


cesser de consommer et trouver d'autres « objets d'investissement psychique » ; d'autres enfin, qui prennent conscience de leur mal-être et de la réponse qu'ils lui donnent, peuvent entreprendre une démarche visant à atténuer cette « douleur » voire à la faire taire.

Cette démarche, souvent adressée à un psychologue, rendra possible, par le moyen d'un travail de parole, sur un temps plus ou moins long, l'évaluation de la consommation, l'exploration des liens entre l'usage du cannabis et la « douleur », de la motivation au changement, la recherche de solutions alternatives, l'enga-

gement, le cas échéant, dans une véritable démarche thérapeutique.

Nous gageons que, sans les préalables décrits plus haut (travail avec les adultes, groupes de « jeunes »...), les démarches individuelles seraient plus difficiles : déni de l'importance de la consommation, déni des difficultés, méconnaissance des dispositifs, manque de confiance, représentations négatives des « soignants »..., et plus tardives, rendant ainsi, plus complexe et plus long le projet de « soins ». 

La réduction des risques : aujourd'hui et demain

Catherine Pequart
Psychiatre, directrice
médicale, Association
Charonne, Paris

Martine Lacoste
Directrice,
Association
Clémence Isaure,
Toulouse

La réduction des risques a induit une mutation dans la représentation des consommations de drogues, dans celles du soin et de la prévention : acceptation de l'usage, redéfinition du soin et de la prévention en fonction de la hiérarchie des risques encourus : « *Mieux vaut ne pas consommer de drogues mais, en cas de consommation, que ce soit de la façon la moins dangereuse possible. Mieux vaut ne pas s'injecter des drogues mais, en cas d'injection, que ce soit avec du matériel stérile* » [18].

Les pratiques de la réduction des risques se sont appuyées sur différents principes d'intervention :

- Accueillir sans condition ces usagers, là où ils sont et là où ils en sont ; « Aller vers » complétant « l'accueil et le traitement de la demande », et entrer en contact avec les publics, en particulier les plus marginalisés, qui ne veulent pas ou ne peuvent pas arrêter les drogues.
- Informer les personnes sur les risques associés à l'usage de drogue et leur prévention par toute forme de support, de conseils personnalisés ou d'interventions en groupe.
- Distribuer et promouvoir les matériels visant la prévention de la transmission interhumaine d'agents infectieux et des risques septiques (seringues, préservatifs, etc.), et récupération du matériel d'injection, usagé.
- Favoriser l'accès aux droits et aux soins.
- Orienter vers les dispositifs spécialisés et de droit commun.
- Soutenir l'action des groupes d'entraide, l'expertise et le soutien par les pairs.

Priorité à la santé publique

La réduction des risques s'est imposée dans les années quatre-vingt-dix, au nom de l'urgence médicale liée à l'épidémie du sida et sur des impératifs de santé publique. L'interdiction de vente de seringues (1972), malgré ses intentions protectrices, avait provoqué cette catastrophe

sanitaire. La réduction des risques a été promue sans que le débat sur la pénalisation de l'usage des drogues puisse être publiquement soutenu. La consigne était de « faire sans dire », de taire ce paradoxe aux yeux du grand public car la réduction des risques impliquait l'acceptation de l'usage... Les discours de la réduction des risques seront néanmoins portés par deux courants : celui qui pense que l'abus et la dépendance trouvent leurs sources dans une vulnérabilité particulière des usagers, le second se positionnant comme tenant du droit à consommer au nom de la liberté individuelle et ce à moindre risque.

Reconnaissance des usagers comme « experts »

L'expertise sur les questions des drogues était jusque-là portée par des acteurs de santé et de justice. Avec la réduction des risques, comme d'ailleurs auparavant aux origines du dispositif spécialisé de soins aux toxicomanes dans les années soixante-dix¹, les usagers de drogues deviennent experts en matière d'usage, et acteurs de la prévention. C'est à partir de leur savoir, sur les produits et leurs usages, que se développe une meilleure connaissance des modes de consommation et des risques encourus. C'est aussi sur leur responsabilisation que doit reposer une meilleure maîtrise des risques. Des travaux de recherche (médicale, sociologique ou ethnographique...) approfondissent ce savoir, avec toujours comme objectifs l'amélioration de la santé des usagers et de leur condition.

La morbidité et mortalité par le sida chez les toxicomanes ont également révélé le retard pris en France par les politiques publiques en terme de prévention, en comparaison des pays nord-européens, et les effets délétères des strictes politiques répressives. Il faut rappeler que cette dénonciation et les premières actions

1. Implication d'usagers dans l'accueil des premières institutions spécialisées telles que Marmottan ou l'Abbaye.

Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 83.

de réduction des risques ont d'abord été portées par les acteurs de l'humanitaire pour « limiter la casse ».

Les enjeux de l'institutionnalisation

Après plus d'une quinzaine d'années d'« expérimentation », de résultats probants, mais aussi d'interrogations critiques (mouvements d'associations de riverains, commission sénatoriale de 2003...), la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique inclut parmi ses orientations prioritaires « les comportements à risque et les pratiques addictives », et intègre officiellement la réduction des risques. Elle affirme la responsabilité de l'État en la matière, définit ses objectifs ; sécurise le statut et le financement des structures œuvrant dans ce champ, et assure aux usagers le bénéfice d'une prise en charge anonyme et gratuite.

En 2005, plusieurs textes réglementaires viennent rendre effective la loi : décret approuvant un référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues², décret relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (Caarud)³ :

Une enquête interassociative⁴, portée par l'association Safe sur le dispositif national de réduction des risques [54], dresse un état des lieux du dispositif français, Caarud et hors Caarud, et tente une description de son évolution entre 2003 et 2005.

- La couverture nationale reste non exhaustive : deux régions, trente-trois départements, plusieurs grandes villes... ne disposent pas de structures de réduction des risques identifiées.

- La dotation en personnels est faible, avec une moyenne de 4 ETP (équivalents temps plein) par Caarud (à peine plus de deux pour les structures non Caarud).

- La richesse de la réduction des risques tenait tant à l'innovation de ses pratiques qu'à la compétence de ces intervenants de terrain, en partie issues du volontariat ou de l'auto-support. Aujourd'hui, l'institutionnalisation dans le cadre de la loi de 2002 risque de mettre à mal cette richesse au regard de l'exigence de diplômes pour exercer dans les établissements « médico-sociaux » que sont devenus les Caarud.

- Une enquête complémentaire sur les budgets, menée par la commission réduction des risques de l'Anit, montre que la stabilisation financière du dispositif reste inégale sur le territoire national. Un effort important devra être fait pour les structures les plus petites, ainsi que pour les structures de réduction des risques « non Caarud ».

Des incertitudes persistent :

- Quelle stabilisation budgétaire pour le dispositif médico-social des Caarud ?

- Quel est le devenir des actions menées par des structures ou associations « non Caarud » ?

2. Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005.

3. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005.

4. Association nationale des intervenants en toxicomanie (Anit), Association française de réduction des risques, Médecins du monde.

- Quelle place va subsister pour l'innovation ?
- Faut-il dans les Caarud, lieux d'accueil inconditionnels, obliger à l'individuation et à la standardisation (dossier patient, document individuel de prise en charge : DIPEC), alors que précisément une des spécificités est de ne pas contractualiser de liens *in situ* et l'une des missions est d'orienter vers des prises en charge ?

- Comment le dispositif de soins spécialisés en addictologie — incluant le secteur Alcool — s'engagera-t-il dans la réduction des risques, prévue dans ses missions ?

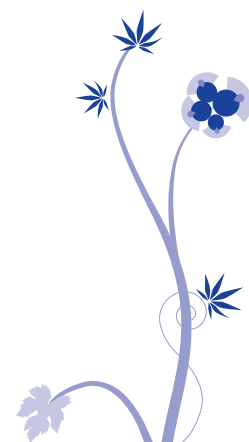
Quelles spécificités cliniques entre réduction des risques et soins ?

Outre le développement de services spécifiques, l'enjeu pour la réduction des risques a été et continue d'être l'adaptation des pratiques sanitaires et sociales afin de les rendre plus efficaces et plus accessibles à ceux qui n'en demandent et n'en attendent rien ou peu de chose.

La réduction des risques est inscrite dans les missions des centres de soins. Les décrets imputent aux futurs centres de soins, d'accompagnement, de prévention en addictologie (Csapa), comme aux actuels centres de soins spécialisés en toxicomanie (CSST), une mission de réduction des risques : « repérage précoce des usages nocifs et la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives ». L'intégration de la réduction des risques aux pratiques des structures de soins peut soulever des questionnements et des difficultés au sein des équipes si elle est trop assimilée à la mise à disposition des matériels de consommation, alors que les pratiques en sont multiples.

Les spécificités des services de réduction des risques sont l'accueil inconditionnel à seuil adapté d'exigence, non contractuel, œuvrant dans la logique d'« aller vers », là où sont les usagers et là où ils en sont... Ces pratiques supposent que se développent des théorisations et des pratiques autour d'une « clinique de la non-demande » et du travail avec les groupes. Escamoter ces priorités et trop individualiser l'accueil et l'accompagnement, pourrait aboutir à une confusion d'objectifs entre réduction des risques et soins, avec à terme la disparition de l'un au profit de l'autre, soit plus probablement l'absorption de la réduction des risques par le soin.

Les intervenants en réduction des risques ont des fonctions d'intermédiaire et de relais, de médiation et de tremplin entre les lieux de prise en charge et les usagers qui en sont le plus à l'écart : soutien dans les démarches, explicitation des logiques institutionnelles, médiation et négociation avec ces institutions. Mais face à certaines situations, ces structures mènent des actions qui vont au-delà en assurant des accompagnements et suivis médico-psycho-sociaux. En particulier, elles peuvent accompagner un grand nombre d'usagers chroniquement inscrits dans les consommations, les comorbidités psychiatriques et somatiques, et marginalisés : usagers qui y trouvent des lieux capables



d'accompagner à moindre risque et au long cours cette chronicité, dans la proximité du quotidien.

Au plan des traitements médicamenteux, on peut déplorer que seuls deux programmes de substitution bas seuil — « bus Méthadone » — s'inscrivent clairement à la fois dans le soin et dans des perspectives de réduction des risques.

L'approche psychothérapeutique a été plus ou moins radicalement mise de côté dans la perspective de réduction des risques. En fait, les modèles psycho-dynamiques apparaissent compatibles avec une approche pragmatique des usagers et de leurs usages, conçus comme une stratégie d'adaptation, à laquelle la conscience a plus ou moins accès (automédication, gestion des relations, des émotions, béquille identitaire...). Les drogues ont un sens et une fonction dans la vie des sujets, d'où une vraie ambivalence par rapport à l'arrêt de ces consommations, qui sont, dans un certain nombre de cas, inévitablement et/ou hautement risqués ici et maintenant. Des objectifs de diminution et de reprise de contrôle sont recevables et peuvent être accompagnés. Ils visent à initialiser un processus de changement à travers des étapes « réalisables » telles que modérer les consommations ou réduire les dommages qui y sont associés; cette intention de lien étant le préalable à l'intention de soin.

La prévention et le soin du VHC : état actuel de l'épidémie, dépistage, accès aux soins, prévention, perspectives...

Si le succès de la réduction des risques en matière de VIH est incontestable, les effets sur le virus de l'hépatite C (VHC) sont nettement moins performants. Sur les 500 000 à 600 000 personnes atteintes par le VHC, une majorité sont ou ont été usagères de drogues. 50 à 70 % des usagers de drogues par voie veineuse et intranasale sont contaminés. Seuls 10 à 15 % d'entre eux sont actuellement traités, alors que les traitements conduisent à la guérison dans globalement 50 % des cas. Sur environ 4 500 contaminations annuelles par le VHC, 70 % concernent des usagers de drogues. Les contaminations par le virus de l'hépatite B persistent alors qu'il existe un vaccin efficace disponible.

Dépistage

40 % des structures de réduction des risques proposent un accès actif au dépistage [54]. Celui-ci doit donc être rendu plus opérationnel par différentes mesures (recherche d'ARN viral sur le même prélèvement en cas de sérologie positive, mise au point de nouveaux outils de dépistage, type salvettes ou buvards, plus adaptés à l'accueil bas seuil).

L'accès aux traitements

Les délais entre la connaissance d'une sérologie positive et la mise sous traitement sont très importants. Pour améliorer cet accès, il faudrait :

- mieux informer les patients porteurs du VHC sur les traitements;

- impliquer davantage les médecins généralistes (de ville et de structures spécialisées);
- maintenir et faciliter les prises en charge par l'assurance maladie (ALD, AME...);
- lever les freins aux traitements, en particulier relatifs aux consommations actives d'alcool ou de drogues;
- améliorer les conditions de vie des usagers (ressources et hébergement).

Le plan Hépatite du ministère de la Santé (2005) faisait priorité aux usagers de drogues : renforcement de la vaccination VHB, prévention de la contamination des usagers non encore infectés, développement des traitements de substitution par la méthadone réputés plus efficaces que la buprénorphine haut dosage (Subutex® ...) en matière de prévention, accès aux dépistages, facilitation des bilans, amélioration de l'accès aux traitements...

Du point de vue des intervenants spécialisés en toxicomanie, favoriser l'accès aux soins du VHC chez ces personnes précarisées et coupées de soutiens familiaux et environnementaux suppose d'ajuster les moyens des équipes pluridisciplinaires et de créer des places d'hébergement thérapeutique et de stabilisation pour la mise sous traitement. La question est aussi celle de la couverture de l'ensemble du territoire national par ces structures (CSST, Caarud). Ces aspects recouvrent l'objectif de favoriser l'unité de lieu et de temps dans les propositions de suivis pluridisciplinaires de ces patients.

La prévention des contaminations par le VHC

La prévention des contaminations par le VHC est complexe du fait de l'étendue des pratiques contaminantes au-delà du partage de la seringue : partage de la cuillère, du petit matériel, réutilisation... Une prévention efficace nécessiterait une vigilance de tous les instants pour les usagers, peu compatible avec l'urgence des consommations, et pour beaucoup la précarité de leur condition.

Si l'injection semblait en diminution, les enquêtes récentes montrent une augmentation sensible du nombre de seringues distribuées entre 2004 et 2005 sur les programmes d'échange de seringues et dans les pharmacies d'officine (soit au total une augmentation de 7,5 % pour la France métropolitaine). Or il y a proportionnellement déficit de distribution des petits matériels (stéricups : 30 % des seringues, stérifilts : 20 % des seringues). Les kits Sniffs sont controversés, les kits Crack non validés... Soit autant de voies de contamination possibles pour le VHC, pour lesquelles le « principe de précaution » devrait s'appliquer...

Il convient donc de multiplier les approches de dépistage, mais aussi des politiques offensives d'accès aux traitements, si l'on veut que le bassin de virus dans lequel vivent les usagers ait quelques chances de se tarir, les contaminations de se ralentir, la mortalité par le VHC de s'amortir.

Les contaminations par le VHC sont connues pour être précoces dans les parcours de consommation, d'où l'importance de responsabiliser les pairs, assistant souvent les premières pratiques d'injection. L'éducation

à l'injection développée à travers des outils et des expériences récentes⁵ est également à promouvoir pour atteindre ces objectifs de santé publique.

Soutenir les interventions en milieu festif

Les actions en milieu festif sont emblématiques de l'indispensable réactivité, adaptabilité et évolutivité qu'il convient de garantir pour la réduction des risques, et que son institutionnalisation peut brider.

Les paramètres sont ici multiples :

- Diversités du « milieu festif », des raves aux free parties... en passant par les discothèques, les manifestations étudiantes, les marges des rassemblements populaires ou sportifs... Multiplication des événements et espaces qui appellent des interventions « sur mesure ».

- Diversité des substances psychoactives consommées selon les milieux : drogues illicites (ecstasy, amphétamines, LSD, cocaïne, kétamine, GHB, poppers, opiacés...), dont les compositions sont toujours incertaines, ou alcools (bières ou alcools forts) conduisant à penser la réduction des risques aussi vis-à-vis de l'alcool.

- Diversité des publics : « groupes de pratiques prudentes » et « groupes de pratiques sans limites », jeunes novices associant volontiers les produits...

- Diversité des logiques d'usage et des effets recherchés : initiatiques, socialisants, stimulants...

- Diversité des modes d'usages : « gobeurs », associations de substances, augmentation du sniff, retour de l'injection...

- Et donc diversité des risques potentiels : risques somatiques, sexuels, psychologiques et psychiatriques (*bad trip*), risques d'agression, risques d'accidents entre autres routiers...

Les interventions doivent donc tenir compte de ces diversités : distribution d'eau, de boissons non alcoolisées, de nourriture, matériels de prévention, tracts et documents de prévention (flyers), espaces de repos (*chill out*), lutte contre les risques routiers...

Le « milieu festif » a fait aussi la preuve que les messages de prévention sont plus crédibles quand ils s'appuient sur la participation des pairs et des intervenants issus de l'autosupport, et que la mise à disposition d'une information fiable favorise autoévaluation et responsabilisation. La dimension collective du rapport au risque et des effets recherchés ouvre la possibilité d'élaborer des savoirs collectifs et communautaires.

Les messages de prévention dans les cadres festifs tournent autour de la gestion à moindre risque de l'usage des produits : connaissance et contrôle des effets physiques et psychologiques, diffusion des alertes sanitaires, définition des modalités de prises, ajustement des consommations par la connaissance de soi, évitement de l'inversion des effets...

On peut ici regretter la condamnation de l'expérience

« testing » (analyse rapide *in situ* des produits) qui, au-delà des interrogations sur sa fiabilité pharmacologique, fait perdre un mode d'approche et de contact et une occasion d'interroger les prises de produits.

Développer une politique spécifique de réduction des risques spécifiques en milieu carcéral

30 à 35 % des détenus sont des usagers de drogues habituels, quelles que soient les drogues utilisées. La souffrance de la détention génère très fréquemment un accroissement des consommations de produits stupéfiants, y compris chez des personnes non toxicomanes et qui vont là être initiées à l'usage. Les trafics concernent les produits venant de l'extérieur et les médicaments délivrés par les services médicaux (benzodiazépines, Subutex®) [28].

Les premières substances consommées en prison sont donc sans doute les médicaments. Le cannabis est également largement présent, mais aussi dans de moindres mesures la cocaïne, l'héroïne... Fait remarquable, il n'y a pas ou peu d'alcool en prison, donc une appétence énorme pour d'autres types de substances (P. Beauverie [1]).

Au nom des principes de continuité des soins et de prévention, les objectifs généraux de réduction des risques doivent être poursuivis en milieu pénitentiaire. Ils doivent s'appuyer sur les services existants d'aide aux détenus : CSST pénitentiaires qui sont soumis aux mêmes missions de réduction des risques que les structures de soins en « milieu ordinaire », services médicaux (Ucsa).

Quelles préconisations pour améliorer la réduction des risques en prison ?

- Actualiser les connaissances des acteurs : détenus, soignants, intervenants sociaux et surveillants, à travers une information qui tient compte des réalités : information sur les produits, leurs usages, les traitements (traitement de substitution, benzodiazépines en détention), et les risques encourus notamment sanitaires (pratiques de sniff, et aussi sur l'injection potentielle ou réelle), et travailler plus ouvertement sur les risques sexuels patents.

- Privilégier l'existence d'espaces de parole et de confidentialité, permettant un travail autour de la consommation et des risques.

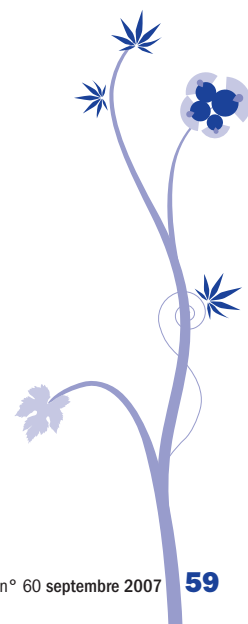
- Mettre à disposition des outils de prévention : flyers adaptés en milieu carcéral, travail en groupe sur la base de documents vidéo ou autres, préservatifs, pailles à usage unique, seringues ?

- Se doter de recueil de données fiables sur l'état de santé des détenus (en particulier en matière de VHC) et sur leurs comportements à risques... inexistant à ce jour.

La question de l'injection en prison

La saturation des enjeux autour de la distribution du matériel d'injection a entretenu et neutralisé les réflexions

5. 17'10... Une injection à moindre risque, Apothicom, 2006, Aide à l'injection en milieu festif (MDM).



sur les mesures de prévention spécifiques au milieu carcéral. Les estimations sur les pratiques d'injection sont difficiles et controversées. Il existe néanmoins des témoignages de détenus toxicomanes ou de surveillants sur l'injection en prison, mais pas d'informations fiables en France quant à l'ampleur de ces pratiques. Ce qui est certain, c'est que s'il y a injection, il y a partage et réutilisation d'un matériel pénurique, réputé de fabrication artisanale. Or dès 1993 les recommandations officielles de l'OMS stipulent : « Dans les pays où les seringues et les aiguilles stériles sont rendues accessibles aux UDVI, il convient de promouvoir la mise à disposition de matériel stérile d'injection pendant la détention. » Ces expériences existent dans nombre de pays voisins, sans dommages notables ni pour la sécurité ni dans une explosion des consommations (C. Calderon [1]).

Favoriser l'acceptation des structures et des usagers sur les territoires urbains : médiation et prise en compte de l'environnement

La France fait aujourd'hui, dans certains quartiers, l'expérience de la fronde des habitants, et en écho des élus locaux, à l'égard des usagers de drogues. Les structures qui leur sont dédiées, implantées ou cherchant à s'implanter, subissent le même sort.

Face aux mêmes phénomènes, les Pays-Bas ont promu ces dernières années une « politique des nuisances », moins connue que leur politique de tolérance et de réduction des risques. Ces « nuisances » désignent de façon floue et diffuse tout comportement considéré par les non-usagers comme trouble de l'ordre ou de la sécurité publique (comportements violents, petite délinquance, agressivité, intimidation, abandon de seringues ou de détritiques, bruits et attroupement sur l'espace public, présence irritante des usagers...). Elles sont définies principalement par les citoyens et non par la justice ou les soignants. Le cercle des acteurs en matière de drogues a pu donc s'élargir aux citoyens non usagers, aux maires...⁶ L'État hollandais, par exemple, stimule l'action de citoyens coresponsables, encourage de nouveaux liens transversaux (entre les secteurs judiciaire, administratif, et de soins...), ce au niveau local (municipalité), et soutient des projets visant à réconcilier des objectifs initialement contradictoires de limitation des risques et de lutte contre les nuisances.

Les politiques néerlandaises ou suisses « jusqu'au-boutistes » dans le pragmatisme doivent nous faire réfléchir. Elles ne remettent pas en cause les modes de traitement des toxicomanes et de la toxicomanie, mais elles poussent à représenter simultanément des intérêts contradictoires, sans vouloir convaincre à tout prix, en acceptant la coexistence des différentes représentations et perceptions des problèmes. Le prix en est

6. En France, et peut-être seulement à Paris, des expériences approchantes ont lieu telles « le panel citoyen » organisé par la mairie du 19^e arrondissement, ou l'association Coordination toxicomanie dans le Nord-Est parisien, lieu de visibilité des trafics et consommations de crack.

toutefois une grande incursion de la répression dans le soin, et une insuffisance de preuve à ce jour quant au bien-fondé de cette alliance. Il n'en demeure pas moins que l'idée d'une concertation et d'un « échange de garanties » entre les usagers, les structures et les habitants des quartiers paraît plus opérationnelle, et de nature à œuvrer à une meilleure sécurité pour tous.

En conclusion

Si l'on peut se satisfaire de l'évolution passée de la politique de soin et de réduction des risques en France, elle doit néanmoins être poursuivie, consolidée, et garder la souplesse et les capacités d'innovation et d'adaptation aux usagers, aux usages et aux contextes.

L'insuffisance est criante dans certains lieux ou domaines : départements non dotés de structures ; Caarud au bord de l'asphyxie financière, pour certains quasiment avant d'avoir réellement existé ; difficulté de promotion de la réduction des risques en milieu pénitentiaire ; « faiblesse » de la prévention et insuffisance dans l'accès aux traitements des infections par le VHC...

Une des fragilités de la réduction des risques vient sans doute de son acceptation en population générale et donc de son soutien inégal des politiques, pour lesquels elle représente un thème risqué. Même si les principes de la réduction des risques peuvent être maintenant admis, les services qui s'occupent des usagers ont des problèmes importants d'implantation, de survie et de reconnaissance.

Quoi qu'il en soit, comment une société pourrait-elle se passer du concept de réduction des risques, en particulier dans ses dimensions « d'aller vers les personnes, là où elles sont, là où elles en sont » ? Bien au contraire, il est d'un intérêt majeur de tenter de l'étendre à d'autres comportements (consommation d'alcool, insécurité routière...) dans une vision prospective et humaniste de la prévention. 