

Comment intégrer, dans les pratiques, l'accompagnement et les outils de la consommation à moindre risque ?

Elisabeth AVRIL
Directrice CSAPA/CAARUD
Association GAIA
PARIS
eavril@gaia-paris.fr

Depuis 20 ans, nous voyons se développer en France une palette d'offres de services institutionnels pour répondre aux problèmes de la dépendance qui est devenue socialement et politiquement inacceptable. Les traitements de substitution représentent le produit phare de ces services, leur mise en place vise à diminuer les conséquences négatives de la consommation de substances illicites, à traiter la dépendance et si possible accompagner les personnes dépendantes vers l'abstinence. Nous constatons qu'une part non négligeable et mal évaluée des personnes en traitement de substitution poursuit des consommations de substances psycho actives licites et illicites. Ce constat ne remet pas en cause les résultats incontestables des traitements de substitution, les consommateurs sont en meilleure santé, il y a une diminution des délits et une amélioration globale de la qualité de vie. Ces consommations dites parallèles ne sont pas, loin s'en faut, toutes problématiques ; de nombreux usagers les rendent compatibles avec d'autres engagements. Ces usagers, experts de leurs pratiques connaissent très bien la notion de consommation à moindre risque, les stratégies de gestion de leurs consommations, ils les mettent en pratique au quotidien. Rares sont les consommateurs de drogues qui n'ont aucune stratégie de gestion, même quand ils paraissent totalement démunis, des pratiques et des savoirs issus de leur expérience sont à l'œuvre. Le constructivisme, parce qu'il s'appuie sur l'assimilation, l'accommodation et la conceptualisation, est au cœur de la démarche de la consommation à moindre risque et des programmes mis en place depuis 3 décennies en France et à l'international. Cette approche non normative du phénomène de la dépendance est axée sur le comment et non le pourquoi. On le verra elle est éminemment pragmatique, cela définit sa méthode.

L'accompagnement de la consommation à moindre risque par des professionnels ne devrait-il pas être tout simplement un accompagnement global, holiste, répondant aux besoins des personnes sans focaliser sur les consommations, sans juger de ces consommations ?

Le concept de consommation à moindres risques, la possibilité de gestion des consommations sont-elles des notions intégrées dans les pratiques professionnelles et institutionnelles en 2016 ? : accueil inconditionnel, approche centrée sur la personne, pairs aidants, réduction des risques en CSAPA, outils de consommation connus et promus par les intervenants, aide à l'élaboration de stratégies de gestion des consommations, ouverture d'espaces de consommation, place des TSO dans l'accompagnement, accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection (AERLI).

Quelles sont les compétences requises pour intégrer la consommation à moindre risque, c'est à dire la réduction des risques et des dommages comme préalable à toute offre de service ? Comment transmettre les savoir-faire qui reposent sur des compétences acquises par l'expérience, quelles sont les formations à mettre en place ?

Toutes questions qui trouveraient des réponses pratiques dans l'observation pragmatique des phénomènes et dans la mise en valeur des savoirs profanes, des savoirs des consommateurs experts. Ces réponses pourraient être intégrées aux offres

de service, l'objectif étant une meilleure efficacité et une adaptation régulière aux réalités du terrain. Ceci dans une optique d'efficacité des services et de moindre coût dans leur mise en œuvre.

Les bonnes pratiques attendues et précisées par les missions obligatoires des établissements médico-sociaux ne sont pas intégrées de façon homogène par tous les CSAPA/CAARUD, l'objectif d'abstinence reste prédominant, peu de centres utilisent les TSO comme outil de consommation à moindre risque par exemple; le matériel de consommation est peu ou pas disponible dans la plupart des CSAPA, dans le meilleur des cas il peut être demandé aux intervenants et implique pour les personnes de s'expliquer sur leurs éventuelles consommations parallèles.

Les produits et les modes d'usage sont également peu connus des intervenants qui ne sont pas formés aux réalités concrètes du terrain, de ce fait ils sont rarement en capacité d'accompagner les personnes reçues dans leurs consommations et dans l'élaboration d'une stratégie pour réduire les risques.

Ces pratiques doivent faire partie intégrante de l'organisation de l'établissement CAARUD ou CSAPA, elles doivent s'inscrire dans des protocoles connus de tous et pratiqués par tous et prendre sens pour les intervenants. Ces derniers doivent partager un sens commun, explicité, débattu et élaboré ensemble dans le projet d'établissement. Ce sens partagé va leur permettre de dépasser les représentations négatives, les préjugés, les phantasmes et les peurs relatifs aux consommations de drogues et au mode de vie des usagers.

Le fait que la loi n'ait pas changé pendant toute l'évolution de cette politique de RdR, n'a pas aidé à son intégration dans les pratiques de droit commun. L'usager reste avant tout un déviant, un délinquant et il persiste une "compétition" dans la priorité des soins. En psychiatrie, les usagers hospitalisés pour troubles mentaux se retrouvent souvent dans une obligation de sevrage qu'ils ne peuvent respecter d'où des ruptures de soins itératives et l'impossibilité souvent d'instaurer un suivi et un traitement adapté.

Les actions de RdR pertinentes naissent des observations concrètes du terrain et doivent répondre à des besoins identifiés et aboutir à des réponses pragmatiques et efficaces. Ces actions doivent être pensées et élaborées avec les bénéficiaires. Depuis 2005, date de la création des établissements médico-sociaux de type CAARUD, nous parlons de prise en charge des usagers. Cette notion médico-sociale de prise en charge, très employée par les intervenants vient questionner le premier principe de la RdR qui est le travail de partenariat avec les bénéficiaires des services.

Ce principe qui reconnaît les usagers de drogues, les "toxiques" comme des citoyens à part entière. « Les utilisateurs de drogues doivent être traités autant que possible comme des citoyens normaux auxquels nous posons des exigences normales et offrons des chances normales »¹. L'usager, dans cette nouvelle approche cesse d'être considéré comme un délinquant ou un malade mais comme un partenaire avec lequel on peut négocier.

Ce principe permet la création d'une alliance entre les consommateurs et les intervenants, l'usager de drogues étant expert de ses pratiques et partenaire du projet. Ce principe est fondamental, au sens que l'on ne peut y surseoir quand il s'agit d'accompagner un usager dans son parcours, quelles que soient ses difficultés et le projet mis en œuvre. Qu'il s'agisse de soins addictologiques, médicaux, ou d'un projet de réhabilitation sociale ou d'une stratégie de consommation à moindres risques.

Néanmoins, cette approche très pragmatique des phénomènes et problématiques de consommations de psychotropes a révolutionné les pratiques professionnelles en vigueur en France, que ce soit dans le champ du travail social que dans celui du travail médical. Pourquoi peut-on parler de révolution ? Cette pratique ou cette clinique

¹ Brochure « réalité Néerlandaise » sur la politique à l'égard des toxicomanes, Ministère du bien-être, de la santé et de la culture.

professionnelle est centrée sur la reconnaissance de l'expertise de la personne bénéficiaire des services. Il ou elle est experte de ses propres pratiques. Cette démarche en totale opposition avec la vision de l'usager passif (tu souffres tu m'appartiens) implique le concept d'acceptation (neutre comme fait social) de l'usage de produits psychotropes qui est la notion de base du travail de RDR. Cela implique que l'usager ait le droit de choisir la façon dont il entend mener sa vie et s'il accepte de recevoir une assistance quelconque. L'usager devient un partenaire, ni un délinquant, ni un malade, partenaire avec lequel on peut négocier et travailler. Ceci est valable dans tous les contextes de rencontre classiques (hôpitaux, centres de soins) mais prend une dimension plus forte dans un contexte de rue et d'aller vers.

La réduction des risques lutte contre la subordination de l'usager au service. Le professionnel qui se déplace sur le terrain de l'usager (rues, squats, parkings, friches industrielles) remet en jeu son savoir et ses certitudes. La rencontre se joue sur un partage des savoirs.

Savoir dit profane de l'usager qui repose sur des pratiques apprises des pairs ou acquises par l'expérience et savoir académique, scientifique ou éducatif/normatif. Ces 2 types de savoir s'opposaient totalement il y a quelques années, ce n'est que dans la rue ou dans des espaces de soins alternatifs qu'un partage et qu'une négociation pouvait se faire. A l'hôpital toute écoute bienveillante sur des pratiques dites déviantes était tout de suite suspectée de collusion, de non professionnalisme, ou au mieux d'humanitaire. Les valeurs fondamentales de la réduction des risques sont le pragmatisme et l'humanisme qui amènent à penser la personne comme l'acteur principal de sa propre vie, qu'importe ses choix au regard de ses consommations.

Proposition :

Impliquer et inclure de façon concrète dans les établissements CAARUD et CSAPA les personnes ayant des « expériences vécues » avec les drogues

Accepter de travailler avec un usager qui poursuit ses consommations, prendre une connaissance concrète de son contexte de vie et d'usage, "aller vers" permet une rencontre et un échange de savoirs garants d'une alliance future. Dans ce cadre, les usagers choisissent la prise en charge pour laquelle ils éprouvent le plus de confiance. La réduction des risques envisage la personne dans sa totalité et s'intéresse également aux dommages sociaux liés à la consommation de substances et occasionnés pour une grande part, par leur prohibition. La réduction des risques ne s'est pas limitée aux risques infectieux même si ceux-ci sont apparus à l'époque comme l'urgence autorisant la rupture du dogme d'abstinence. Ils ont permis la reconnaissance de cette politique qui venait questionner violemment parfois, les prises en charge établies et reconnues par la société et les professionnels. La réduction des risques a obtenu des succès extraordinaires en termes de réduction de la prévalence et de l'incidence du VIH/SIDA, des hépatites et d'autres infections microbiennes, elle a permis à bon nombre d'usagers de survivre. Elle a permis un accès aux soins et une amélioration de la prise en compte des usagers de drogues, de ce qu'ils étaient vraiment dans leur diversité même si nombre de fantasmes négatifs circulent encore sur leur compte. Elle a questionné la loi mais n'a pas obtenu sa remise en question.

Cette situation si elle devait perdurer nous empêcherait d'achever cette révolution des pratiques professionnelles, l'usager doit pouvoir être rétabli dans sa citoyenneté quels que soient ses choix en matière de consommation personnelle.

Proposition :

Dépénaliser l'usage des drogues

Ce cadre de travail développé avec les usagers de substances illicites, s'est étendu récemment à d'autres addictions, tabac et alcool principalement, le choix de l'abstinence n'est plus la seule alternative envisagée dans les discours des intervenants. La mise en pratique reste cependant insuffisante car cette pratique demande une grande disponibilité et adaptabilité des équipes et services. Un accueil inconditionnel est difficile à faire admettre dans les institutions, la rue s'y prête beaucoup mieux, les professionnels n'étant plus sur leur terrain et garants du cadre.

L'accessibilité du service quand il est hébergé par une institution demande souvent une réorganisation des professionnels en termes de locaux et en termes d'horaires et de type d'accueil. Est-il encore question de choisir entre l'abstinence, ce comportement que la morale et la science recommandent, et les souffrances de la consommation, de l'exclusion pour ceux qui poursuivent leur assuétude ? Le tabac est moins stigmatisé mais poursuit lentement et sûrement sa progression vers un titre de fléau social qu'il pourra partager avec l'alcool et les drogues illicites. L'alcool est très présent dans les CSAPA et CAARUD ; drogue officielle française encouragée par les discours sociaux de convivialité et les lobbys alcooliers mais qui stigmatise à l'extrême les usagers déviants. Cette extension du champ de la réduction des risques doit éviter l'écueil de se cantonner aux risques aigus ou de représenter un pis aller, destiné aux cas désespérés incapables d'intégrer les dispositifs classiques (comme cela s'est fait un temps pour les usagers de drogues illicites).

La question principale que devrait se poser tout professionnel de la réduction des risques serait comment on fume, comment on s'injecte, comment on boit et non le pourquoi qui resterait une question à partager dans une relation de confiance permettant l'émergence de l'intime, et non un préalable à tout accompagnement. Comment consomme-t-on des drogues, avec quels outils, quelles sont les stratégies des personnes reçues pour limiter les conséquences néfastes de ces consommations et optimiser le plaisir, quel mode de vie est supportable, que garde-t-on de ses valeurs quand on est en état de dépendance et à la rue ? La réduction des risques pose le postulat qu'on en garde certaines et que d'autres peuvent se réactiver quand le contexte est favorable. Autant de questions qui intéressent le professionnel de la réduction des risques et qui pourraient se décliner en actions pragmatiques répondant à des besoins identifiés par les usagers. Nous en abordons quelques unes dans la suite de ce texte.

Salles de consommation

En France, le questionnement des intervenants sur les salles de consommation à moindres risques existe depuis l'essor de la réduction des risques dans le pays, c'est-à-dire le milieu des années 1990. Le retard pris par rapport aux autres pays européens et le fondement essentiellement médical et tourné vers l'abstinence de cette politique de réduction des risques « à la française » n'ont pas permis la structuration et l'évolution de ce débat. De même, l'information objective de l'opinion publique et des professionnels du champ social est difficile, trop souvent la médiatisation de l'usage de drogues aborde la problématique de façon populiste. Le soin, avec l'objectif final de l'abstinence, est mis en avant et a occulté pendant de nombreuses années les débats. Que doit-on faire ou ne pas faire pour les usagers, qui restent malgré toutes les prises en charge, consommateurs ? Les anciens, les nouveaux, qui s'enfoncent dans la précarité et la désaffiliation sociale. Les salles de consommation répondent à cet enjeu d'éthique sociale. C'est une éthique du moindre mal, du préférable, du gain de chance

et du vivre ensemble². La salle de consommation permet de mettre en place une stratégie de contact avec les usagers, qui tente de rompre l'isolement créé par le processus pathologique de la dépendance. Ce contact permet un accès aux personnes les plus en difficulté, à la rue et cumulant des facteurs de vulnérabilité. Le contact étant rétabli, un travail global peut être mené avec la personne. Cet accompagnement social et médical n'est pas centré sur le symptôme de la consommation. Il s'agit de prendre en considération les besoins élémentaires des usagers avec toutes les contraintes en présence (absence de logement, absence de droits, précarité sociale et affective, etc.), l'usage de drogues faisant partie de ces contraintes.

L'évolution vers une amélioration de la qualité de vie et de la santé globale est alors possible. Les détracteurs de ce dispositif voient dans les salles de consommation un lieu de relégation, de non-respect des lois de la République et de laisser-faire. D'autres y voient une certaine forme de laxisme qui s'opposerait à la volonté de « s'en sortir ». D'après cette frange de l'opinion, il serait encore crédible de défendre l'existence d'un monde sans drogues. D'autres encore défendent la théorie de l'incitation, il suffirait à un jeune d'entendre parler d'un tel lieu pour qu'il se transforme, comme « par contagion », en un usager de drogues en errance. Les salles de consommation seraient des exemples nocifs pour la jeunesse.

Deux visions du monde social s'opposent : la dépendance comme processus pathologique GLOBAL et la dépendance comme conséquence des mauvais choix de l'individu. Dans le premier cas, il s'agit d'une éthique sociale acceptant de prendre en compte des stratégies, comme celle de la salle de consommation à moindre risque (SCMR), qui permet de sauver des vies ; dans l'autre cas, il s'agit d'un abandon des personnes dépendantes à la loi du marché, la responsabilité de «s'en sortir » leur incombe et ne doit ni nuire, ni indisposer le reste de la société. La réponse devient alors essentiellement répressive, en pensant la contrainte comme salvatrice, la répression protège l'individu et la société.

Une salle de consommation à moindres risques ou encore espace de consommation supervisé, en fait qu'est-ce que c'est ? C'est un lieu d'accueil pour les usagers de drogues en situation de précarité et dont le mode de vie et les consommations donnent lieu à des rassemblements urbains dits « scènes de consommation ».

Ces structures, qui existent dans plusieurs pays européens, au Canada et en Australie, ont d'abord été pensées pour répondre aux usagers de drogues injecteurs d'opiacés, le plus souvent d'héroïne, dès le milieu des années 80. Avec le développement des consommations de cocaïne par voie injectable et fumable, sous forme de « crack » ou de cocaïne basée dans les années 1990-2000, nombre de ces accueils se sont transformés et proposent des espaces supervisés d'injection et d'inhalation, parfois même la voie nasale peut faire l'objet d'un espace spécifique (Quai 9 à Genève). Ces structures sont hétérogènes en qualité et en moyens, elles se sont construites selon les besoins du terrain, la réduction des risques étant fondée sur des réponses pragmatiques aux besoins identifiés. Elles proposent au minimum un lieu d'accueil, de convivialité et de repos et un espace ou des sous-espaces dédiés aux consommations sous la supervision de personnel qualifié. Le plus souvent, la structure est insérée dans un réseau de services, qui permet un continuum de prise en charge qui va de la rue au rétablissement d'un état de santé, au sens de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La salle de consommation doit offrir des prestations sociales telles qu'un accueil convivial, un espace de repos et de collation, des informations et orientations

² Emmanuel Hirsch, Mairie de Paris, octobre 2010, <http://a-f-r.org/sites/default/files/fichier/actes-confc3a9rences-salles-de-conso1.pdf>

concernant les démarches sociales visant à réintégrer le droit commun, un accompagnement dans ces démarches par un travailleur social qualifié.

Des prestations de soins telles que des soins infirmiers, des conseils et informations concernant les risques liés aux pratiques de consommation et aux drogues, une consultation médicale, une possibilité de dépistage et de counselling des hépatites et du VIH grâce aux tests de dépistage rapides avec possibilité de confirmation sérologique en cas de dépistage positif, une orientation et un accompagnement vers les services médicaux spécialisés.

Paris, comme d'autres grandes villes européennes, a vu le rassemblement d'usagers de drogues dans certains quartiers dès la fin des années 1970 et le début des années 1980. Ces lieux se sont déplacés au fil des années – le plus souvent en réponse à la pression policière ou à l'évacuation de squats – pour se concentrer essentiellement dans le nord-est parisien. En 2016, les quartiers des gares du Nord et de l'Est (10^e arrondissement), certaines parties des 18^e et 19^e arrondissements, sont les scènes de consommations publiques de drogues. Les drogues les plus consommées et vendues sont le crack, les médicaments détournés de leur usage (Skénan[®], Subutex[®]), et loin derrière l'héroïne et la cocaïne. Les populations consommatrices sont mouvantes sur ces quartiers et s'entrecroisent. Cela engendre des problèmes dans la vie des quartiers : usagers qui consomment dans les cages d'escaliers, les toilettes publiques, entre deux voitures, dans les lieux publics à la vue des passants et du voisinage ; comportement antisociaux ; violence ; matériel de consommation abandonné sur la voie publique, dans les halls d'immeuble.

Cela entraîne également des problèmes dans les CAARUD et CSAPA ; les usagers, ne sachant pas où aller, vont consommer dans les toilettes ou devant les établissements, sur la voie publique pour les fumeurs.

Résultats des études et enquêtes scientifiques internationales sur les salles

Overdoses et urgences

La mise en place des salles de consommation à moindre risque a permis à la fois une meilleure prise en charge des overdoses et une diminution des hospitalisations (2 à 8% des urgences ont fait l'objet d'une hospitalisation dans les différentes SCMR) grâce à l'administration sur place de Naloxone[®] (antidote aux opiacés) par un personnel qualifié.

Effet sur la consommation de drogues

Les SCMR ne semblent pas avoir d'effet dans un sens ou dans un autre sur le niveau de consommation (quantité ou fréquence) des usagers. Par contre il est constaté une diminution des usages en public.

Effet sur la transmission virale

Aucune étude à grande échelle permettant d'affirmer l'impact des SCMR sur la transmission des virus du SIDA et de l'hépatite C n'a encore été publiée. Néanmoins, plusieurs études vont dans le sens d'une réduction des pratiques à risques dans les SCMR.

Accès aux soins des usagers

L'accès aux soins est facilité par l'existence sur site de structures adaptées permettant une prise en charge médicosociale rapide. La présence d'assistants sociaux et de personnel infirmier et/ou médical est essentielle.

Ordre public et criminalité

Dans l'ensemble des études menées la majorité des usagers (50 à 64%) considéraient la SCMR comme leur principal lieu de consommation. Les autres disaient préférer consommer chez eux, seule une minorité (<10%) disait préférer consommer dans les lieux publics. La diminution des consommations dans les lieux publics est conditionnée par l'accessibilité de la salle, en termes géographique et d'horaires.

Pratiques et réactions de la police

En Allemagne, les SCMR ont rencontré bien plus de difficultés de type troubles à l'ordre public dans les régions où la coopération avec la police était difficile. Une coopération et des réunions régulières entre les organisateurs de la SCMR, la police, les autorités publiques, les associations d'habitants et de commerçants semblent faciliter l'insertion de la SCMR et réduire les nuisances aux abords de celle-ci grâce à une présence policière visible mais non agressive.

Criminalité et deal aux abords de la SCMR

Deux études menées à Sidney et à Genève montrent que le nombre de délits (vols, agressions) commis dans les quartiers où sont installés les SCMR n'a pas augmenté. Quant au deal, il est fréquent que les usagers se réunissent devant la SCMR pour vendre ou acheter des produits à petite échelle. Il est pour cela important d'établir des règles strictes en la matière, respect du lieu et de son environnement comme conditions à sa fréquentation.

Proposition :

Ouvertures de salles de consommation à moindre risques dans les grandes métropoles après étude des besoins et du contexte et en respect du cahier des charges national

AERLI, ERLI, accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection

Le constat du terrain est alarmant, les personnes qui consomment des drogues par voie intra veineuse n'ont pas toujours, loin s'en faut, des pratiques sûres³. Peu de travaux ont été menés sur ce sujet avant la mise en place de l'expérimentation menée par Aides et MDM. Ces programmes adossés ou partie prenante des CAARUD accueillent des usagers en difficulté avec leurs pratiques d'injection pour des séances d'accompagnement dans un environnement sûr et propre (aseptique). Ces séances permettent au bénéficiaire qui le souhaite d'injecter la substance qu'il a apportée devant deux intervenants, infirmiers et ou éducateur à la santé. L'objectif étant, dans un contexte dépassionné et professionnel de faire le point avec la personne sur ses pratiques de consommation.

Les résultats de la recherche menée conjointement avec l'INSERM et l'ANRS ont montré une diminution des pratiques à risque de transmission du VHC (échange de seringues, du petit matériel, aide à l'injection) dans le groupe intervention. Ainsi, 44% des consommateurs déclarent au moins une pratique à risque avant l'intervention contre 26% six mois après.

Les résultats indiquent que les sessions éducatives ont, en particulier, un impact sur l'échange de petit matériel puisqu'on constate une diminution significative de l'échange de petit matériel dans le groupe ayant reçu l'intervention.

³ 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, Marie Jauffret-Roustide (m.jauffret@invs.sante.fr), Josiane Pillonel, Lucile Weill-Barillet, Lucie Léon, Yann Le Strat, Sylvie Brunet, Thérèse Benoit, Carole Chauvin¹, Mireille Lebreton, Francis Barin, Caroline Semaille

Le deuxième grand résultat de la recherche est qu'on observe une diminution des complications au site d'injection (hématomes, abcès, œdèmes, infections, etc.): 66% des consommateurs déclarent des complications avant l'intervention contre 39% douze mois après⁴.

Au delà de la prestation pratique, ces séances ont permis de libérer une parole sur cet acte intime qu'est l'injection. Cette parole souvent difficile qui doit pouvoir s'inscrire dans une relation de confiance et permettre progressivement à la personne de faire des choix les plus éclairés possibles concernant ses consommations (poursuivre, changer de mode de consommation, soins, orientation vers un parcours de soins somatiques).

Cette action peut se développer dans tous les lieux qui reçoivent des usagers, en premier lieu dans une salle de consommation supervisée où il est nécessaire d'avoir des professionnels formés à cet accompagnement, mais également dans les CAARUD et les CSAPA qui devraient pouvoir travailler cette question avec le public accueilli. Un poste de consommation supervisée peut trouver sa place dans chaque établissement à la condition que les intervenants soient motivés et formés à cette pratique. Une formation aux gestes de premier secours est un préalable obligatoire.

Proposition :

- **Mise en place d'espaces d'injection dans les CAARUD et CSAPA pour les personnes en difficulté avec la pratique de l'injection**
- **Formation des intervenants à cette approche et aux gestes de premiers secours**

Les programmes de substitution injectable et les programmes d'héroïne médicalisée

Entre 160 et 180 000 personnes ont bénéficié d'une prescription de traitement de substitution en 2013⁵ en France. La Buprénorphine générique ou le Subutex[®] représentent 70% de ces prescriptions et la Méthadone 30%. Selon l'enquête OPPIDUM 2012 réalisée en CSAPA, 10% des personnes sous protocole Buprénorphine l'ont injectée au cours de la dernière semaine et 10% ont utilisé la voie nasale. Ces chiffres très certainement sous estimés montrent que certains usagers ne peuvent renoncer à l'injection et poursuivent des pratiques à risques.

Certains pays comme le Royaume Uni propose aux usagers qui ne peuvent pas renoncer à l'injection, des traitements de substitution injectables comme la méthadone (hautement toxique pour les veines) mais la plupart de ceux qui se sont préoccupés de cette question, ont opté pour la prescription médicale d'héroïne. Cette dernière peut être envisagée comme une offre supplémentaire dans la palette des traitements et

⁴ÉQUIPE DE LA RECHERCHE ANRS-AERLI

Perrine Roux^{1,2,3}, Jean-Marie Le Gall⁴, Marie Debrus⁵, Camélia Protopopescu^{1,2,3}, Baptiste Demoulin^{1,2,3}, Caroline

Lions^{1,2,3}, Aurélie Haas⁴, Marion Mora^{1,2,3}, Bruno Spire^{1,2,3,4}, Marie Suzan-Monti^{1,2,3,4}, Maria Patrizia Carrieri^{1,2,3}

¹ INSERM U912 (SESSTIM), Marseille, France

² Aix Marseille Université, IRD, UMR-S912, Marseille, France

³ ORS PACA, Observatoire Régional de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur, Marseille, France

⁴ AIDES, France

⁵ Médecins du Monde, Paris, France,

⁵ Les traitements de substitution aux opiacés en France : données récentes, OFDT, octobre 2014

services pour les personnes dépendantes aux opiacés et résistantes aux traitements conventionnels bien conduits visant l'abstinence (Méthadone et Buprénorphine).

Cette alternative en place dans plusieurs pays européens a été pensée dans un continuum de soins pour des personnes en grande difficultés vis à vis de leur dépendance et des conséquences médico sociales de celle ci.

L'évidence basée sur les résultats d'études scientifiques⁶ menées dans plusieurs pays où existent de tels programmes a constaté qu'il y avait une meilleure rétention en traitement qu'avec la méthadone orale, moins de consommation d'héroïne illicite, pas de changement ou une diminution pour la consommation de cocaïne, une amélioration de la santé physique et mentale significative comparée aux personnes recevant des traitements de substitution oraux, une diminution des crimes et délits (à l'exception des études canadiennes et espagnoles).

Ces programmes expérimentés depuis le début des années 90 ont obtenu des résultats positifs en termes de santé et d'insertion sociale de ces usagers. Ils ont permis aux personnes de se stabiliser, de changer leur mode de vie et d'améliorer leur santé, notamment concernant les infections virales VIH et VHC. Ces programmes ont également eu un impact sur les carrières délinquantes des personnes avec moins d'incarcérations et d'actes délictueux.

Proposition :

Permettre à certains usagers et selon des critères définis préalablement par une commission d'experts, (incluant les usagers) l'accès aux programmes d'héroïne médicalisée

Un hébergement d'abord

L'hébergement sans condition d'abstinence, dernier rempart, infranchissable pour beaucoup d'usagers de drogues sans domicile fixe. Ce constat, tant de fois évoqué, par les professionnels de la réduction des risques, repose sur l'expérience de terrain, qui voit chaque année des centaines d'usagers vivant à la rue, et cela depuis souvent plus de 10 ans pour beaucoup, se voir refuser l'accès aux dispositifs d'hébergement sociaux y compris ceux de l'urgence, parfois au seul prétexte qu'ils sont consommateurs de drogues illicites. La grande précarité, la solitude, les traumatismes liés à la vie à la rue, les troubles psychiatriques concomitants et les consommations de substances psycho actives entraînent chez ces personnes des troubles du comportement, impossibles à gérer pour nombre de centres d'hébergement. Les intervenants ne sont pas formés aux problématiques soulevées par la maladie mentale et/ou la consommation de substances psycho actives et optent souvent pour la solution la plus « évidente », l'exclusion. Les consommateurs de substances psycho actives, en premier lieu desquelles l'alcool, qui a une place prépondérante chez les personnes vivant à la rue, fréquentent de fait ces lieux d'accueil, mais ils cachent le plus souvent leurs consommations de drogues illicites.

Les personnes deviennent vite suspectes dans ce contexte, le long chemin de la reconstruction de relations humaines plus apaisées est d'emblée mis en péril par ces non dits. Pour des personnes sans abri, le logement est habituellement proposé lorsque plusieurs conditions sont réunies, dont l'abstinence aux drogues et à l'alcool et l'acceptation d'un suivi psychiatrique s'il y a lieu. Ces conditions deviennent le plus souvent de véritables barrières pour bien des consommateurs de drogues à la rue.

⁶EMCDDA INSIGHTS New heroin-assisted treatment, Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond, John Strang, Teodora Groshkova and Nicola Metrebian, 2012.

Pour les héberger, on leur demande de se soumettre à plusieurs conditions : abandonner leurs affaires, respecter les horaires, arrêter de boire, arrêter de prendre des drogues, tout en même temps, ce qui est souvent impossible pour eux. En conséquence, on laisse les plus vulnérables dans la rue.

Menée en 2009 au Canada et précédemment aux Etats-Unis dans les années 90, l'expérimentation du programme « un chez soi d'abord » (Housing first) a montré dans les villes nord-américaines une forte prise d'autonomie des bénéficiaires (personnes souffrant de troubles mentaux, d'addictions) et une stabilisation éprouvée puisque 70 à 80% des personnes étaient encore dans leur logement après 4 ans.

Le programme Housing First de Seattle a permis également d'économiser 4 millions de dollars de fonds publics⁷.

Proposition :

Former les professionnels de l'hébergement social aux questions de la réduction des risques et des méfaits, expérimenter des lieux d'hébergement et de relogement acceptant cette problématique de l'usage

Conclusions

L'intégration d'un projet individuel de consommation à moindre risque dans les pratiques professionnelles nécessite plusieurs facteurs mais avant tout un changement de paradigme sur les addictions, incluant la possibilité de vivre en consommant des drogues.

Envisageons des projets qui répondent aux besoins élémentaires des personnes sans condition d'abstinence déclarée ou cachée mais avec des intervenants formés et des bénéficiaires partie prenante des dispositifs.

Un des piliers essentiels de la RDR comme elle a été mise en œuvre dans les années 80-90 est la participation active des usagers aux programmes. Ce pilier de l'intervention mal pensé au départ dans certains pays, englué dans les réglementations diverses de la législation du travail, et du médico-social, a quasiment disparu des établissements CSAPA, CAARUD. La présence de pairs aidants dans une équipe est plus qu'un outil de réduction des risques, elle est essentielle au projet de consommation à moindre risque.

Ce projet de consommation à moindre risque individuellement initié par les usagers, accompagné par les intervenants doit, pour être efficient, répondre aux besoins de terrain et s'adapter aux différents contextes d'intervention. Un dispositif de salle de consommation à moindre risque est plus adapté à un contexte de scène ouverte dans une grande ville qu'un espace de consommation, qui pourrait trouver sa place au sein d'un établissement CAARUD ou CSAPA.

Les propositions énoncées dans ce texte n'ont de sens qu'inscrites dans un continuum de services respectant le principe de base de la réduction des risques et de méfaits qui est la participation des usagers aux projets qui les concernent.

⁷Seattle Office of Housing: Housing First. www.seattle.gov/housing/homeless/HousingFirst.htm.

Références

Contribution à la réflexion sur l'apport des mesures de traitement et de réduction des risques en complément au dispositif actuel, programme de prescription d'héroïne, local d'injection, Thérèse Huissoud ;Sanda Samitca, Sophie Arnaud, Franck Zobel, Françoise Dubois-Arber, raisons de santé 121, Lausanne 2006.

Downtown Emergency Service Center, Seattle, WA. <http://www.desc.org/>.

Drug Consumption Rooms in Europe Client experience survey in Amsterdam and Rotterdam, Jennifer Peacey, www.eurohrn.eu, 2014-2015.

Drug consumption rooms in Europe, organisational overview, Sara Woods, www.eurhrn.eu, 2014-2015.

Drug consumption rooms in Hamburg, Germany: evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. Heike Zurhold, Peter Degkwitz, UweVerthein, Christian Haasen, 2003, Journal of Drug issues.

EMCDDA Monographs, Harm reduction: evidence, impacts and challenges 2010.

EMCDDA Insights, New heroin-assisted treatment, Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond, John Strang, TeodoraGroshkova and Nicola Metrebian, 2012.

Larimer, Mary E., Daniel K. Malone, Michelle D. Garner, et al. (2009). "Health Care and Public Service Use and Costs Before and After Provision of Housing for Chronically Homeless Persons with Severe Alcohol Problems." JAMA 301(13):1349-1357.

Les salles de consommation en Europe Synthèse de la revue de littératureinternationale, Note n° 09- 4, Cristina Diaz Gomez, le 20 mai 2009.

National Alliance to End, Homelessness. www.endhomelessness.org. This website has extensive nationwide homelessness data, pending legislation summaries, and other resources.

PERSPECTIVES ON DRUGS Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms, EMCDDA, juin 2015.

"Public Service Reductions Associated with Placement of Homeless Persons with Severe Mental Illness in Supportive Housing." Culhane, Dennis P., Stephen Metraux, and Trevor Hadley (2002). Housing Policy Debate 13(1):107-163.

Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study
Brandon D L Marshall, M-J Milloy, Evan Wood, Julio S G Montaner, Thomas Kerr,
Published **Online** April 18, 2011.

Réduction des risques chez les usagers de drogues *Synthèse et recommandations*,
INSERM, 30 juin 2010.

Seattle Office of Housing: Housing First.
www.seattle.gov/housing/homeless/HousingFirst.htm

Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility Evan Wood, Mark W. Tyndall, Julio S. Montaner, Thomas Kerr
CMAJ • November 21, 2006.

Swope, Christopher (2005). "A Roof to Start With." *Governing* 19(3):38-42.

The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility, [Bayoumi AM](#), [Zaric GS.](#), [CMAJ. 2008 Nov 18;179\(11\):1105-6.](#)

Vers un service d'injectionsupervisée, Rapport de l'étude de faisabilité sur l'implantation d'une offre régionale de services d'injectionsupervisée à Montréal, Richard Lessard, Carole Morissette, 201.