matière de conduites addictives ou de sécurité routière, par exemple) ».

¹⁶⁵ Pour les aspects réglementaires et les modalités de déclaration auprès des préfectures, voir : *Rassemblements festifs organisés par les jeunes. Guide de la médiation*. Paris : Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports, juillet 2016.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- à la connaissance des publics, des produits, des pratiques et des risques spécifiques (alcoolisations ponctuelles importantes, nouveaux produits de synthèse, etc.);
- à la réassurance, à la relation d'aide en situation de crise et aux gestes et protocoles d'urgence.

5.2.2 Promouvoir un environnement favorable

- Promouvoir ou s'associer aux initiatives visant à coordonner l'ensemble des parties prenantes pour une action globale et concertée. Il peut s'agir :
 - de démarches d'élaboration de labels ou de chartes portées par des collectivités, des établissements de nuit, des associations, etc. (charte de la vie nocturne, label européen Party+, etc.) ;
 - de projets visant la mutualisation des moyens (collectifs inter-associatifs ou inter-CAARUD, etc.).
- Renforcer les connaissances et les compétences des acteurs du milieu festif (professionnels, bénévoles, groupes de pairs) en matière de réduction des risques et des dommages, par exemple à travers :
 - l'organisation de formations ou de sensibilisations ;
 - l'accompagnement à la mise en place d'un dispositif en milieu festif.
 Ces interventions peuvent viser notamment :
 - l'amélioration de la connaissance des risques associés au contexte festif et des moyens de les réduire ;
 - l'appropriation et la distribution d'outils (matériel, supports d'information, etc.) ;
 - le savoir-être et la posture de l'intervenant ;
 - l'évaluation et la gestion des situations d'urgence (ivresses/intoxications, violence, etc.).
- Sensibiliser les acteurs du milieu festif à la promotion d'environnements protecteurs, dont la mise en place peut notamment passer par :
 - la politique de tarification des boissons alcoolisées ;
 - la mise en place d'un dispositif de protection des mineurs contre la vente d'alcool ;
 - la distribution gratuite d'eau, la vente ou la distribution de nourriture ;
 - l'organisation d'un dispositif de transport.

5.2.3 Intervenir auprès des publics en contexte festif**En amont de l'intervention**

- Évaluer, avec l'ensemble des parties prenantes, le dispositif à mettre en place, en fonction :
 - du type d'évènement considéré¹⁶⁶ (public/privé/alternatif, intérieur/extérieur, durée, etc.) ;
 - des caractéristiques du public (nombre, produits en circulation, pratiques de consommation, codes culturels, etc.) ;
 - des caractéristiques du lieu ;
 - des moyens matériels et humains (autres que ceux du CAARUD) mobilisables par l'organisateur.
 Le dispositif pourra se composer¹⁶⁷ :
 - d'un stand d'information et de distribution de matériel et d'outils de prévention et de réduction des risques ;
 - et/ou d'un espace de repos, d'apaisement (chill-out) ;



¹⁶⁶ Pour les événements de grande ampleur, voir : *Guide « Grands rassemblements sportifs et culturels : Mettre en place un dispositif adapté de prévention et de réduction des risques »*. Paris : Ministère de la ville, de la jeunesse et des sports et MILDECA, 2016.

¹⁶⁷ Le référentiel de l'Association française de réduction des risques propose une échelle pour déterminer le niveau d'intervention selon le type d'évènement considéré.

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- et/ou d'une équipe mobile pour assurer une veille au sein et en périphérie de l'événement et aller au-devant des personnes en difficulté (maraude);
- et/ou d'une articulation avec les services d'urgence médicale/de premiers secours;
- et/ou d'un dispositif d'analyse de produits.
- Assurer la coordination avec les équipes organisatrices de l'événement et avec les services de sécurité et/ou forces de l'ordre, afin de garantir:
 - le respect des principes d'intervention en réduction des risques (principes éthiques et conditions de qualité des interventions) et la protection des intervenants;
 - la cohérence des interventions et des espaces de prévention/réduction des risques et de sécurité;
 - la visibilité du dispositif de prévention/réduction des risques par le public et par l'ensemble des équipes (organisation, sécurité);
 - les modalités d'interpellation entre partenaires.
- Assurer la coordination de l'ensemble de l'équipe d'intervenants en réduction des risques (professionnels, bénévoles, pairs) qui:
 - garantit le partage et la mise en œuvre des principes éthiques d'intervention
 - clarifie le rôle de chacun (en particulier l'articulation entre bénévoles et professionnels);
 - s'assure de la formation appropriée de chacun selon ses missions. La formation devrait comprendre notamment:
 - la connaissance des produits, des risques, des pratiques de consommation et du matériel de réduction des risques;
 - la promotion de la santé sexuelle et la réduction des risques de transmission des infections;
 - l'écoute, la relation d'aide, la réassurance;
 - l'évaluation et la gestion des situations d'urgence (accidents, perte de connaissance, agitation, violence, etc.) ou de situations spécifiques (personnes mineures, personnes avec troubles psychiques, personnes en refus d'assistance, etc.).
 - prévoit l'évolution des interventions pour s'adapter à la temporalité de la fête.

Pendant l'intervention

- S'assurer de la visibilité du dispositif par le public et de son identification par l'ensemble des équipes (organisateur, services médicalisés, sécurité, forces de l'ordre, etc.).
- Garantir, dans les échanges avec les personnes, le respect des principes éthiques de l'intervention en réduction des risques et des dommages:
 - suspension du jugement et neutralité à l'égard des choix individuels des personnes;
 - délivrance d'une information objective et validée scientifiquement sur les effets, les pratiques moindre risque et les risques et dommages sanitaires et légaux;
 - confidentialité et anonymat.
- Proposer l'orientation en vue d'un accompagnement ultérieur par le CAARUD ou le relais vers les services d'addictologie (CSAPA, Consultations jeunes consommateurs, etc.) aux personnes en difficulté avec leurs consommations qui le souhaitent ainsi qu'à leur entourage.
- Recueillir des informations sur les usages, les codes, la perception des messages de prévention et de réduction des risques pour améliorer l'adaptation des outils et des pratiques d'intervention. Le recueil peut se faire à travers, par exemple:
 - le dénombrement des passages au stand et des entretiens réalisés;
 - des questionnaires de satisfaction ou autres outils d'évaluation par le public;
 - un journal des interventions auprès des personnes en difficulté;
 - la formalisation des observations de l'équipe sur les demandes, les situations, les produits et les pratiques rencontrées;
 - la mise en place d'un dispositif d'analyse des produits.

L'ESSENTIEL

ALLER-VERS : INTERVENTION EN MILIEU FESTIF**> Définir le cadre d'intervention du CAARUD en milieu festif**

- En repérant les acteurs du territoire impliqués dans la réduction des risques en milieu festif.
- En s'informant des caractéristiques des scènes festives du territoire et des besoins non couverts en matière de réduction des risques.
- En déterminant les moyens matériels et humains que le CAARUD peut consacrer à l'intervention en milieu festif et en définissant une stratégie d'intervention.
- En formant les professionnels du CAARUD à l'intervention en milieu festif.

> Promouvoir un environnement favorable

- En s'associant aux initiatives visant à coordonner l'ensemble des parties prenantes pour une action globale et concertée.
- En renforçant les connaissances et les compétences des acteurs du milieu festif en matière de réduction des risques et des dommages.
- En sensibilisant les acteurs du milieu festif à la promotion d'environnements protecteurs.

> Intervenir auprès des publics en contexte festif**En amont de l'intervention :**

- En évaluant, avec l'ensemble des parties prenantes, le dispositif à mettre en place.
- En assurant la coordination avec les équipes organisatrices et avec les services de sécurité et/ou forces de l'ordre.
- En assurant la coordination de l'ensemble de l'équipe d'intervenants en réduction des risques (professionnels, bénévoles, pairs).

Pendant l'intervention :

- En s'assurant de la visibilité du dispositif par le public et de son identification par l'ensemble des équipes (organisateur, services médicalisés, sécurité, forces de l'ordre, etc.).
- En garantissant, dans les échanges avec les personnes, le respect des principes éthiques de l'intervention en réduction des risques et des dommages.
- En proposant l'orientation en vue d'un accompagnement ultérieur par le CAARUD aux personnes en difficulté avec leurs consommations qui le souhaitent ainsi qu'à leur entourage.
- En recueillant des informations sur les usages, les codes, la perception des messages de prévention et de réduction des risques pour améliorer l'adaptation des outils et des pratiques d'intervention.

5.3 MÉDIATION SOCIALE / ACCEPTABILITÉ DES DISPOSITIFS

La médiation sociale, « en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues¹⁶⁸ », fait partie intégrante des missions des CAARUD. Le référentiel national des actions de réduction des risques précise que « les habitants des quartiers et les élus qui les représentent doivent être associés à ces activités en étant informés des principes qui les guident, de leurs modalités et de leurs résultats, afin de favoriser leur implantation et d'intégrer la réduction des nuisances et des tensions à leurs objectifs¹⁶⁹ ».

En effet, la politique de réduction des risques et des dommages est souvent méconnue du grand public. L'illégalité des produits stupéfiants, le regard porté sur les personnes usagères de drogues et les nuisances occasionnées par l'usage viennent parfois compliquer l'acceptabilité sociale et ainsi l'implantation ou le bon fonctionnement des dispositifs de réduction des risques. Les représentations et l'expérimentation personnelles de la consommation de drogues, le milieu social d'appartenance et la proximité géographique d'un dispositif de réduction des risques constituent des facteurs influençant l'acceptation de celui-ci par les habitants¹⁷⁰. Pourtant, les évaluations disponibles montrent que la présence de lieux de réduction des risques et des dommages a des effets positifs sur la tranquillité publique¹⁷¹.

Au-delà des enjeux de tolérance et d'acceptation des dispositifs par les habitants, la démarche de médiation vise également la reconnaissance, par les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux et les institutions (élus, forces de l'ordre, etc.), de la légitimité des interventions de réduction des risques. A cet égard, l'existence d'un partenariat effectif et efficace avec les forces de l'ordre contribue à la lisibilité et à la cohérence, au niveau local, des politiques de sécurité et de santé publiques¹⁷².

Ainsi, le succès de l'implantation et de l'ancrage des dispositifs dépend de la qualité du soutien institutionnel et partenarial et de la démarche de médiation auprès des habitants¹⁷³ (prévention et gestion des nuisances et des plaintes). La stratégie doit être adaptée au contexte local¹⁷⁴, initiée le cas échéant en amont de l'ouverture et s'inscrire dans la longuer.

ENJEUX ET EFFETS ATTENDUS :

- l'intégration dans leur environnement des lieux et des interventions de réduction des risques et des dommages;
- la reconnaissance de la légitimité et des apports de la réduction des risques et des dommages par les acteurs locaux;
- la réponse aux préoccupations des acteurs locaux;
- la construction d'un soutien partenarial et institutionnel à l'intervention du CAARUD.

¹⁶⁸ Article R3121-33-1 du Code de la santé publique

¹⁶⁹ Annexe 31-2 du Code de la santé publique

¹⁷⁰ INSERM. Accessibilité et acceptabilité des actions de réduction des risques (chapitre 16). In : *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. op. cit. pp. 273-288.

¹⁷¹ LE NAÏOUR, G. HAMANT, C. CHAMARD-COQUAZ, N. *Faire accepter les lieux de réduction des risques: un enjeu quotidien*. Lyon: Centre d'Etude et de Recherche sur les Pratiques et l'Espace, CERPE, 2014. 99 p.

¹⁷² « Les acteurs (...) comme les personnes auxquelles s'adressent les activités [de réduction des risques] doivent être protégés des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions. Les services en charge de la répression du trafic et de l'usage de stupéfiants doivent pouvoir clairement reconnaître les acteurs et les activités relevant de la réduction des risques. » - Référentiel national des actions de réduction des risques, Annexe 31-2 du code de la santé publique.

¹⁷³ RACINE, P. GRÉGOIRE, L. *Facteurs de réussite de l'implantation d'un programme de services à bas seuil*. Revue de littérature. Beauport, Québec: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, 2005. 26 p.

¹⁷⁴ BENECH LE ROUX, P. *L'implantation des programmes d'échanges de seringues: entre acceptabilité et accessibilité*. Guyancourt: CESDIP, 2001. 170 p.

→ RECOMMANDATIONS

5.3.1 Définir une stratégie d'intégration dans l'environnement adaptée au contexte local et à l'intervention du CAARUD

- Analyser le contexte local, en :
 - recueillant les données disponibles sur le site concerné et son environnement (quartier, ville, caractéristiques socio-démographiques de la population, etc.);
 - repérant les dispositifs existants de médiation sociale ou territoriale et de tranquillité publique (adultes-relais, correspondants de nuit, gestion urbaine et sociale de proximité dans le cadre des contrats de ville, conseils locaux ou intercommunaux de sécurité et de tranquillité publique, etc.);
 - sollicitant les acteurs ressources identifiés (élus, habitants, professionnels, etc.);
 - recueillant, lorsque le CAARUD est déjà implanté, le témoignage des personnes accueillies sur leurs relations avec le voisinage et avec les forces de l'ordre.
- Déterminer les actions à mener en matière d'intégration dans l'environnement, en fonction :
 - de l'analyse du contexte (environnement soutenant ou hostile, etc.);
 - de l'intervention considérée (accueil fixe ou mobile, régulier ou ponctuel, en déploiement ou implanté, etc.);
 - de la stratégie adoptée (visibilité ou invisibilité vis-à-vis des riverains);
 - de la nature et de la configuration du site (local d'habitation ou professionnel, privatif ou partagé, etc.).
- Former et outiller l'équipe du CAARUD, par exemple en :
 - organisant des formations aux principes et aux techniques de médiation sociale et de résolution des conflits;
 - renforçant les capacités des professionnels à présenter et expliquer aux partenaires et/ou aux habitants les principes et le cadre légal de la politique de réduction des risques et des dommages;
 - recueillant ou élaborant des supports à destination des partenaires et/ou du grand public visant à expliquer le bien-fondé, l'assise légale et les bénéfices des interventions de réduction des risques pour la santé des personnes usagères de drogues et pour la collectivité.

5.3.2 Contribuer à la création d'un environnement local soutenant

- Solliciter, en recours, l'appui institutionnel de l'Agence régionale de santé, qui peut se manifester par :
 - l'envoi d'un courrier aux élus et aux professionnels sanitaires et sociaux légitimant l'intervention du CAARUD;
 - l'inscription, le cas échéant, de l'intervention du CAARUD dans les contrats locaux de santé signés avec les collectivités territoriales.
- Solliciter, en recours, le soutien des élus, par exemple en :
 - présentant le dispositif et les objectifs visés pour la population et pour l'espace public;
 - demandant la désignation d'un référent au sein des services de la ville;
 - sollicitant la présence d'un représentant élu dans les instances partenariales du CAARUD;
 - associant, le cas échéant, la municipalité à la recherche ou au choix du local ou du site.

>>>

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- Développer la coopération avec les forces de l'ordre, à travers notamment :
 - l'organisation de séances d'information sur le cadre légal et sur les enjeux de santé publique de la politique de réduction des risques et des dommages et sur les droits des personnes usagères de drogues ;
 - la sensibilisation des équipes du CAARUD aux réalités vécues par les forces de l'ordre ;
 - la désignation de référents, de modes de communication de routine et de protocoles en cas d'urgence entre le CAARUD et les forces de l'ordre ;
 - l'appui à la résolution des conflits entre les personnes accueillies par le CAARUD et les forces de l'ordre ;
 - la définition de modalités d'orientation vers le CAARUD de personnes usagères de drogues repérées par les services de police ou de gendarmerie ;
 - l'entente sur le respect, aux abords des sites de réduction des risques, d'un périmètre au sein duquel ne sont pas conduites d'opérations de contrôle ou d'interpellation relatives à la législation sur les stupéfiants, afin de ne pas entraver l'accès des personnes usagères de drogues au dispositif.
- Diffuser la connaissance des missions, des principes et des bénéfices de la politique de réduction des risques et des dommages auprès des acteurs locaux, à travers notamment :
 - les dispositifs ou instances de concertation partenariales existantes (CLSPD ou CISPD, dispositifs locaux de santé, etc.) ;
 - les instances de démocratie locale, de consultation ou de participation citoyenne (conseils de quartier, conseils citoyens de la Politique de la ville, etc.) ;
 - l'information auprès des partenaires du soin, du social et du médicosocial ;
 - la communication dans la presse locale et/ou les magazines d'informations communales.
- Évaluer et communiquer aux acteurs locaux les résultats concrets de l'intervention du CAARUD sur le contexte local (fréquentation du dispositif, matériel distribué/récupéré, tranquillité publique, etc.).

5.3.3 Prévenir et gérer les situations conflictuelles**Prévention**

- Favoriser la connaissance mutuelle entre le CAARUD et les riverains afin de faire évoluer les représentations sur les personnes usagères de drogue, à travers par exemple :
 - l'ouverture du CAARUD sur l'extérieur (inauguration, portes ouvertes, visites, etc.) ;
 - la participation des équipes et/ou des personnes accueillies par le CAARUD aux événements du quartier (fête de quartier, fête des voisins, etc.).
- Inclure la gestion des abords de la structure dans le règlement de fonctionnement, afin de :
 - minimiser les nuisances liées aux attroupements (bruit, altercations, présence d'animaux, etc.) ;
 - préserver la propreté (ramassage des déchets, du matériel usagé, prévention des dégradations, etc.).
- Sensibiliser les personnes accueillies sur les préoccupations des riverains, sur l'attention à porter aux relations de voisinage et sur les règles et les moyens déployés par le CAARUD pour établir et conserver de bonnes relations avec l'environnement.

Gestion :

- Organiser la réponse aux préoccupations ou aux revendications des acteurs locaux, par exemple en :
 - établissant, en lien avec la municipalité, un système protocolisé de signalement, de recueil et de traitement des plaintes prévoyant une transmission systématique et une réponse graduée adaptée à la gravité des faits relatés (envoi d'un courrier, appel téléphonique, rencontre, etc.) ;

→ RECOMMANDATIONS *SUITE*

- mettant en place un comité de suivi avec les parties prenantes ;
- mettant en place un comité de voisinage associant notamment les habitants ;
- recourant aux dispositifs locaux de médiation sociale, s'ils existent.

ILLUSTRATION - COMITÉ DE SUIVI INTERINSTITUTIONNEL

Un CAARUD, implanté dans le centre ville d'une grande agglomération, est doté depuis sa création d'un comité de suivi associant l'ARS, les représentants de l'État, la police nationale, les élus locaux, des associations d'auto-support et de médiation sociale. Le comité de suivi se réunit une fois par trimestre afin :

- de recenser les plaintes recueillies par le CAARUD et d'élaborer des réponses collectives ;
- de transmettre les statistiques relatives à l'activité du CAARUD ;
- de soutenir la structure et son équipe dans les difficultés rencontrées dans l'accueil du publics.

Les actions du comité de suivi reposent sur une charte établie par ses membres reconnaissant :

- l'utilité du CAARUD ;
- la citoyenneté des usagers de substances psychoactives ;
- le respect de la quête de tranquillité des riverains et voisins du CAARUD.

- Objectiver les éléments qui suscitent la plainte ou le conflit, en :
 - identifiant précisément la nature, la fréquence et la gravité des troubles incriminés ;
 - évaluant la relation de causalité entre ces troubles et la présence du dispositif de réduction des risques.
- Recourir, dans l'interaction avec les personnes contestataires, à des techniques de résolution de conflit. Ce recours peut se faire par la sollicitation des professionnels de la médiation sociale ou territoriale ou par la formation de professionnels du CAARUD et/ou de pairs.
- Alerter l'autorité de tarification et de contrôle en cas de conflit ou de contestation persistante¹⁷⁵.

ILLUSTRATION - POSTE DE MÉDIATEUR

Un CAARUD consacre un poste de médiateur social à temps plein aux missions :

- de maraude, dans un objectif d'aller vers les usagers et de maintien du lien avec les différents partenaires ;
- d'aller vers les riverains, commerçants, acteurs de la société civile, dans le cadre de réunions ou dans l'espace public, afin de travailler sur les représentations des usagers de drogue, et les partenaires ;
- de recueil des signalements et des plaintes (présence de seringues usagées, nuisances sonores, situations de violences, etc.) ;
- de ramassage des seringues et de formation au ramassage de seringues.

>>>

¹⁷⁵ L'arrêté du 28 décembre 2016 relatif à l'obligation de signalement des structures sociales et médico-sociales impose aux services et établissements de signaler certains dysfonctionnements et événements, parmi lesquels figurent : « les situations de perturbation de l'organisation ou du fonctionnement de la structure liées à des difficultés relationnelles récurrentes avec la famille ou les proches (...) ou du fait d'autres personnes extérieures à la structure ».

L'ESSENTIEL

MÉDIATION SOCIALE / ACCEPTABILITÉ DES DISPOSITIFS

> Définir une stratégie d'intégration dans l'environnement adaptée au contexte local et à l'intervention du CAARUD

- En analysant le contexte local et en déterminant les actions à mener en matière d'intégration dans l'environnement.
- En formant et en outillant l'équipe du CAARUD.

> Contribuer à la création d'un environnement local soutenant

- En sollicitant en recours l'appui institutionnel de l'Agence régionale de santé et le soutien des élus.
- En développant la coopération avec les forces de l'ordre.
- En diffusant la connaissance des missions, des principes et des bénéfices de la politique de réduction des risques et des dommages auprès des acteurs locaux.
- En évaluant et en communiquant aux acteurs locaux les résultats concrets de l'intervention du CAARUD sur le contexte local.

> Prévenir et gérer les situations conflictuelles

Prévention:

- En favorisant la connaissance mutuelle entre le CAARUD et les riverains afin de faire évoluer les représentations sur les personnes usagères de drogue.
- En incluant la gestion des abords de la structure dans le règlement de fonctionnement.
- En sensibilisant les personnes accueillies sur les préoccupations des riverains, sur l'attention à porter aux relations de voisinage et sur les règles et les moyens déployés par le CAARUD pour établir et conserver de bonnes relations avec l'environnement.

Gestion:

- En organisant la réponse aux préoccupations ou aux revendications des acteurs locaux.
- En objectivant les éléments qui suscitent la plainte ou le conflit.
- En recourant, dans l'interaction avec les personnes contestataires, à des techniques de résolution de conflit.
- En alertant l'autorité de tarification et de contrôle en cas de conflit ou de contestation persistante.

ANNEXE

ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS

CONDUITE DES TRAVAUX ANESM

- Tiphaine LACAZE, responsable du secteur Inclusion sociale
- Clément CHAUVEL, chef de projet
- Cristina DÍAZ GÓMEZ, chargée de mission mise à disposition par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)
- Nagette JOUSSE, assistante coordination de projets
- Patricia MARIE, documentaliste

COORDINATION ÉDITORIALE

- Yaba BOUESSE, chargée de communication et webmaster jusqu'en février 2016
- Cécile DE PIZZOL, chargée de communication

ANALYSE JURIDIQUE

- Maître Marion PUISSANT, cabinet Gely & Puissant

RÉFÉRENT DU COMITÉ D'ORIENTATION STRATÉGIQUE DE L'ANESM

- Maya VAIR-PIOVA

RÉFÉRENTS DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'ANESM

- Martine NOALHYT
- Séverine RECORDON-GABORIAUD

VALIDATION ET ADOPTION DES RECOMMANDATIONS

- Didier CHARLANNE, directeur de l'Anesm

PARTICIPANTS

VISITES EFFECTUÉES AU SEIN D'ÉTABLISSEMENTS ET DE SERVICES

- CAARUD Freessonne, Juvisy-sur-Orge, Essonne
- CAARUD Espoir Goutte d'Or (Ego), Paris
- CAARUD de la Marne, Reims
- CAARUD interl'UD, Melun, Seine et Marne
- CAARUD Association Charonne Boutique 18, Paris

GROUPE DE TRAVAIL

- Georges BROUSSE, professeur de psychiatrie et d'addictologie, Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand, Puy-de-Dôme
- Pierre CHAPPARD, président, Psychoactif, Paris
- Jean-Michel DELILE, directeur, Comité d'étude et d'information sur la drogue et les addictions, Gironde
- Lionel DIENY, directeur adjoint, CSAPA et CAARUD « Les Wads » - CMSEA, Moselle
- Ezra DANIEL, chargé de la politique de réduction des risques et des dommages, Ministère des Solidarités et de la Santé, Direction générale de la santé, Paris
- Pascal FRAICHARD, directeur régional, Groupe SOS solidarités, Bouches-du-Rhône
- Lilian FRÉTIGNÉ, résident, Communauté thérapeutique d'Aubervilliers, Seine-Saint-Denis



- Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, sociologue, chargée de recherche Inserm, Cermes3 (Inserm U988/ CNRS UMR 8211/EHESS/Université Paris Descartes) et chercheuse associée à Santé Publique France, Paris
- Stéphanie LEFEVRE, Chargée de prévention et art thérapeute, CAARUD « Le Sémaphore », Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA), Ardèche
- Maëla LE BRUN-GADELIUS, chef de service, Association Bus 31/32, Bouches-du-Rhône
- Marcel RATZEL, secrétaire, Coordination des associations et mouvements d'entraide reconnus d'utilité publique (Camerup), Paris
- Ysabel ROUX, chef de service, CAARUD 19, Association Charonne, Paris
- Didier TOUZEAU, chef du pôle addictions et CSAPA Liberté, Groupe hospitalier Paul Guiraud, Villejuif

GROUPE DE LECTURE

- Betty AZOCAR, cheffe de projets, Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques, Seine-Saint-Denis
- Bernard BERTRAND, directeur, Association pour les clubs et équipes de prévention (Acep), Cher
- Anne COPPEL, sociologue, Présidente d'honneur de l'AFR, Association française de réduction des risques, Paris
- Olivier COTTENCIN, professeur des universités, praticien hospitalier, CHRU de Lille, Nord
- Catherine DUPLESSY, directrice, Association SAFE, Paris
- Ruth GOZLAN, chargée de mission santé, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), Paris
- Nathalie JOANNARD, conseillère médicale pratiques addictives, Ministère des affaires sociales et de la santé, direction générale de la santé, Paris
- Martine LACOSTE, directrice générale, Association régionale Clémence Isaure, Haute-Garonne
- Yourine WENDZINSKI, coordinatrice, CAARUD Asud Nîmes, Gard
- Chokri SASSI, président du CVS du CAARUD EGO, Paris



LISTE DES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DE L'ANESM

56 recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles sur
www.anesm.sante.gouv.fr

TOUS SECTEURS

- *L'adaptation de l'intervention auprès des personnes handicapées vieillissantes* (2015).
- *Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapés ou souffrant de maladie chronique vivant à domicile* (2015).
- *Participation des personnes protégées dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique* (2012).
- *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes* (2012).
- *Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux* (2010).
- *Élaboration, rédaction et animation du projet d'établissement ou de service* (2010).
- *Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement* (2009).
- *Mission du responsable de service et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance à domicile* (2009).
- *La conduite de l'évaluation interne dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles* (2009).
- *Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance* (2008).
- *Ouverture de l'établissement à et sur son environnement* (2008).
- *Les attentes de la personne et le projet personnalisé* (2008).
- *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre* (2008).
- *Conduites violentes dans les établissements accueillant des adolescents : prévention et réponses* (2008).
- *Mise en œuvre d'une stratégie d'adaptation à l'emploi des personnels au regard des populations accompagnées* (2008).
- *Mise en œuvre de l'évaluation interne dans les établissements et services visés par l'article L. 312-1 du code de l'Action sociale et des familles* (2008).

PERSONNES ÂGÉES

- *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénératives en Pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) (2016).*
- *L'accueil et l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie neuro-dégénératives en Unité d'hébergement renforcée (UHR) (2016).*
- *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet Ehpad (2016).*
- *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées. Volet résidences autonomie (2016).*
- *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet résidences autonomie (2016).*
- *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Ehpad (2016).*
- *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile (2016).*
- *Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée: prévention, repérage, accompagnement (2014).*
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 4): L'accompagnement personnalisé de la santé du résident (2012).*
- *L'évaluation interne: repères pour les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes Ehpad (2012).*
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 3): La vie sociale des résidents en Ehpad (2012).*
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 2): Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne (2011).*
- *Qualité de vie en Ehpad (volet 1): De l'accueil de la personne à son accompagnement (2011).*
- *L'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social (2009).*

PERSONNES HANDICAPÉES

- *Les espaces de calme-retrait et d'apaisement (volet 3 des recommandations sur les Comportements-problèmes) (2017).*
- *« Les comportements-problèmes »: Prévention et réponses au sein des établissements et services intervenant auprès des enfants et adultes handicapés (2 volets) (2016).*
- *Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) (2016).*
- *Le repérage, le diagnostic, l'évaluation pluridisciplinaire et l'accompagnement précoce et personnalisé des enfants en Centre d'action médico-sociale précoce (CAMPSP) (2015).*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 3) – Le parcours et les formes souples d'accueil et d'hébergement (2014).*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 2) – Vie quotidienne, sociale, culture et loisirs (2013).*
- *Qualité de vie en MAS-FAM (volet 1) – Expression, communication, participation et exercice de la citoyenneté (2013).*
- *L'accompagnement à la santé de la personne handicapée (2013).*
- *Adaptation de l'accompagnement aux attentes et besoins des travailleurs handicapés en Esat (2013).*
- *Autisme et autres Troubles envahissants du développement (TED): Interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent (2012).*
- *L'accompagnement des jeunes en situation de handicap par les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (Sessad) (2011).*
- *Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement (2010).*

PROTECTION DE L'ENFANCE

- *Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives (2016).*
- *Favoriser les articulations entre les professionnels intervenant en protection de l'enfance et les professionnels intervenant dans un cadre pénal, à l'égard d'un mineur (2016).*

- *Évaluation interne: repères pour les établissements et services prenant en charge habituellement des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives* (2015).
- *L'expression et la participation du mineur, de ses parents et du jeune majeur dans le champ de la protection de l'enfance* (2014).
- *L'évaluation interdisciplinaire de la situation du mineur/jeune majeur en cours de mesure* (2013).
- *L'exercice de l'autorité parentale dans le cadre du placement* (2010).

INCLUSION SOCIALE

- *La réduction des risques et des dommages dans les CAARUD* (2017).
- *Évaluation interne: repères pour les établissements et services relevant du secteur de l'inclusion sociale* (2016).
- *Prise en compte de la santé physique et psychique des personnes accueillies en Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)* (2016).
- *Repérage et accompagnement des situations de ruptures dans les parcours des personnes accueillies en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)* (2015).
- *La personnalisation de l'accompagnement des personnes accueillies dans les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)* (2014).
- *Accompagner l'accès aux droits dans les établissements ou services de l'inclusion sociale relevant de l'article L. 312.1 du code de l'Action sociale et des familles* (2012).
- *La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie* (2010).
- *Expression et participation des usagers dans les établissements relevant du secteur de l'inclusion sociale* (2008).

LES GUIDES

- *Qualité de vie : handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux* (2017).
- *Guide : ESSMS: valorisez les résultats de vos évaluations* (2016).
- *Guide d'aide à la contractualisation* (2014).

LES FICHES-REPÈRES

- *Prise en charge médicamenteuse en Ehpad* (2017).
- *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Résidences autonomie* (2016).
- *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet Ehpad* (2016).
- *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile* (2016).

LES ENQUÊTES

- *Quatre enquêtes nationales relatives à l'évaluation interne des établissements et services sociaux et médico-sociaux.*
- *Un rapport d'étude sur la participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recueil des pratiques et témoignages des acteurs.*
- *Trois rapports d'analyse nationale concernant l'état du déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance des résidents en Ehpad et la perception de leurs effets par les conseils de vie sociale.*
- *Un rapport d'analyse nationale concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les Maisons d'accueil spécialisées et les Foyers d'accueil médicalisé.*
- *Un rapport d'analyse nationale concernant le déploiement des pratiques professionnelles concourant à la bientraitance dans les services intervenant auprès d'un public adulte à domicile.*

The logo for Anesm, featuring the word "Anesm" in a white, elegant serif font. A white horizontal line is positioned above the letters "n" and "e", and another white horizontal line is positioned below the letters "s" and "m".

Agence nationale de l'évaluation
et de la qualité des établissements
et services sociaux et médico-sociaux

5, avenue du Stade de France
Immeuble Green Corner
93218 Saint-Denis La Plaine Cedex
Tél. 01 48 13 91 00

Toutes les publications de l'Anesm sont téléchargeables sur
www.ansm.sante.gouv.fr

Octobre 2017