



**CREER UN CAARUD POUR USAGERS DE
DROGUES, PRECARISES OU EN ERRANCE :
PROPOSER UN LIEU D'ACCUEIL FIXE ET UNE
UNITE MOBILE**

Karlheinz CERNY

2014

cafedes



Remerciements

Je remercie l'ensemble des personnes, formateurs, professionnels et proches, qui m'ont aidé et soutenu dans la réalisation de ce travail.

Sommaire

Introduction	1
1 Un appel à projet, une réponse attendue	3
1.1 Le contexte de l'appel à projet	3
1.1.1 Les grandes lignes de l'appel à projet	3
1.1.2 Ecart entre existant et besoins	4
1.1.3 Loi de Santé publique et Décret 2004	5
1.1.4 Définition des missions des CAARUD	7
1.1.5 Enquête CAARUD 2006.....	9
1.1.6 Absence de réponses sur le territoire	10
1.2 L'Association et son Pôle Addictologie	11
1.2.1 La Sauvegarde du Nord	11
1.2.2 Le Pôle Addictologie.....	12
1.2.3 Une expérience en Réduction de risques depuis 1996.....	12
1.2.4 Légitimité et reconnaissance d'expertise	13
1.3 Les usagers de drogues précarisés ou en errance	16
1.3.1 Les usagers de drogues fréquentant les CAARUD	16
1.3.2 Les jeunes en errance.....	17
1.3.3 Les particularités du « public cible » dans l'Arrageois.....	19
2 Une philosophie d'intervention à adapter au contexte local	25
2.1 Une situation de départ à la création d'un nouveau CAARUD	25
2.1.1 Une association engagée sur les questions de société	26
2.1.2 Le Pôle Addictologie au service d'un nouveau projet.....	26
2.1.3 Un intérêt associatif de l'implantation dans le Pas-de-Calais	31
2.2 Nouveau territoire, nouvelles compétences ?	33
2.2.1 Etat des lieux de la réduction de risques dans l'Arrageois.....	34
2.2.2 Des difficultés attendues en lien avec l'étendue et l'hétérogénéité du territoire ...	36
2.2.3 Des explications possibles	38
2.2.4 Des hypothèses d'actions aux services de pratiques adaptées	39
2.3 Un partenariat en question	40
2.3.1 Etat des lieux d'un partenariat potentiel.....	40
2.3.2 « Chez eux, ce n'est pas comme chez nous ! », des difficultés à anticiper.....	43

2.3.3	Hypothèses d'actions et de construction d'une opérationnalité au service des usagers	46
3	Le CAARUD « Step-in »	49
3.1	Le choix d'un petit service souple et multi fonctions	49
3.1.1	Le modèle des « microstructures ».....	49
3.1.2	Une organisation adaptée.....	52
3.1.3	L'importance des personnes « relais »	60
3.2	Des articulations « gagnant-gagnant »	62
3.2.1	Au sein du Pôle Addictologie	62
3.2.2	Un enrichissement mutuel des pratiques	63
3.2.3	Formation, GPEC et IRP.....	63
3.3	Une approche pragmatique et transférable	65
3.3.1	Le modèle suisse adaptable dans le Pas de Calais.....	65
3.3.2	Une adaptation aux territoires.....	66
3.3.3	Une adaptation des interventions aux besoins des publics	67
3.3.4	Les outils de management.....	69
3.3.5	Les « limites » de la transférabilité	71
	Conclusion	75
	Bibliographie	77
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAP :	Appel A Projet
ACT :	Appartements de Coordination Thérapeutiques
ADNSEA :	Association Départementale du Nord de la Sauvegarde de l'Enfance à l'Adulte
AFR :	Association Française de Réduction des risques
ANESM :	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANIT :	Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
ANITeA :	Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie
ANPAA :	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ANPREF :	Association Nationale de Prévention et de Réduction des risques en Espaces Festifs
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASE :	Aide Sociale à l'Enfance
BDI :	Boulogne drogue info (association)
BPCO :	Broncho-pneumopathie Chronique Obstructives
CAA :	Centre d'Apprentissage Artisanal
CAARUD :	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CAFERUIS :	Certificat d'aptitude aux fonctions 'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale
CCAS :	Centre communal de l'action sociale
CCE :	Comité centrale d'établissement
CDAG :	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CE :	Comité d'établissement
CEMEA :	Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active
CHRS :	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CJC :	Consultation Jeunes Consommateurs
CLS :	Contrats locaux de santé
CMPP :	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNRMS :	Coordination nationale des réseaux de microstructures médicales
COT :	Centre d'Observation et de Triage (puis de Traitement)
CSAPA :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP :	Code de santé publique
CSST :	Centre de soins spécialisé en toxicomanie
CU :	Communauté urbaine
CVS :	Conseil de vie sociale
DASRI :	Déchets d'activités de soins à risques infectieux
DCD :	Democracy, Cities and Drugs
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DGS :	Direction Générale de la Santé
DVD :	Digital Versatile Disc
ESCAPAD :	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense
ESMS :	Etablissement social et médico-social
ETP :	Equivalent de temps plein
F3A :	Fédération des Acteurs en Alcoologie et Addictologie
FESU :	Forum Européen de la Sécurité Urbaine
FJT :	Foyer de jeunes travailleurs
GPEC :	Gestion prévisionnelle des emplois et compétences
ICM :	Indice comparatif de mortalité
IDE :	Infirmier diplômé d'état
ILS :	Infraction à la législation sur les stupéfiants
IME :	Institut Médico-Educatif
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPM :	Ivresse publique et manifeste
IRP :	Instances représentatives du personnel
ITEP :	Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique
MdM :	Médecins du Monde
MECS :	Maison d'Enfants à Caractère Social
MILDECA :	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives
MILDT :	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies
N/PdC :	Nord/Pas-de-Calais
OEDT :	Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies
OFDT :	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
PES :	Programme d'Echange de Seringues
PRS :	Projet Régional de Santé
PSRS :	Plan Stratégique Régional de Santé
RDR :	Réduction Des Risques
SCMR :	Salle de Consommation à Moindres Risques

SDF :	Sans Domicile Fixe
SIAO :	Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SROMS :	Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SWOT:	Strengths [forces], Weaknesses [faiblesses], Opportunities [opportunités], Threats [menaces]
TGI :	Tribunal de Grande Instance
TREND :	Tendances Récentes En Nouvelles Drogues
TROD :	Test rapide d'orientation diagnostique
TSO :	Traitement de substitution aux opiacés
UD :	Usager de Drogues
UDVI :	Usager de Drogues par Voie Intraveineuse
UTPAS :	Unité territoriale de prévention et d'action sociale
VHB :	Virus de l'Hépatite B
VHC :	Virus de l'Hépatite C
VIH :	Virus d'Immunodéficience Humaine
ZP :	Zone de Proximité

Introduction

Directeur du dispositif « métropole lilloise » du Pole Addictologie de la Sauvegarde du Nord, responsable de sept services, dont deux CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques) à Lille et Roubaix depuis 2011 et participant à l'enquête inter associative de 2006 sur l'état de lieu de ce dispositif au niveau national, j'ai été particulièrement sensible à l'appel à projet de l'ARS Nord-Pas de Calais (Agence régionale de Santé du Nord-Pas de Calais) portant sur la création d'un CAARUD à Arras. Mon mémoire portera sur cette création à partir d'un appel à projet précis, visant à la mise en place d'un lieu d'accueil fixe et d'une unité mobile sur un territoire urbain et semi rural lancé en juillet 2013.

L'association pour laquelle je travaille depuis vingt ans dans différents champs d'accompagnement a, depuis sa création, démontré une volonté politique d'innovation dans le secteur du travail social. Très investie depuis plus d'un quart de siècle dans les prises en charges des jeunes souffrant de toxicomanies, puis d'addictions, elle suit l'évolution des phénomènes d'addiction et propose régulièrement des modalités d'accompagnements nouvelles et adaptées aux besoins de populations particulièrement fragilisées. Cette volonté d'innovation est explicitée dans le projet associatif, portée par son conseil d'administration et rendue opérationnelle par l'engagement de la direction générale et l'ensemble des directeurs. Après avoir pendant des années souscrit au slogan « chaque personne est unique ! », l'association a adopté depuis 2010 son nouveau leitmotiv : « s'engager et agir ». A ce titre la réponse à un appel à projet n'est pas une simple opportunité mais un engagement d'action réfléchi en fonction des besoins et des compétences.

La loi de santé publique de 2004 a reconnu l'efficacité des dispositifs de réduction de risques dans la lutte contre les maladies infectieuses dans la population d'usagers de drogues. Elle a permis l'institutionnalisation de ces dispositifs et pérennisé leurs financements par la sécurité sociale. Cependant à ce jour, la couverture territoriale de ces dispositifs appelés CAARUD, reste insuffisante et les évolutions des pratiques de consommation et des publics exigent des adaptations et la création de réponses nouvelles.

L'appel à projet de l'ARS Nord-Pas de Calais s'inspire de ces exigences. Un contexte général préoccupant sur le territoire de santé, l'apparition de nouveaux publics, une absence de réponse sur le territoire sont autant de témoins d'une problématique réelle.

Je propose d'analyser les écarts entre l'existant et les besoins spécifiques à partir de cet appel à projet et un cahier des charges particulièrement travaillé par les autorités de contrôle et de tarification. Un descriptif général de l'association, de son expérience dans les prises en charge des addictions et sa volonté d'innovation doivent être confrontés à une présentation de ces publics spécifiques, leurs caractéristiques et leurs besoins.

A partir de connaissances statistiques et des enjeux socioculturels une stratégie d'intervention doit se mettre en place. A l'aide de la pratique d'un « SWOT » (forces, faiblesses, opportunités et menaces), une analyse approfondie des enjeux me permettra de choisir mes options d'action dans la création d'un nouveau CAARUD. Le respect d'une philosophie d'intervention en réduction de risques articulé avec les autres dispositifs spécialisés ou de droit commun favorisera la mise en place de choix opérationnels.

La mise en place d'un nouveau projet sur un nouveau territoire et à partir de nouvelles pratiques d'interventions en sera l'objet. L'inspiration viendra d'expériences extérieures, mais aussi des compétences internes de l'organisation. Elle nécessitera dans tous les cas des procès d'adaptation aux besoins spécifiques du territoire, des populations et des forces vives existantes. Les limites du projet doivent être anticipées, afin de garantir la survie du nouveau dispositif dans une temporalité administrative vivable.

L'action de l'association est reconnue en termes d'animation de dispositifs de réduction de risques aussi bien sur Lille, Roubaix que sur le sud du département. De fait, la réponse associative à l'appel à projet s'inspire d'une logique d'engagement. Cette candidature se déclinera en différentes propositions d'interventions, lieu d'accueil fixe, interventions en milieu festif et la mise place d'une antenne mobile dans le respect du cahier des charges de l'appel à projet.

1 Un appel à projet, une réponse attendue

Les dispositifs de réduction des risques ont obtenu leurs reconnaissances institutionnelles sous l'appellation de « CAARUD », dans le cadre de la loi de santé public du 09 août 2004.¹ Les missions des CAARUD sont définies dans le décret du 19 décembre 2005 (articles R 3121-33-1 à R 3121-33-4 du Code de Santé publique).²

1.1 Le contexte de l'appel à projet

1.1.1 Les grandes lignes de l'appel à projet

L'appel à projet de l'ARS Nord-Pas de Calais du 23 juillet 2013 s'inscrit dans le projet régional de santé. De fait, il s'avère que le département du Pas de Calais bénéficie d'une couverture inférieure à la moyenne régionale en équipement de CAARUD (0,21 en PdC contre 0,35 dans le Nord pour 100 000 habitants).

L'appel à projet ambitieux vise à la fois les populations locales du bassin de l'Arrageois-Douaisis, consommatrices de substances psycho-actives, mais également les populations de transit. Il s'agit de personnes usagères de drogues ou toxicomanes pas encore inscrites dans une démarche de soin et en situation de fragilité. Cette précarité matérielle, sociale ou psychique expose ce public cible à des prises de risques liées à leurs consommations, qu'elles soient infectieuses, sexuelles ou environnementales. Les publics les plus précarisés ou en errance, les femmes ou les personnes souffrantes de pathologies somatiques sont à viser en priorité.

Un accent particulier est porté, en dehors d'un lieu d'accueil fixe traditionnel, à la mise en place de nombreuses activités dites « hors murs ». Ces activités dites « hors murs » se doivent d'être constituées d'interventions dans le milieu festif, appelé aussi « scène ouverte », d'interventions de type « maraudes » dans une démarche du « aller vers » à partir d'un travail de rue ou encore des interventions en milieu carcéral. Le cahier des charges précise que le porteur de projet peut être une structure associative ou un établissement sanitaire du secteur public à condition que ce dernier ait préalablement développé une activité de soins en addictologie (CSAPA).

¹ LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel du 11 août 2004, 4-94.

² LE PREMIER MINISTRE. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Journal officiel du 22 décembre 2005, 44-113.

Par ailleurs l'ARS insiste dans cet appel à projet au nécessaire développement d'un partenariat avec les officines du territoire et à la mise en place de programmes d'échanges de seringues sous différentes formes (installations de distributeurs/récupérateurs de seringues, programme d'échange de seringues en pharmacie,...), mais aussi avec le CAARUD « Atypik » de Lens. Les missions seront celles d'un CAARUD, tel que le précise le Code de Santé Public (CSP).

Enfin l'appel à projet fixe l'échéancier avec une date limite de dépôt de dossier au 06 novembre 2013 et une réalisation du projet retenu durant le premier semestre 2014.

1.1.2 Ecart entre existant et besoins

Le SROMS de la région Nord-Pas de Calais, dont la décision date du 09 mai 2011³, décrit la région à partir de son diagnostic comme « la région, de loin, la plus impactée par les problématiques liées aux addictions ». Les consommations de substances licites et illicites impactent considérablement l'état sanitaire de la population générale du N/PdC, mais provoquent également des « conséquences familiales, sociales et sociétales » importantes. L'objectif opérationnel « D2.2b » affiche clairement la nécessité d'une poursuite de développement de la politique de réduction de risques, afin d'améliorer l'accès aux dépistages de maladies infectieuses et de renforcer l'accueil et la prise en charge de publics vulnérables.

La ville d'Arras est connue pour ces festivals culturels tels que le « Main Square Festival », le « Festival Arsène » ou encore le « Arras Film Festival », qui rassemblent tous les ans des milliers de jeunes de « transit », des habitants « saisonniers », comme les étudiants ou des jeunes en errance, voyageant de festival en festival.

Les consommations massives de produits psychotropes licites ou illicites en lien avec ces événements festifs d'une population de jeunes en recherche de repères, de réponses ou de solutions ne sont qu'une des conséquences de leurs difficultés de vie.

Les difficultés d'accès à un hébergement d'urgence (CHRS) pour les jeunes en errance aussi bien sur Lille que sur Paris font, pour ces personnes d'Arras une destination de choix intermédiaire imaginée et accentuent l'accroissement des situations d'exclusion.

³ DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DU NORD/PAS-DE-CALAIS. Décision portant sur la création du comité de pilotage du SROMS N/PdC du 09 mai 2011.

La ville d'Arras, cité universitaire, est située à environ 50 kilomètres au sud de Lille sur l'axe Lille – Paris. Après Boulogne-sur-Mer et Calais, Arras est, avec ses 42 000 habitants, la troisième plus grande ville du Pas-de-Calais. Elle est implantée dans la zone géographique appelée « Artois-Douaisis », qui couvre un territoire de plus de 2000 km², hébergeant une population de 267 000 habitants. Il s'agit également de la ZP (zone de proximité) la plus importante du département du Pas de Calais. 16 % de la population vit à Arras intra muros et 38 % dans la communauté urbaine de la ville d'Arras. Le reste de la population du bassin géographique vit dans la zone périphérique à dominance rurale.

Cependant aucun dispositif de réduction de risques de proximité n'existe sur le territoire. Le CAARUD le plus proche se situe à Lens, à 20 kilomètres dans un secteur où les déplacements des usagers sont un frein à l'action médico-sociale.

L'appel à projet préconise des interventions auprès d'un public « multi cible », composé à la fois du public traditionnel d'un CAARUD, de jeunes en errance, d'étudiants consommateurs et d'usagers de drogues « cachés en milieu rural, ce qui nécessite des interventions « multi formes » à partir d'un seul outil d'intervention, un CAARUD. Le diagnostic approfondi et une adaptation de l'accompagnement en fonction des terrains d'intervention sont des conditions indiscutables à l'intérieur du cadre réglementaire des CAARUD.

1.1.3 Loi de Santé publique et Décret 2004

En France, le législateur intervient de manière significative sur l'usage de drogues en promulguant la loi du 31 décembre 1970⁴ sur les stupéfiants, loi qui pour la première fois fait la distinction entre drogues licites (tabac, alcool et médicaments psycho actifs) et drogues illicites (substances inscrites sur le tableau des stupéfiants). A cette période, l'usage de drogues dites illicites concerne essentiellement la jeunesse française enflammée dans des mouvements de contestations culturelles et sociétales. Cette loi pénalise la détention, la revente et la consommation de stupéfiants sur la voie publique, comme dans l'espace privé du citoyen. Elle préconise, soit la poursuite des contrevenants et toxicomanes nuisibles pour la société française au même titre que les ennemis d'état, soit leur inscription dans un dispositif de soins.

⁴ Annexe 1 : Journal officiel du 03 janvier 1971, publication de la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970

« L'utilisateur est visé par des sanctions pénales, quel que soit son usage, et n'a d'alternative qu'entre un statut de malade ou une abstinence complète. »⁵

Enfin pour accompagner ces mesures de lutte contre les toxicomanies le décret du 13 mars 1972⁶ régleme la vente libre des seringues en pharmacie en instaurant l'obligation d'une prescription médicale pour pouvoir accéder à ce matériel sanitaire. L'épidémie du SIDA, particulièrement meurtrière dans la population d'usagers de drogues, a amené Madame Barzach, ministre de la santé, en 1986 et Madame Veil en 1987 à modifier ce décret en libéralisant la vente de seringues en officine, décret finalement pérennisé par Claude Evin en 1989.⁷

Dans la région Nord-Pas de Calais les premiers programmes d'échanges de seringues (PES) ont été mis en place par l'association AIDES au début des années 1990.

En 1993 ouvrent les deux premiers lieux d'accueil pour usagers de drogues actifs, appelés hâtivement « des boutiques » à Paris et Marseille, dans une approche dite de réduction de risques et des dommages liés à la consommation de produits psycho actifs. A Lille le premier dispositif de réduction de risques est ouvert par la Sauvegarde du Nord en 1996.

Les financements de ces lieux appelés « boutiques » sont assurés annuellement et de manière non pérenne par la « division sida » et certaines collectivités territoriales. La politique de réduction de risques a rapidement démontré son efficacité en termes de santé publique à travers la diminution du nombre de décès par surdose, ainsi que la diminution des infections au VIH dans la population ciblée.

La loi de santé publique du 09 août 2004⁸, composée de près de 160 articles, évoque pour la première fois la responsabilité des autorités sanitaires de la République en matière de santé publique. Ce texte poursuit comme objectifs « la surveillance de l'état de santé de la population », « la lutte contre les épidémies », « la prévention et l'amélioration de l'état de santé des personnes en situation de handicap », « l'information et l'éducation à la santé », « l'identification et la réduction de risques pour la santé au travail », « la réduction des inégalités de santé », « la qualité et la sécurité des soins », « l'organisation

⁵ Dr. MOREL A., COUTERON JP., Dr. FOUILLAND P. / éd., 2010, *Aide mémoire d'addictologie*, 1^{ère} éd., Paris : Dunod, 442 p.

⁶ Annexe 2 : Décret n° 72-200 du 13 mars 1972

⁷ Annexe 3 : Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

⁸ LE PRESIDENT DE LA REPUBLIQUE. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal officiel du 11 août 2004, 4-94.

du système de santé » et « la démographie des professions de santé ». Par ailleurs, la loi affirme que « l'accès et la prévention aux soins des populations fragilisées constituent un objectif prioritaire ». Dans l'article 12 de cette loi, l'état reconnaît le dispositif de réduction de risques en addictologie sous l'appellation de centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques d'usagers de drogues, CAARUD. L'institutionnalisation du dispositif prévoit son financement intégral par l'état, via l'assurance maladie à partir du 01 janvier 2006, et garantit aux usagers une prise en charge anonyme et gratuite. Le décret du 19 décembre 2005⁹ et la circulaire DGS du 02 janvier 2006¹⁰ définissent les modalités de structuration du dispositif. Ainsi les CAARUD intègrent le secteur des établissements médicaux sociaux.

1.1.4 Définition des missions des CAARUD

Le décret ministériel, ainsi que la circulaire de la DGS visent à harmoniser les pratiques empiriques des acteurs de la réduction des risques en précisant les six missions obligatoires d'un CAARUD et en y ajoutant une mission facultative.

A) L'accueil

Il s'agit de pouvoir accueillir l'utilisateur de substances psycho actives indépendamment de son état et sans conditions préalables. L'accueil se doit d'être considéré comme un accueil à « bas seuil » ou à « seuil adapté d'exigence ». La prise en charge prendra la forme d'un accueil sanitaire et socio-éducative, dont l'objectif est la responsabilisation de l'utilisateur en tant que « premier expert » de sa consommation et donc premier acteur du maintien et de l'amélioration de son état sanitaire.

L'accueil peut avoir lieu dans des locaux repérés ou dans des antennes mobiles, de jour comme de nuit à partir des horaires d'accueil repérables par les usagers. Il vise le rétablissement d'un lien social avec des publics éloignés des institutions et du dispositif de soins traditionnel.

B) Les soins

Les CAARUD proposent des soins infirmiers d'un premier niveau de type « bobologie » ou encore de soins primaires (soins de pieds, abcès, soins des petites plaies, dépistages et vaccinations,...). L'éducation à la santé, l'hygiène et la délivrance de messages de

⁹ LE PREMIER MINISTRE. Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Journal officiel du 22 décembre 2005, 44-113.

¹⁰ DIRECTION GENERALE DE LA SANTE, circulaire du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des CAARUD et à leur financement par l'assurance maladie.

prévention, notamment en ce qui concerne la prévention des maladies infectieuses et l'incitation aux dépistages et aux vaccinations (VIH, VHB et VHC) font également partie des prestations de soins proposées au CAARUD. L'orientation et l'accompagnement vers les dispositifs de droit commun en sont la finalité.

Il s'agit de prendre soin de la personne et de lui apprendre à prendre soin d'elle.

C) Les droits sociaux

Compte tenu des situations de précarité du public fréquentant les CAARUD, un soutien particulier devra être porté aux rétablissements des droits sociaux et de la couverture médicale, à l'accès au logement et toutes formes d'insertion des usagers. Les moyens déployés par les travailleurs sociaux seront l'information, l'orientation et l'accompagnement vers les collectivités territoriales compétentes.

D) Le matériel de prévention

Dans le cadre de la prévention des risques infectieux, les CAARUD mettent à disposition du matériel de consommation stérile via des PES (programme d'échanges de seringues, des distributeurs/récupérateurs ou encore la distribution sans contrepartie) et la distribution de préservatifs. Cette mise à disposition de matériel se doit d'être accompagnée de la diffusion de messages de prévention et de conseils pragmatiques d'utilisation. La récupération et la gestion des déchets souillés sont une mission essentielle des CAARUD.

E) Le travail de proximité

Un travail de rue de type « maraudes » à l'extérieur du centre est préconisé, afin de favoriser la prise de contact avec les usagers dans son espace de vie (squat, milieu festif,...).

F) La médiation sociale

Un travail « hors des murs » et de partenariat a pour vocation la médiation sociale. Il doit faciliter les rapports avec le voisinage, les services administratifs, sanitaires et sociaux. Il vise également à la responsabilisation de l'utilisateur dans le respect de son environnement.

G) La mission facultative de veille sociale

Les CAARUD sont invités à participer au dispositif de veille sanitaire, de transmettre aux autorités l'apparition de nouveaux modes de consommation ou de produits. Il s'agit également d'informer les usagers des alertes sanitaires diffusées par les autorités compétentes (ARS, services de police ou de douanes,...). Cependant cette mission n'interviendra pas dans l'obtention de l'autorisation administrative du CAARUD.

1.1.5 Enquête CAARUD 2006

Suite à la loi de santé publique, au décret CAARUD et la circulaire de la DGS, celle-ci décide de mandater l'association « SAFE » du pilotage d'une enquête sur l'établissement d'un état des lieux des dispositifs de réduction de risque durant le premier semestre 2006 au niveau national. L'association « SAFE » accepte de coordonner cette enquête en partenariat avec les autres associations acteurs des dispositifs de réduction de risques. Cette enquête inter associative a ainsi mobilisé les équipes adhérentes aux associations dites « têtes de réseaux » comme l'AFR, AIDES, ANIT, ANPAA, ANPREF, Médecin du Monde et SAFE.¹¹

Parmi les objectifs poursuivis par cette enquête il faut citer l'évaluation de la facilitation d'accès aux prestations du dispositif de RdR et de soins à partir d'une photographie à un moment « T », la réussite de l'institutionnalisation à partir de 2006, la couverture territoriale et l'accès au matériel de prévention, l'évolution de la distribution de seringues, le nombre d'usagers rencontrés au niveau national et la diversité des actions proposées.

En terme de méthodologie, un questionnaire validé par l'ensemble des partenaires a été transmis avant la fin du premier semestre 2006 à 500 établissements et services supposés mener des actions de réduction des risques. 230 réponses ont été récoltées, dont 213 correspondant aux critères d'inclusion. Bien que cette enquête n'ait pas un caractère exhaustif, elle a malgré tout le mérite d'évaluer pour la première fois et sur un mode comparatif les dispositifs de réduction de risques.

Les conclusions mettent en évidence qu'une grande partie des structures facilitent largement l'accès au matériel de consommation, mais aussi les premiers contacts avec le dispositif de soin. Il est à souligner que la récupération de matériel souillé participe largement à la lutte contre la salubrité publique. L'institutionnalisation des dispositifs peut être considérée comme une réussite, puisqu'une majeure partie des usagers réparés sont recensés dans les files actives des CAARUD. Cette affirmation est confirmée ensuite par l'analyse nationale des rapports d'activité des CAARUD de 2006 et 2007 réalisée en septembre 2009 par l'OFDT :

« Créés au cours de l'année 2006, les CAARUD se sont mis en place progressivement. En 2007, il existe 114 structures (130 en septembre 2009). L'analyse ci-après s'appuie

¹¹ ENQUETE INTER-ASSOCIATIVE PILOTE PAR SAFE, 2007, Le dispositif national de réduction de risques, Paris : SAFE, 39 p.

sur les rapports d'activité renseignés par les équipes des CAARUD et porte sur les années d'exercice 2006 (89 bilans remis) et 2007 (99 bilans). »¹²

Cependant l'enquête inter-associative met en évidence que plus d'un million de seringues est distribuée en officine ou dans des PES associatifs dans des départements non équipés de CAARUD, ce qui signifie que dans ces territoires les usagers ne bénéficient pas de l'ensemble des prestations d'un CAARUD. Par ailleurs le public utilisateur des automates (distributeurs/récupérateurs) n'est pas comptabilisé.

En ce qui concerne la couverture territoriale nationale, il est à noter que 9 départements ne disposent d'aucun service de réduction de risques et que la répartition territoriale souffre d'inégalités flagrantes (en région N/PdC : 13 structures dont 12 dans le Nord et seulement 1 dans le Pas de Calais), alors que les chiffres recensés concernant la distribution de seringues entre 2004 et 2005 témoignent d'une augmentation significative de plus de 7 %. Enfin près de 250000 personnes ont bénéficié de prestations de réduction de risques et plus de 50000 personnes ont été accueillies dans des lieux d'accueil fixe, dont les activités et prestations restent extrêmement hétérogènes en fonction des contextes locaux.

1.1.6 Absence de réponses sur le territoire

Le SROMS (schéma régional de l'organisation médico-sociale) de mai 2011 rappelle que la région Nord-Pas de Calais se caractérise par une espérance de vie inférieure à la moyenne nationale, un mauvais état de santé de la population générale, un niveau de personnes en situation de handicap important et une surmortalité prématurée liée aux comportements et pratiques addictives. Bien que le dispositif de prise en charge des personnes souffrantes d'addiction s'est largement développé durant ces dernières années, il faut constater une forte prévalence de décès par overdose dans la population d'usagers de substances psycho actives des 20 – 39 ans persiste en Nord/Pas-de-Calais.

« La prévention et la prise en charge des addictions constituent par conséquent un enjeu majeur de santé publique pour la région Nord-Pas de Calais et l'ensemble des acteurs de la prévention, du soin et de l'accompagnement médicosocial doivent coordonner leurs efforts en les adaptant aux besoins des usagers et en renforçant l'équité territoriale. »¹³

¹² CADET-TAIROU A., CHALUMEAU M., STAWINSKI A., TOUFIK A., (OFDT), Les CAARUD en 2006 et 2007 – Analyse nationale des rapports d'activité. [visité en janvier 2010], disponible sur Internet : www.ofdt.fr

¹³ SROMS, ARS N/PdC, mai 2011.

Dans le volet « addiction » le SROMS préconise dans l'article D 2.1 la garantie d'une bonne couverture territoriale de l'offre de soins et s'appuie sur une articulation nécessaire entre CSAPA et CAARUD dans la prise en charge des publics les plus vulnérables par le renforcement des équipes mobiles attachées au CAARUD sur les territoires non ou insuffisamment couverts.

Lors de la restitution de l'enquête inter associative en juin 2007, parmi les conclusions, il était à noter que la couverture territoriale était insuffisante. Les conclusions de l'enquête démontrent que parmi les villes de plus de 40 000 habitants, la ville d'Arras (plus de 42 000 habitants) manque cruellement d'un dispositif de réduction de risques d'autant plus qu'elle se situe dans un bassin de santé, le territoire de l'Artois-Douais, peuplé de 267 000 habitants. L'appel à projet insiste sur la nécessaire articulation des actions de réduction de risques avec le CAARUD hospitalier « Atyfik » de Lens, qui intervient déjà sur le secteur de Saint Pol sur Ternoise et les alentours de la ville de Frévent. Ainsi, l'activité de réduction de risques sur la ville d'Arras et ses environs deviendra un maillon indispensable de la couverture territoriale.

1.2 L'Association et son Pôle Addictologie

1.2.1 La Sauvegarde du Nord

La Sauvegarde du Nord est une association privée à but non lucratif (loi 1901) dont les statuts ont été déposés en Préfecture le 31 janvier 1957 sous l'appellation A.D.N.S.E.A. (association départementale du Nord de la Sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence). A son ouverture l'association était gestionnaire d'un C.O.T. (centre d'observation et de triage) à Lambersart, d'un C.A.A. (centre d'apprentissage artisanal) à Phalempin et de deux foyers de semi-liberté.

Aujourd'hui, l'association est composée de 80 services disséminés dans le département du Nord. Son rayon d'implantation s'étend de la métropole lilloise jusqu'au Sud du département en passant par le Douaisis, le Valenciennois, l'Avesnois, le Cambrésis jusqu'à Maubeuge. 1100 salariés et 115 bénévoles accueillent, accompagnent et orientent près de 20000 personnes, enfants, adolescents et adultes tous les ans. Une expérience de plus de 50 ans, la créativité et la réactivité aux besoins des usagers ont permis de multiplier les champs d'intervention et d'accompagnement. En 2014 la Sauvegarde propose la prise en charge de personnes en difficultés psychiques, psychologiques, sociales ou sanitaires. Elle s'est organisée en 5 pôles de compétences en fonction des champs d'interventions : un Pôle de Protection de l'enfance (ASE, MECS, Maison des Adolescents,...), un Pôle Médico-social (ITEP, IME, CMPP,...), un Pôle d'Inclusion social (CHRS, Maisons relais, SIAE, accompagnement des gens du

voyage,...), un Pôle Addictologie (CSAPA, CAARUD, ACT,...) et récemment un Pôle de Promotion de la Santé. Les valeurs associatives défendues par la Sauvegarde se résument dans son slogan « s’engager et agir ».

1.2.2 Le Pôle Addictologie

Au milieu des années 1980 le TGI de Lille fut confronté à une augmentation significative des actes délictueux commis par des mineurs sous emprise de drogues. Il s’agissait d’agressions sur la voie publique, de vols de voitures, de rodéos et autres. Les contrevenants furent présentés aux juges d’enfants, qui sanctionnaient les actes par des mesures éducatives, des placements ou encore des incarcérations. Cependant aucune mesure concernant une infraction à la législation sur les stupéfiants ne pouvait être prononcée, car les substances consommées n’étaient pas classées comme stupéfiants. A l’époque il s’agissait de la consommation de col à rustine ou encore de solvants industriels (toluène, trichloréthylène,...). Face à cette situation insatisfaisante, le TGI de Lille et la DDASS du Nord ont sollicité la Sauvegarde du Nord afin que celle-ci propose la création d’une structure d’accueil et de soins en toxicomanie pour mineur et jeunes majeurs.

Fin 1987, l’association a ouvert l’établissement « Espace du Possible » sur le modèle du dispositif de soin français composé d’un accueil de jour, d’une postcure et d’un service d’appartements thérapeutiques. Aujourd’hui après plus d’un quart de siècle d’activités, de nombreuses modifications du cadre administratif et l’apparition du concept de « l’addictologie », l’Espace du Possible, qui est devenu le Pôle Addictologie, est composé de 10 services (des CSAPA, des CAARUD, une Communauté thérapeutique et un service ACT).

1.2.3 Une expérience en Réduction de risques depuis 1996

En 1996 et dans le cadre d’un développement national des dispositifs de réduction de risques la Sauvegarde du Nord a ouvert son premier lieu d’accueil de jours pour usagers de drogues actives à Lille, le service appelé « Ellipse ». Ce service était avec l’antenne régionale de l’association AIDES, pionnier en Nord-Pas de Calais des programmes d’échanges de seringues, la première « boutique » sur la métropole lilloise dans un contexte national et local largement dominé par une croyance d’abstinence à tous prix comme seule issue des addictions. L’ouverture de ce service a permis à une population cachée de consommateurs de drogues de sortir de l’ombre, de prendre contact avec les institutions et d’accéder aux soins de première ligne sans jugements de leurs pratiques de consommation. Rapidement une file active s’est stabilisée entre 350 et 450 personnes différentes par an, ce qui confirmait l’adéquation entre besoins et réponses adaptées. La

première équipe d'accueillants fut composée de travailleurs sociaux issus de la prévention spécialisée et d'infirmiers, dont un infirmier psychiatrique.

En parallèle et ce depuis le milieu des années 1990, la ville de Lille a mesuré l'ampleur du phénomène de consommation d'une partie de la population et s'est engagée clairement dans une politique de réduction des risques et des nuisances. Dans un premier temps la municipalité a mis en place des récupérateurs de matériel d'injection avant d'investir dans des distributeurs/récupérateurs de kits d'injection. Après une première période d'expérimentation de ces automates, le service de santé de la ville de Lille a demandé en 2003 à l'équipe d'Ellipse de prendre en charge l'animation de ce dispositif, ainsi que de proposer des nouveaux lieux d'installation d'un matériel devenu obsolète. La connaissance du public, de ses modes de consommation et ses mouvements territoriaux par les professionnels ont été des facteurs déterminants dans le choix de la Sauvegarde comme opérateur pour la municipalité. Aujourd'hui, trois automates (« totems ») sont en activité et l'implantation de deux nouveaux est envisagée. Chaque appareil est approvisionné, entretenu et éventuellement réparé trois fois par semaine durant toute l'année par les professionnels d'Ellipse.

1.2.4 Légitimité et reconnaissance d'expertise

Depuis 1996 d'autres dispositifs de réduction de risques se sont créés d'abord sur l'agglomération lilloise, puis dans quelques grandes villes de la région Nord-Pas de Calais. Longtemps mis à l'écart par les acteurs historiques du dispositif de soins, les professionnels du dispositif dit « de première ligne » ont éprouvé le besoin d'échanger sur leurs expériences, les spécificités de leurs publics et leurs difficultés rencontrées dans les accueils et prises en charge.

A) Régionale

En 2003 les acteurs historiques de la place lilloise et leurs institutions respectives ont rédigé et signé une « charte des équipes de réduction de risques ». Cette charte, qui rappelle les fondamentaux de la réduction de risques, vise l'harmonisation des bonnes pratiques et l'enrichissement mutuel des équipes à partir des expériences complémentaires. En 2004, alors que j'assumais la responsabilité du dispositif « Ellipse » en tant que chef de service, les acteurs des différentes associations se sont constitués en « collectif de réduction de risques ». L'objectif de ce collectif consistait à devenir un interlocuteur privilégié des autorités de contrôle et de tarification, un partenaire incontournable des autorités locales, mais aussi d'assumer une fonction de veille sanitaire. Sans ligne hiérarchique dans son organisation, ce collectif, qui fête cette année ses dix ans d'existence, considère chaque membre comme expert de son intervention.

Aujourd'hui ce collectif a évolué vers une dimension régionale et regroupe les équipes des CAARUD de Lille, Roubaix, Tourcoing, Faches-Thumesnil, Valenciennes, Dunkerque, Calais, Boulogne/Mer et Lens. La Sauvegarde du Nord soutient et s'implique dans ce collectif depuis sa création et les professionnels de nos CAARUD (Lille et Roubaix) participent à l'ensemble des réflexions et travaux de ce groupe inter associatif. A ce jour le collectif de réduction de risques a édité deux plaquettes d'information à l'attention des usagers, plaquettes dont les réalisations furent financées par la ville de Lille en ce qui concerne la première édition et par l'ARS pour la deuxième édition. La reconnaissance de l'expertise de ce collectif se traduit par le souhait de l'ARS précisé dans le cahier de charge de l'appel à projet : « Il est demandé au promoteur de s'intégrer dans le collectif régional de réduction de risques et dans une dynamique de territoire. »¹⁴

B) Nationale

Les journées nationales de l'ANIT (association nationale des intervenants en toxicomanie) de juin 2004 à Narbonne se sont déroulées sous la thématique « Toxicomanies, addictions : le risque dans tous ses états »¹⁵. En parallèle, l'ANIT crée dans la même année une commission nationale de la réduction de risques, que j'ai pu intégrer au nom de la Sauvegarde du Nord en 2005. Cette commission composée de cadres hiérarchiques et directeurs de dispositifs de réduction de risques participe avec les représentants de la DGS à l'élaboration des rapports d'activités standardisés pour les nouveaux CAARUD, élabore une stratégie de communication sur la politique de réduction de risques et prépare les journées nationales des dispositifs de réduction de risques, dont les premières se sont tenues à Toulouse en mars 2006. Les professionnels de deux CAARUD de la Sauvegarde y ont participé et j'ai moi-même animé un atelier sur la thématique de « l'accueil à bas seuil ou à seuil adapté dans un CAARUD » avec la complicité d'Olivier Romain, directeur d'un dispositif de soins en addictologie de Metz. L'ANIT, devenue ANITeA (association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie) avant la fusion avec la F3A (fédération des acteurs en alcoologie et addictologie) en 2010 sous l'appellation Fédération Addictions organise des formations pour les professionnels du secteur à un niveau nationale. Elu par les adhérents en tant que personne physique au conseil d'administration de la Fédération Addiction depuis 2010 et en tant que personne morale depuis 2013 au nom de la Sauvegarde du Nord, j'interviens depuis plusieurs années dans les formations de réduction de risques.

¹⁴ Annexe 4 : Avis d'appel à projet médico-social n° 2013-03

¹⁵ ANIT, *Toxicomanies, addictions : le risque dans tous ses états*, 10 & 11 juin 2004, Narbonne, Paris : ANIT, 2005, 56 p.

En 2007/2008 la Sauvegarde se dotait d'une équipe de recherche dont les travaux ont abouti à la publication d'un ouvrage collectif¹⁶. Deux articles décrivant les pratiques en addictologie et réduction de risques du Pôle Addictologie ont été retenus par la maison d'édition.

C) Européenne

Entre 2008 et 2011, l'ANITeA, puis la Fédération Addiction, se proposent d'animer une plateforme thématique européenne dans le cadre du FESU (forum européen de la sécurité urbaine) à partir de son programme appelé « DCD II » (Democracy, Cities and Drugs II). La thématique retenue est celle de « l'errance des jeunes dans les villes européennes, usagers de drogues, d'alcool et autres substances psycho actives ». Les objectifs poursuivis par l'engagement de la Fédération Addiction dans ce projet européen sont le développement et la réduction de risques auprès un public usager de drogues en errance, de stimuler la citoyenneté et l'insertion de ce même public, de promouvoir la mise en place d'actions adaptées, ainsi que la coopération de l'ensemble des acteurs concernés et d'initier un réseau de villes européennes, qui s'engagent à partir d'une charte européenne du bon accueil de ces publics vulnérables. Six villes (Bordeaux, Bucarest, Düsseldorf, La Rochelle, Lille et Toulouse) et une région (Regione Emilia Romagna) ont participé durant trois ans à six séminaires afin de partager leurs expériences, de réfléchir sur des bonnes pratiques et de mettre en évidence des éléments transférables. Les contributions d'experts d'horizons divers (sociologues, anthropologue, psychanalyste, chercheurs, directeur de structures,...) ont alimenté ces séminaires d'apports théoriques et ont favorisé la construction d'approche commune.

A l'issu de ce programme et au moment de la conférence de clôture en février 2011 à Vienne (Autriche) les organisateurs du FESU ont salué la présentation de la charte européenne du bon accueil des jeunes en errance. Un DVD (Digital Versatile Disc)¹⁷ interactif réalisé par la Fédération Addiction rassemble l'ensemble des travaux de ces trois années d'engagement.

¹⁶ CROGNIER Ph. / éd., 2012, *Pratiques ordinaires en travail social et médico-social*, Paris : L'Harmattan, 202 p.

¹⁷ Annexe 5 : DVD, 2012, *Fédération Addiction*, L'errance des jeunes dans les villes européennes, usagers de drogues, d'alcool et autres substances psycho active

1.3 Les usagers de drogues précarisés ou en errance

1.3.1 Les usagers de drogues fréquentant les CAARUD

Les usagers de drogues « traditionnels » des CAARUD, usagers actifs, précarisés, sans lien avec les institutions, ni avec le dispositif de soin, forment la population « type » du lieu d'accueil fixe installé à Arras. Il s'agit d'un public masculin en majorité, dont la moyenne d'âge se situe entre 35 et 45 ans, en difficulté sanitaire et sociale en lien avec ses pratiques de consommations de produits illicites. L'objectif consiste à proposer à ce public un lieu d'accueil « souple » afin de favoriser son inscription dans une démarche de soin globale de réduction de risques à partir d'une intention de responsabilisation sanitaire.

En janvier 2010, l'OFDT (observatoire français des drogues et toxicomanies) publie pour la première fois une analyse nationale des rapports d'activité des CAARUD réalisés pour les années 2006 (89 bilans étudiés) et 2007 (99 bilans étudiés). En parallèle aux rapports d'activités standardisés et appelés « ASA-CAARUD », l'OFDT procède à une enquête nommée « ENA-CAARUD », qui se déroule tous les deux ans durant un mois dans les CAARUD. L'ensemble des données publiées en janvier 2010 concernant les activités des CAARUD est extrait des rapports d'activité de 2006 et 2007. Cependant l'enquête ENA CAARUD réalisée en novembre 2006 décrit avec d'avantage de précisions les caractéristiques des personnes fréquentant ces nouveaux dispositifs. Elle a inclu 114 structures et concerné à partir des entretiens individualisés près de 4200 usagers. Il est à souligner que les CAARUD s'adressent uniquement à un public de majeurs, bien que l'accueil sous anonymat rend parfois difficile la distinction d'une personne âgée de 17 ans et demi d'une autre âgée de plus de 18 ans.

Dans les faits les CAARUD ont accueilli en 2006 un public majoritairement masculin (80 %). La moyenne d'âge des hommes se situe de près de 34 ans contre un peu plus de 32 ans pour les femmes. Plus de 77 % des personnes déclarent être en situation de précarité modérée ou forte selon cinq critères de précarité. Ces variables de précarité sont calculés à partir du niveau des ressources, le niveau de couverture médicale, le niveau d'étude, la situation professionnelle et la situation d'hébergement de la personne. Par ailleurs il s'avère que le niveau de précarité est également un facteur d'augmentation des risques infectieux, puisque le risque d'infection au VIH des personnes usagers de drogues actifs est 3,5 fois supérieur chez ces mêmes personnes en situation de précarité forte. En fonction du mode de consommation, les risques d'infection sont encore aggravés, ainsi il est mis en évidence que les consommateurs par voie intraveineuse sont six fois plus souvent séropositifs au VHC et deux fois plus souvent au VIH que les non injecteurs.

Parmi les publics vulnérables, les femmes consommatrices présentent un risque de d'infection au VIH de plus de 40 % supérieur à celui des hommes. L'association de prise de risques lors des consommations aux prises de risques sexuelles en est probablement la cause. En 2006 les produits le plus consommés sont les opiacés (58 %), suivi du cannabis (50 %), les stimulants (48 %), l'alcool (37 %) et les médicaments détournés de leurs usage thérapeutique (14 %).

Afin de réactualiser ces données, je m'appuie sur les rapports d'activité 2013 des deux CAARUD (Lille et Roubaix) gérés par la Sauvegarde du Nord :

Plus de 800 personnes différentes ont été accueillies dans ces deux lieux, dont la répartition par sexe est équivalente aux chiffres nationaux (80 % d'hommes pour 20 % de femmes). Les demandes formalisées des usagers par ordre de priorité sont l'accès au matériel de consommation (plus de 60000 seringues distribuées), les prestations d'hygiène (douches, lave linge,...) et de collation simple, l'accès aux soins infirmiers (abcès) et l'aide aux démarches administratives. L'accentuation de la pauvreté se fait crucialement sentir à travers ces différentes demandes. Pour cette population, trouver une place en hébergement d'urgence relève souvent du parcours du combattant et semble d'autant plus complexe lorsque la personne est repérée comme usager de drogues accompagné par un animal. En situation de précarité, les difficultés sociales, sanitaires et psychologiques liées aux consommations ne s'additionnent pas mais se multiplient. L'augmentation de mode de consommation par inhalation (héroïne, cocaïne, crack) provoque des troubles de broncho-pneumopathie chronique obstructives (BPCO) et les troubles psychiatriques associés se manifestent de manière significative.

L'isolement psychique, social et affectif des usagers des CAARUD favorise l'appétence pour les poly consommations, qui se sont imposées comme un mode de vie dans la recherche de l'ivresse, de l'apaisement ou de l'échappatoire de situations de vie complexes.

1.3.2 Les jeunes en errance

Les jeunes en errance, « traveler's », « punks à chiens », jeunes en rupture avec leurs milieux d'origine, consommateurs de substances psycho actives en voie de désocialisation progressive et bénéficiaires d'ambiances festivières sont particulièrement attirés par les manifestations culturelles de type de celles organisées à Arras. Ces jeunes se caractérisent par un refus de contact avec les institutions de droits commun. Une revendication d'appartenance culturelle et « asociale » rend complexe l'approche de réduction de risques de ce public. L'accompagnement presque

systematique de ce public par des animaux de compagnie modifie les prises en charge tant à un niveau technique qu'administratif. Par défaut d'information ou par désarroi, ils multiplient les prises de risques autant en ce qui concerne les consommations de produits, les modes de vie ou encore les pratiques sexuelles.

« Les utilisations de ce terme « *jeunes en errances* » sont multiples, et concernent des populations très diverses. Depuis le début des années 1990, il est question dans les discours professionnels et médiatiques des jeunes « *en errance* », « *en errance active* », en « *errance immobile* », en « *errance territoriale* ». On parle également des publics en « *errance psychique* », en « *errance internationale* »... Le terme générique « *jeunes en errance* » est passé dans le vocabulaire de l'action politique depuis quelques années, sans qu'une définition claire en soit donnée. »¹⁸

Suite à l'augmentation de la visibilité des personnes en errance sur la voie publique depuis les années 1990, les enquêtes menées par l'INSEE sur les exclusions, affirment dans leur publication de janvier 2011¹⁹ que la France compte au milieu des années 2000 plus de 220000 personnes en « habitats de fortune » ou sans domicile fixe (SDF) et que entre 26 % et 30 % de ces personnes étaient des jeunes, âgés de moins de 20 ans.

Préoccupée par l'ampleur du phénomène, intéressée par les travaux de la Fédération Addiction et du réseau « jeunes en errance », animée par la l'association nationale des CEMEA (Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation actives), la DGS décide en 2011 de confier par convention une mission de recherche intitulée « jeunes en errance et addictions » à l'association CEMEA. Les deux objectifs poursuivis sont la description de cette population à un niveau national et l'élaboration d'un « guide à l'usage des décideurs et acteurs de terrain ».

Le rapport final, publié en 2013, propose d'examiner l'errance sous quatre angles : la dimension psychologique, sociologique, celle du l'approche du travail social et enfin la dimension liée aux comportements addictifs.

Olivier Douville, psychanalyste et maître de conférence, décrit l'errance comme la résultante d'un cadre absent dans lequel les adolescents n'ont pas trouvé une parole structurante à leur développement. Il définit pour ces jeunes l'errance comme un « *espace psychique et interrelationnel du vide* ».

¹⁸ AUBERTIN M.-X., CHOBEAUX F., 2013, *Jeunesse en errance et addictions*, CEMEA, Paris : CEMEA, 113 p.

¹⁹ Source : INSEE, janvier 2011, *Etre sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles*, Première n° 1330.

François Chobeaux, expert national sur les questions d'errance, s'oppose à une lecture « simpliste » du phénomène de l'errance. Il réfute l'appréciation de l'errance choisie en opposition à l'errance subie et propose une qualification psycho-dynamique des motivations : « ceux qui se cherchent, ceux qui se fuient et ceux qui se perdent »²⁰.

Peu de productions écrites relatent les actions mises en œuvre sur le terrain par les professionnels, citons simplement une plaquette diffusée en 2011 aux jeunes vivant en squat par les professionnels de la Sauvegarde de l'Enfance de l'Ain. En ce qui concerne les addictions, aucune publication n'établit le lien entre errance et addiction, bien que différents rapports de TREND (tendances récentes et nouvelles en drogues, OFDT) y font référence²¹. La recherche commanditée par la DGS décrit trois profils sociologiques des jeunes en errance, des personnes suivies depuis l'enfance par les services sociaux suite aux repérages de difficultés familiales, sociales ou comportementales précoces (placements multiples en MECS, ITEP, familles d'accueil,...), d'autres pour qui l'adolescence réveille un refus des normes sociétales associé à des troubles psychologiques importants. Pour ces personnes le « choix » de l'errance devient un passage à l'acte significatif. Et enfin le dernier profil, ceux un peu plus âgés bénéficiaient d'une inscription sociale existante mais fragile, perturbée par des accidents de vie (séparation, deuil, perte d'emploi, accidents,...).

Les fragilités de personnalité et des parcours de vie plus ou moins chaotiques sont des vecteurs d'entrée déterminant dans l'errance. Compte tenu des hétérogénéités des âges des personnes vivant dans la rue, pour les plus jeunes, l'inscription dans des comportements addictifs peut être perçue comme un passage initiatique à un mode de vie « alternatif ». Les prises de risques n'en sont que plus importantes.

1.3.3 Les particularités du « public cible » dans l'Arrageois

L'ARS du Nord-Pas de Calais a fait le choix de diviser la région en quatre territoires de santé, l'Artois-Douais, le Hainaut-Cambrésis, le Littoral et la Métropole-Flandre intérieure. Le territoire de santé de l'Artois-Douais est lui-même séparé en quatre zones de proximité : L'Arrageois composé de près de 250000 habitants, le Douais, plus de 250000 habitants, la zone Béthune-Bruay, près de 300000 habitants et la zone de Lens-Hénin de plus de 370000 habitants. La zone de Lens-Hénin est celle avec la densité de population la plus élevée, mais la zone de l'Arrageois couvre la surface la plus étendue,

²⁰ CHOBEAUX F., 2009, *Intervenir auprès des jeunes en errance*, Paris : La Découverte, 154 p.

²¹ DELILE J-M., 2006, « Stimulants et dysléptiques » in Reynaud M. (dir.), « *Traité d'addictologie* », Paris : Flammarion, 800 p.

puisque qu'il s'agit d'un territoire de près de 2300 km² contre 370 km² pour le territoire de Lens-Hénin.

En Artois-Douais, les besoins de la population en termes de santé sont énormes en comparaison avec les autres territoires de santé de la région. A titre indicatif il convient de se référer au classement national de 2006 concernant la mortalité : Le territoire de Lens-Hénin arrive à la 348^{ème} place sur 348 et le territoire de l'Arrageois à la 307^{ème} place.

« Pour preuve, la mortalité liée aux comportements individuels est toujours dramatiquement élevée avec, en 2006, une surmortalité de 64 % sur le territoire, qui s'aggrave : son évolution entre 1982 et 2006 est plus lente de 15 % que celle de la moyenne nationale et a encore perdu de la vitesse entre 1999 et 2006. C'est l'arrageois qui affiche la plus inquiétante régression, avec un retard d'évolution de près de 70 %, retard qui touche toutes les zones de proximité. »²².

Les priorités énoncées dans le PSRS (Plan stratégique régional de santé) du Nord-Pas de Calais sont la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, le renforcement de l'efficacité du système de soins et la réduction des écarts entre les territoires, la gestion des risques sanitaires et l'adaptation du système de soins aux besoins des populations.

A) Une certaine réalité

Le « Volet Addictologie » du SROMS (schéma régional de l'organisation médico-sociale) souligne l'importance des addictions dans le taux de mortalité prématurée évitable, dont 25 % et 8 % sont directement liés à l'usage de l'alcool et du tabac.

En Nord-Pas de Calais les comportements d'addictions sont en partie responsables de l'état de santé de la population, puisque les indicateurs de santé et de consommation sont défavorables. L'initiation à la consommation de plus en plus jeune, le plus fort taux régional de décès par surdose, le nombre important de personnes sous substitution aux opiacés, une hausse des interpellations pour ILS (infraction à la législation sur les stupéfiants), une précarité propice au développement des comportements addictifs, en sont des exemples flagrants.

Le rapport de l'OFDT « Drogues, chiffres clefs 2013 »²³ met en évidence que il aurait en France, parmi la population de 11-75 ans (environ 49 millions de personnes en 2010),

²² Les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé Nord/Pas-de-Calais, 2011, n° 27

²³ OFDT, 2013, « Drogues, chiffres clefs 2013 », 5^{ème} édition.

après estimations, 13,4 millions expérimenteurs de cannabis, dont 550000 usagers quotidiens, 1,5 millions d'expérimenteurs de cocaïne, dont 400000 qui en fait usage dans l'année, 500000 expérimenteurs d'opiacés et 44,4 millions d'expérimenteurs d'alcool dont 5 millions en font un usage quotidien. Ces chiffres interrogent sur le rapport qu'entretient la société française avec l'absorption de substance psycho actives. Cependant on constate que les expérimentations de cannabis, de cocaïne, d'alcool et de tabac sont en légère diminution entre 2000 et 2011, sauf chez les jeunes de 17 ans (enquête ESCAPAD), où ils sont soit stables, soit en augmentation en ce qui concerne l'alcool et le tabac. Il faut constater que 41,5 % des jeunes de 17 ans ont expérimenté le cannabis et que 6,5 en sont des consommateurs réguliers, alors que parmi des 18-64 ans ils ne sont « plus que » 2,1 % de consommateurs réguliers. En ce qui concerne la cocaïne, 3 % des jeunes l'ont déjà expérimenté à l'âge de 17 ans, contre 3,8 % de la population d'adultes. A la même période de la vie près d'un pour cent des jeunes a eu une expérimentation de la consommation d'héroïne, contre 1,2 % de la population d'adultes. Ce même rapport souligne que l'estimation du nombre de personnes faisant un usage problématique des drogues illicites se situe entre 280000 et 300000 personnes, alors qu'en parallèle 170000 personnes bénéficient de prescriptions contrôlées de traitements de substitution aux opiacés.

En 2010, le nombre de décès par surdose est estimé entre 300 et 400 pour cette seule année. Le manque de précision de ces chiffres s'explique par l'absence de critères établis pour considérer un décès survenu suite à un surdosage de drogues. S'agit-il des conclusions de la médecine légale quant aux origines du décès, des constatations des services de polices (seringues dans le bras) ou des complications inhérentes à un état sanitaire associé à l'absorption de substances psycho actives ? A ce jour les autorités sanitaires n'ont pas arrêtés des critères communément reconnues pour déterminer les causes primaires ou secondaires du décès de la personne. En ce qui concerne la consommation d'alcool, il est à souligner qu'un adolescent sur deux déclare avoir été ivre dans le mois qui précédait l'enquête.

L'ensemble de ces éléments confirment que la consommation abusive de drogues ou de substances psycho actives, qu'elles soient licites ou illicites, doit être considérée comme un phénomène sociétal en France depuis les années 1970, dont les populations les plus vulnérables sont les premiers victimes. Par conséquent, les actions des pouvoirs publics doivent cibler en priorité ces publics vulnérables pour modifier l'état de santé de la population générale. Les CAARUD sont une des réponses à ces enjeux de santé publique.

B) Des publics spécifiques, des besoins spécifiques

a) *Les étudiants*

Après Lille, Valenciennes et le pôle Roubaix-Tourcoing, Arras est de part son importance le 4^{ème} pôle étudiantin de la région N/PdC. Avec ces plus de 8300 étudiants en 2006, Arras est le pôle le plus important du Pas-de-Calais, qui a connu le taux d'expansion de des quatre pôles le plus important entre 1999 et 2006. Trois quart de ces étudiants viennent de l'extérieure, dont 22 % sont issus du milieu péri rural et rural, ce qui donne à ce pôle universitaire un caractère atypique.²⁴.

Ce milieu étudiantin représente une autre cible à risque, à partir de ses activités festives, soirées étudiantines, sorties nocturnes, alcoolisations massives sur la voie public. Ce public, en général bien inséré et acteur des événements festifs par intérêt culturel, se situe à l'interstice entre les festivaliers et les « abuseurs de substances licites et illicites occasionnels ». Une attention particulière doit être portée à ce jeune public aux pratiques à risques multiples. Une intervention en soirée est à prévoir dans les endroits festifs fréquentés par ce public.

b) *Le public rural*

Les professionnels du CAARUD « Atypik » de Lens attire l'attention des pouvoirs publics sur une population d'usagers de drogues « cachée » en milieu rural. Une proximité de terrain dans les petites communes et une accessibilité limitée aux dispositifs urbains anonymes contraint ces personnes à se « cacher » dans de pratiques clandestines et dangereuses. L'appel à projet favorise l'approche du « aller vers » de ces populations dans le respect de l'anonymat et de la gratuité des prestations. La mise en place d'une unité d'intervention mobile et discrète en est la conséquence indispensable.

c) *Les femmes*

« Des services d'assistance [en Italie] ont été mis en place pour aider notamment les jeunes femmes toxicomanes avec enfants à charge, qui souffrent plus que les hommes de ne plus correspondre au modèle traditionnel du rôle de mère dans la société. La famille d'origine est très souvent « responsable » de l'usage de drogues de ces jeunes femmes qui ont, pour la plupart, subi des abus de violence psychique et/ou physique durant leur enfance. [...] L'aide qu'elles doivent recevoir a pour but d'augmenter l'estime

²⁴ Source : INSEE, recensement de la population 1999 et 2006.

de soi, l'autonomie et la prise de conscience afin de briser définitivement la tendance à répéter des situations sociales dés équilibrées. »²⁵

L'enquête Ena-CAARUD de 2012, réalisée à partir des rapports d'activité de 2010 confirme le vieillissement des publics fréquentant les CAARUD. Ainsi on remarque que la proportion des personnes âgées de 45 ans et plus a pratiquement doublée entre 2006 et 2010. Force est de constater que ce vieillissement ne concerne pas les femmes ! Le ratio hommes/femmes reste pourtant inchangé, mais les femmes représentent plus d'un quart de la population des moins de 25 ans (contre seulement 11 % des hommes). En vieillissant, les femmes désertent progressivement les dispositifs de réduction de risques. Ce même rapport Ena-CAARUD évoque un lien possible entre la situation conjugale des femmes et leur disparition dans les files actives fur et à mesure de leurs vieillissements. En effet, près de 35 % des usagers des CAARUD âgés de moins de 25 ans déclarent vivre en couple, alors qu'ils ne sont plus que 16 % chez les plus de 35 ans. L'hypothèse d'un facteur d'initiation des consommations des jeunes femmes par leurs conjoints est soumise dans ce même rapport. 45 % des usagers déclarent avoir eu une pratique d'injection au cours du dernier mois, alors que l'âge de la première injection reste stable autour de 21 ans. Associant la proportion du public féminin de moins de 25 ans au fait qu'un usager sur trois affirme avoir été initié à l'injection avant l'âge de 18 ans et que près d'un quart de ces injecteurs ont partagé leur matériel de consommation, il est légitime de considérer les femmes consommatrices de substances psycho actives comme public particulièrement vulnérable. Par ailleurs, la maternité peut également être un facteur explicatif de la disparition des femmes dans les tranches d'âge plus élevées.

Ces éléments confirment la nécessaire intervention ciblée et le plus précocement possible à l'égard de ce public.

Compte tenu de ce contexte, une couverture territoriale insuffisante à un niveau national, un bassin de santé identifié par les pouvoirs publics comme défavorisé, des besoins de publics spécifiques liés à l'usage de drogues, une volonté politique affichée par l'ARS du Nord/Pas-de-Calais et une expertise technique reconnue à la Sauvegarde du Nord en terme de réduction de risques, le positionnement associatif sous forme de candidature à la création d'un CAARUD pour usagers de drogues, précarisés ou en errance, s'impose

²⁵ STOCCO P., 2007, « Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques » in *Psychotropes – revue internationale des toxicomanies et addictions*, vol.13, Bruxelles : De Boeck Université, pp. 251-265.

comme une évidence. La proposition de divers modes d'interventions, lieu d'accueil fixe et antenne mobile, correspond au cahier des charges annexé à l'appel à projet de l'ARS.

2 Une philosophie d'intervention à adapter au contexte local

Les enjeux en termes de santé publique imposent une analyse approfondie à partir d'un état des lieux affiné et nécessaire. La réalisation d'un SWOT (*Strengths, weaknesses, opportunities, threats*)²⁶ permet d'évaluer les enjeux pour l'association, pour le territoire et de mesurer les possibilités et freins des coopérations nécessaires à initier. Il s'agit de mettre en évidence la pertinence du projet à l'égard d'une situation territoriale diagnostiquée, d'une dynamique associative voulue et soutenue par le conseil d'administration et l'évaluation des possibilités stratégiques de coopération.

2.1 Une situation de départ à la création d'un nouveau CAARUD

En France l'approche dite de Réduction de risques s'impose depuis la fin des années 1980. Les premiers PES en Nord-Pas de Calais sont mis en place en début des années 1990 par l'association AIDES en lien avec les clubs de prévention spécialisée dans les quartiers réputés de la fréquentation d'usagers de drogues.

« En Europe, les Pays-Bas ont la paternité de la mise en place de la première politique revendiquée de réduction des risques en toxicomanie. Dans ce pays, cette politique est impulsée dès la fin des années soixante-dix, et cela avant même que l'épidémie de Sida ne se développe dans cette population. Les Néerlandais définissent leur politique de réduction de risques comme un ensemble de stratégies sanitaires ou comme toute action individuelle et collective, médicale, sociale, visant à réduire les effets négatifs liés à la consommation des drogues dans les conditions juridiques et culturelles du moment. Cela renvoie à une prise en charge transdisciplinaire dans laquelle l'usager est considéré comme partenaire indissociable, expert de sa consommation. »²⁷

Rapidement l'ensemble des acteurs français s'accordent sur une « philosophie d'intervention » en réduction de risques. Il s'agit d'une approche pragmatique des phénomènes de consommations de drogues dans laquelle l'usager et les groupes de pairs sont reconnus comme les premiers experts de leurs comportements. Les actions de réduction de risques visent en premier lieu l'amélioration de l'état de santé des UD (usagers de drogues) ou UDVI (usagers de drogues par voie intraveineuse) et non pas l'arrêt des consommations. Les politiques de réduction de risques se doivent de tenir compte des pratiques de consommations, des spécificités territoriales ainsi que des

²⁶ SWOT : *strengths, weaknesses, opportunities, treats* : forces, faiblesse, opportunités, menaces.

²⁷ CROGNIER Ph. / éd., 2012, *Pratiques ordinaires en travail social et médico-social*, Paris : L'Harmattan, 202 p.

particularités des publics, et doivent pouvoir évoluer avec les contextes. Les actions de réduction de risques méritent d'être articulées avec le reste du dispositif de soins et celui du droit commun.

2.1.1 Une association engagée sur les questions de société

La Sauvegarde du Nord s'est engagée et positionnée depuis ses débuts sur les projets innovants en faveur des populations en difficultés. En toxicomanie, puis en addictologie, la création de la postcure « Espace du Possible » en 1987 pour mineurs et jeunes majeurs, celle du centre d'accueil d'urgence et de transition « Intermezzo » pour usagers de drogues en début de démarche de soins, celle du dispositif de réduction de risques « Ellipse » en 1996 ou plus récemment celle d'une Communauté thérapeutique en 2009 en témoignent.

Un engagement à partir d'un intérêt réel à la question de société très sensible sur l'expérimentation de SCMR (Salle de consommation à moindre risques) en Nord-Pas de Calais confirme une position politique volontariste en termes d'innovation en travail social.

2.1.2 Le Pôle Addictologie au service d'un nouveau projet

A) Une organisation en évolution depuis un quart de siècle

Suite à l'interpellation conjointe du TGI de Lille et de la DDASS du Nord, la Sauvegarde du Nord a créé en novembre 1987 son établissement de soins en toxicomanie sous l'appellation « Espace du Possible » à Lille. A son ouverture, l'établissement fut composé d'un internat de petite taille pour usagers de drogues et toxicomanes âgés de 14 à 24 ans d'après le modèle des postcures du dispositif de soins français, d'un service d'hébergement individualisé de type « appartements thérapeutiques » et d'un service d'accueil de jour. En absence de substitution, l'objectif commun poursuivi par les équipes des trois services était l'accompagnement des jeunes usagers vers un détachement de leur addiction qui visait une abstinence complète.

Constatant rapidement que les personnes fréquentant le service d'accueil de jour, situé dans les mêmes locaux que la postcure, étaient pour un certain nombre encore sous l'emprise physique des produits consommés à l'extérieur, la dissociation des deux propositions d'accompagnements s'est imposée de fait et le service d'accueil de jour a évolué vers un service d'accompagnement en ambulatoire. Jusqu'à l'arrivée des premiers programmes de substitution au milieu des années 1990, ce service ambulatoire s'est positionné comme « l'antichambre » indispensable à l'élaboration d'une démarche de soins en amont du sevrage physique en milieu hospitalier. Les professionnels, qui animaient le service furent détachés à temps partiel de l'encadrement des personnes

prises en charge en postcure. Progressivement ils ont développé une clinique socio-éducative dans l'accompagnement des usagers de drogues et toxicomanes.

En 2000, ce service d'accueil en ambulatoire a trouvé son identité propre sous l'appellation « Trapèze » à l'intention des jeunes consommateurs, leurs parents et leurs proches. Suite à une campagne d'information, de sensibilisation et de prévention en lien avec les consommations de cannabis, lancé en 2004 par la MILDT (mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies), le service s'est positionné comme « consultation cannabis » et a contractualisé par convention une collaboration avec le TGI de Lille dans le cadre des « alternatives aux poursuites pénales » des simples consommateurs. Fort de cette expérience et comme beaucoup d'autres services ambulatoires, le service « Trapèze » s'est doté d'une « consultation jeunes consommateurs » (CJC) dès 2005. L'objectif de ces CJC consiste à proposer aux jeunes consommateurs (en âge) ou aux personnes ayant récemment débuté une consommation de cannabis, d'autres substances psycho actives ou souffrant d'addictions sans produits, une consultation basée sur l'évaluation de l'impact des addictions, de l'information et de l'aide à l'arrêt de celles-ci. Depuis l'ouverture des services ambulatoires et de manière plus intense depuis l'instauration des CJC, les professionnels du secteur rencontrent des usagers, consommateurs actifs et souvent sans réelle demande de soins. Les pratiques professionnelles ont par conséquent évolué.

Au début des années 1990, le public fréquentant les services du pôle addictologie de la Sauvegarde du Nord était composé essentiellement de personnes addictes aux opiacés et leurs dérivés. En absence de substitution, les démarches de soins s'apparentaient à des parcours complexes. Peu nombreuses étaient les places de sevrages physiques en milieu hospitalier ainsi que les places en postcure visant une distanciation psychologique entre l'individu, son environnement et le produit. Ceci était d'autant plus préjudiciable pour les personnes, qui après deux semaines de prise en charge hospitalière étaient obligées de retourner dans leur environnement d'origine par manque de solution d'hébergement dans le dispositif de soins.

En 1994, l'association a ouvert un nouveau centre d'hébergement sous l'appellation « Intermezzo ». Il s'agissait d'un centre d'accueil d'urgence et de transition, capable de répondre en peu de temps aux sollicitations des personnes en fin de sevrage pour des accueils de courts séjours à la sortie d'une hospitalisation. Cette prise en charge en hébergement collectif et contenant, avait comme objectif la préparation du résident à la vie en collectivité en favorisant l'efficacité de l'orientation. Malgré la diversification des propositions d'accompagnement, certaines personnes souffrant d'addictions ne peuvent

ou ne souhaitent pas, à un moment « T » dans la rencontre avec les acteurs de soins, mettre un terme à leurs addictions. Suite aux premières expérimentations de programmes d'échanges de seringues, puis après l'ouverture des premières « boutiques » à Paris et Marseille, la Sauvegarde du Nord se mobilise sur un projet d'ouverture d'un dispositif de réduction de risques à Lille. Fin 1996, la boutique lilloise ouvre ses portes sous l'appellation « Ellipse ».

Ce dispositif est situé dans le quartier lillois « Moulin », quartier populaire entre le centre ville et les quartiers périphériques à proximité de l'hôpital « Saint Vincent de Paul » et son entrée des urgences et la ligne de métro. A l'époque, la représentation du public d'usagers actifs et en particulier celle des UDVI (usagers de drogues par voie intraveineuse) fut directement liée à des besoins sanitaires importants. Dans les faits il s'avère que les accompagnements aux urgences ne se présentent que très rarement et que ces personnes, qui fréquentent « Ellipse » ont besoin que les professionnels prennent soins d'eux et de leurs corps, plus que de traumatismes relevant d'interventions d'urgentistes. Ce lieu, devenu CAARUD en 2006, propose aux usagers actifs et majeurs un accueil de jour à bas seuil d'exigence sur la base de l'anonymat et la gratuité des prestations. Pour y être accueilli, l'unique condition est d'être consommateurs de stupéfiants. Comme beaucoup de CAARUD, « Ellipse » est composé d'un espace d'accueil collectif avec bar, tables de café, un espace de détente avec fauteuils et canapés, un espace hygiène avec douches, lavabos et lave-linges et un espace de soins avec une infirmerie. Un espace d'échange de matériel, un bureau d'entretien individuel et une salle de réunion complètent l'infrastructure du lieu.

Dès l'ouverture de ce dispositif sa pertinence est confirmée par une fréquentation importante, car dès la première année complète, entre 350 et 400 personnes différentes ont bénéficié des prestations de ce service. Ils étaient plus de 750 personnes en 2013, dont certaines qui ont connu l'ouverture du lieu 18 ans auparavant.

B) Diversifications d'activités et de lieux d'implantation

En 1999, le conseil d'administration de l'association « Etapes » à Maubeuge a sollicité la Sauvegarde du Nord pour que celle-ci reprenne l'activité du centre de soins ambulatoire, ainsi que le centre de substitution à la méthadone en collaboration avec les services d'addictologie de l'hôpital de Maubeuge. Après une convention de gestion de trois ans et la dissolution de l'association « Etapes » l'ensemble de l'activité a été repris par la Sauvegarde et rattaché en tant que service à « l'Espace du Possible au 01 janvier 2003. Il en a été de même pour l'association « Le Relais » à Roubaix, qui a intégré, en tant que service, le Pôle Addictologie au 01 janvier 2006.

De ce fait l'activité du pôle s'est enrichie de deux centres de délivrance de substitution (Maubeuge et Roubaix) en lien avec les centres hospitaliers, de deux CSAPA ambulatoires avec des CJC, d'une consultation avancée à Avesnes-sur-Helpe, d'un CAARUD à Roubaix, de trois autres distributeurs/récupérateurs de matériel de consommation à Louvroil, Maubeuge et Roubaix et d'une pratique d'intervention auprès des usagers de drogues incarcérés.

Suite à un appel à projet de la MILDT pour la création de dispositifs expérimentaux, le Pôle Addictologie a ouvert en février 2009 une communauté thérapeutique, pouvant accueillir jusqu'à 35 personnes en hébergement communautaire à Le Cateau-Cambrésis pour des séjours de longues durées (deux ans). Retenu opérateur à un autre appel à projet de l'ARS en 2012, le dispositif s'est enrichi de 8 ACT (appartements de coordinations thérapeutiques) situés à Valenciennes et Maubeuge en fin d'année 2012. Le concept de prise en charge en ACT, bien qu'il s'agisse d'une prise en charge en hébergement individualisé, diffère de celle proposée en appartements thérapeutiques d'un CSAPA. En CSAPA la porte d'entrée dans le dispositif est constituée par la volonté du résident de s'inscrire dans une démarche de soins par rapport à ses addictions, alors qu'en appartement de coordination thérapeutique c'est l'affection d'une pathologie chronique de type infection au VIH, VHC ou d'un cancer qui est retenue comme critère d'admission. Dans les faits il s'avère qu'un nombre important de demandes d'admission est également lié aux addictions, mais l'addiction ou le traitement des addictions n'est pas retenu comme critère d'inclusion dans les cahiers de charge des ACT. La mission des professionnels de ce service consiste à favoriser à partir d'une prise en charge en hébergement individualisé la coordination entre les prises en charge sanitaires et les prises en charges psycho-socio-éducatives des patients avec le dispositif de droit commun.

Cette diversification d'activité et d'implantation a modifié les pratiques des professionnels des services historiquement implantés uniquement sur Lille. Le postulat à la création de « l'Espace du Possible » était fondé sur la spécificité des prises en charge des addictions chez les adolescents et jeunes majeurs du territoire lillois. L'ouverture du premier CAARUD en 1996, de part son agrément, a exclu les mineurs de ce dispositif de réduction de risques. Un public plus âgé et sans demande de soins a fait son apparition. L'abandon de « l'idéal de l'abstinence » pour les intervenants dans l'accompagnement des usagers en fut la première des conséquences. Le succès sanitaire de la réduction de risques a engendré un vieillissement du public, certains des usagers des deux CAARUD, des centres de délivrance de la méthadone, de la communauté thérapeutique ou des ACT sont âgés de plus de 55 ans, ce qui signifie que les projets individualisés d'insertion

doivent être envisagé différemment. Il ne s'agit plus d'une reprise de scolarité ou de formation pour des moins de 25 ans dans un espoir de construction d'un nouveau projet de vie, mais d'un accompagnement d'histoire familiale complexe vers un mieux être durant la dernière partie de vie. En parallèle l'apparition de manifestations somatiques liées au vieillissement associé aux pratiques de consommations modifient de fait les prises en charge et nécessitent de nouvelles compétences.

En parallèle, l'apparition de la substitution, de nouvelles molécules psycho actives, des poly consommations et du concept de l'addictologie ont obligé les intervenants à adapter leurs approches thérapeutiques et faire évoluer la clinique éducative en fonction des nouveaux paramètres. Il s'agissait d'élargir les champs d'intervention à l'ensemble des substances psycho actives, de quitter l'isolement du champ limité uniquement aux drogues illicites et d'appivoiser la question des addictions sans produits. La multiplication des lieux d'intervention à partir d'une même approche, avec des outils différenciés a nécessité une adaptation aux territoires et aux publics. Le public du CAARUD lillois peut être considéré comme cosmopolite et composé de plusieurs nationalités, hétérogène et pour une partie en transition, alors que celui du CAARUD roubaisien est relativement homogène, fidèle et sédentaire. Le public du CSAPA maubeugeois se distingue par un attachement très particulier au secteur de la ville de Maubeuge et de ses environs et n'envisage que rarement un éloignement même momentané de la région. Les services proposant des prises en charges avec hébergement recrutent à un niveau national, à l'exception de service d'ACT, qui se limite aux personnes prises en charge par le système hospitalier de proximité.

De fait les pratiques professionnelles ont du s'adapter aux évolutions des champs d'activités, des projets et des publics en fonction des territoires d'implantation en préservant une homogénéité et cohérence générale dans un esprit d'enrichissement de la palette des offres de soins.

C) Une évolution des ressources humaines à l'entame des nouveaux projets

Historiquement la direction de « l'Espace du Possible » a fait le choix de ne pas médicaliser l'équipe du CTR (centre thérapeutique résidentiel) compte tenu de son implantation en milieu urbain. L'utilisation du dispositif de droit commun sanitaire, médecine de ville, cabinet d'infirmier ou de paramédicaux fut privilégiée dans un esprit d'ouverture et d'inscription du centre dans la vie de la cité. Ainsi, à la création de la postcure, des appartements thérapeutiques et du centre de transition, les équipes de professionnels étaient composés essentiellement de travailleurs sociaux, éducateurs

spécialisés, moniteurs éducateurs, assistants de services sociaux, infirmier psychiatrique, enseignants, formateurs et psychologues.

L'ouverture du dispositif de réduction de risques en 1996, l'intégration des centres de délivrance de la substitution, le décret CAARUD et le décret CSAPA ont introduit progressivement la pluridisciplinarité, puis la transdisciplinarité dans les prises en charge des usagers. La première équipe de réduction de risques a été composée à 50 % de travailleurs sociaux et à 50 % d'infirmiers diplômés d'état. L'articulation de l'intervention socio éducative avec l'approche technique du sanitaire a nécessité un apprentissage mutuel des différents corps de métier.

Aujourd'hui et en référence au cahier de charge des CSAPA, qui préconise une évaluation et une prise en charge médico-psycho-socio-éducative l'ensemble des équipes est dotée de professionnels des deux champs. L'embauche de médecins référents sur les services avec hébergements ou pratiquant la délivrance de substitution s'impose comme une évidence dans une prise en charge globale de l'utilisateur.

En parallèle et en conséquence d'un développement de l'activité et des zones d'implantation, une nouvelle organisation du pôle addictologie a vu le jour depuis 2007. L'activité a été divisée en deux dispositifs territoriaux, un regroupant l'ensemble des services implantés sur la métropole lilloise et l'autre les services du sud du département. Les nominations de deux directeurs de dispositif sous la responsabilité du directeur du pôle en ont été la traduction. Le regroupement des professionnels, comme les agents techniques, maitresse de maison, agents d'accueil, de secrétariat et de comptabilité dans un centre de gestion transversal aux deux dispositifs permet aujourd'hui d'harmoniser les aspects administratifs et de réaliser les économies d'échelle en rationalisant la gestion du pôle. Sous la responsabilité d'un cadre de direction, le centre de gestion élabore et améliore les procédures dans un souci d'efficacité. En contrepartie, le personnel encadrant des usagers se voit contraint à d'avantage de tâches administratives en absence de liens physiques avec l'administration. Cependant les postes composés de temps partiel dans différents services favorisent une cohérence d'ensemble et fluidifient les parcours des usagers au sein de l'organisation.

2.1.3 Un intérêt associatif de l'implantation dans le Pas-de-Calais

L'association « La Sauvegarde du Nord » a développé son premier dispositif de réduction de risques en 1996 à Lille. Une bonne connaissance des publics traditionnels fréquentant les CAARUD associée à la participation aux travaux réalisés pour la Fédération Addiction sur l'errance des jeunes et l'usage de drogues dans les grandes métropoles européennes

permet d'envisager un projet adapté au contexte local. La mutualisation des compétences et moyens au sein du Pôle Addictologie, mais aussi à un niveau associatif en ce qui concerne les apports logistiques sont des avantages considérables pour la mise en place du projet. L'expertise acquise, les compétences techniques et la reconnaissance régionale et nationale de nos pratiques sont à considérer comme des forces dans la mise en place du projet.

L'appel à projet est en soi une opportunité, car il va dans le sens d'une meilleure couverture territoriale en termes d'offre de prestation en réduction de risques, objectif poursuivi par l'association et sa direction depuis de longues années. A un niveau politique, l'implantation de l'association dans le département du Pas de Calais ouvrira son champ d'action à un niveau régional.

Une méconnaissance fine du tissu associatif arrageois constitue une faiblesse. Le travail en amont se doit d'être particulièrement soigné, notamment pour désamorcer les éventuelles réticences de la population quant à l'implantation du lieu d'accueil fixe. Afin de pallier l'ignorance de pratiques de réduction de risques en milieu rural, il semble essentiel de former les nouveaux salariés à cette pratique en s'appuyant sur les expériences menées ailleurs en France (benchmarking²⁸). Les contraintes budgétaires imposées par l'appel à projet nécessitent un découpage d'activité d'une grande créativité, ainsi que l'instauration et la mise en place de possibles « relais » sur le territoire. Par ailleurs ces contraintes budgétaires nous conduisent à constituer une petite équipe de quatre personnes, dont un temps partiel de chef de service.

Le partenariat existant avec le CAARUD hospitalier « Atyfik » de Lens depuis 2009, ainsi que la répartition du territoire entre les CAARUD « Instant » à Boulogne/mer, « Pazapa » à Calais, « Atyfik » à Lens et le nouveau Caarud de la Sauvegarde constituent des avantages notables du projet. La volonté des officines d'instaurer un partenariat avec le nouveau CAARUD et la possibilité d'installation de distributeurs/récupérateurs de seringues dans l'Arrageois-Douais à partir des expériences lilloises et roubaisiennes constituent des opportunités facilement réalisables. Par ailleurs, l'implantation du dispositif dans la scène festive locale, ainsi que le transfert des expériences existantes peuvent enrichir la palette des réponses à un niveau régional et faire évoluer les pratiques en

²⁸ Le « benchmarking » est une pratique managériale développée dans les années 1980 par l'entreprise « Xerox », basée sur l'inspiration des processus jugés efficaces d'autres entreprises du secteur ou hors secteur pour modifier ses propres processus.

dehors de ce projet. La possibilité de pérennisation d'une activité de réduction de risques sur le territoire dans le cadre d'une visite de conformité constitue une opportunité réelle.

Une attention particulière devra être portée à la communication auprès du voisinage à proximité du lieu d'accueil fixe. Il en est de même en ce qui concerne les interventions en milieu festif, qu'il s'agisse des gérants de bars ou organisateurs de manifestations. De fait, les représentations de la population générale du public d'usager de drogues sont connotées négativement. Le choix de locaux et de l'agencement des espaces d'accueils sont déterminant dans l'intégration du dispositif dans le tissu urbain. L'ampleur du territoire présumé à être couvert, allant d'Arras à St. Paul/Ternoise, passant par Frévent, Bapaume et Douai impose une organisation rigoureuse des passages de l'antenne mobile d'autant plus qu'il s'agit d'un réseau routier secondaire. La « confrontation » de publics différents dans le lieu d'accueil fixe (usagers de drogues précarisés, étudiants et festivaliers, jeunes en errance avec chiens, public féminin fragilisé) mérite une réflexion sur les tranches d'accueil distinguées et des aménagements spécifiques, notamment en ce qui concerne l'accueil de personnes avec animaux.

Dans un contexte de réformes des découpages administratifs et territoriaux, de diminution du nombre des régions à un niveau national, l'association d'origine départementale a tout intérêt à se positionner à un échelon régional pour anticiper la redistribution des zones d'activités dans une cartographie redessinée. La réponse à un appel à projet dans le Pas de Calais à partir de son expérience dans le Nord en est une opportunité politique et stratégique.

2.2 Nouveau territoire, nouvelles compétences ?

L'appel à projet précise dans sa présentation que le porteur de projet doit se conformer dans sa réponse de création d'un CAARUD au SROSMS (schéma régionale de l'organisation sanitaire et médico-social) et au programme interdépartemental d'accompagnement de personnes en situation de handicap ou perte d'autonomie. Cependant cet AAP préconise une adaptation du projet aux spécificités locales et invite aux innovations avec les besoins spécifiques du public cible dans les limites du cadre réglementaires.

Une attention particulière est portée sur l'estimation de la capacité d'accueil, sur l'intention des zones de couverture, sur le descriptif des caractéristiques spécifiques du projet et les exigences logistiques, architecturales et environnementales qui en découlent, ainsi que

leurs impacts financiers de fonctionnement. Le budget prévisionnel doit tenir compte de l'ensemble de ces éléments.²⁹

2.2.1 Etat des lieux de la réduction de risques dans l'Arrageois

Le diagnostic local publié en novembre 2013 après une mise à jour en mars 2013 par l'ORS (observatoire régional de santé) de l'ARS Nord-Pas de Calais sur les territoires couverts par les CLS (contrats locaux de santé) de la CU (communauté urbaine) d'Arras met en évidence une situation sanitaire préoccupante en comparaison avec les chiffres nationaux³⁰ :

Il est à noter que la zone couverte par les CLS de la CU d'Arras est composée d'une population de plus de 100000 habitants (près de 42 % de la population de la zone de proximité de l'Arrageois) avec une densité de population quatre fois supérieure à celle de la ZP. Ses habitants se distinguent par un niveau d'étude supérieure à celui de la population de la ZP ou même celle du territoire de santé, force est de constater que cette population souffre d'une mortalité générale, prématurée et évitable tous âges confondus supérieure de 18 % chez les hommes et de 13 % chez les femmes au niveau national.

Parmi les causes de ces ICM (indices comparatifs de mortalité) élevés, les décès prématurés liés à la consommation d'alcool et tabac sont supérieurs au niveau national. On constate en parallèle une surmortalité supérieure liée aux suicides à celle du niveau régional.

« Les usagers de drogues ont des taux de mortalité plus élevés que l'ensemble de la population du même âge, quelle que soit la cause de décès. Ainsi, bien que non représentatif de l'ensemble des usagers de drogues, les hommes interpellés pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack ont 5,2 fois plus de risque de décéder que les autres hommes du même âge. Pour les femmes, le facteur multiplicatif est de 9,5 [159]. »³¹

En absence de chiffres sur le nombre de consommateurs, les statistiques concernant les interpellations pour ILS (infraction à la législation sur les stupéfiants) peuvent être retenues comme indicateurs du niveau de consommation. Plus de 150000 interpellations pour ILS ont été réalisées par les services de police, gendarmerie et douanes en 2010, dont seulement 14 % concernent le « petit » trafic. Ces interpellations ont donné lieu à des

²⁹ Annexe 6 : Budget prévisionnel du CAARUD

³⁰ POIRIER G., novembre 2013, « Diagnostics statistiques des contrats locaux de santé, *CLS de la CU d'Arras* [en ligne], ORS – N/PdC, pp. 1-22. [mise à jour en mars 2013], disponible sur internet : www.orsnpdc.org

³¹ ADES J.-E. / éd. 2013, *Drogues et addictions, données essentielles*, Saint-Denis la Plaine : OFDT 2013, 399 p.

saisies, dont les variations régionales en termes de volume sont significatives. Ainsi plus de 11 % du volume saisi proviennent de la région Nord-Pas de Calais, qui se situe en troisième position après l'Île-de-France et Languedoc-Roussillon. La région Nord-Pas de Calais se retrouve dans le quatuor de tête en ce qui concerne la saisie de cannabis, en troisième position quant aux saisis d'héroïne et largement en tête quant aux saisis de comprimés d'ecstasy (68 % du volume saisi au niveau national). La consommation de ces produits de synthèse est essentiellement liée aux milieux festifs, qu'il s'agisse des méga dancings ou des festivals.

Malgré ces chiffres alarmants quant aux consommations de substances psycho actives en Nord-Pas de Calais, le premier CAARUD, « Atypik », du Pas-de-Calais n'a ouvert qu'en 2009 à Lens. En 2010 l'association « BDI » (Boulogne drogue info) a ouvert le CAARUD « l'Instant », le deuxième du département, suivi par l'ouverture du CAARUD « Pazapa » de l'association ABCD à Calais en octobre 2013.

En dépit de ces trois CAARUD, aucun dispositif de réduction de risques n'existe dans ce département du Pas de Calais. Pas un seul distributeur/récupérateur de seringues n'a été implanté dans le département et le CAARUD « Atypik » de Lens est le seul à ce jour à avoir initié les PES (programmes d'échanges de seringues) avec les pharmacies du bassin lensois. La politique de réduction de risques est complètement absente sur le territoire de l'Arrageois et ceci malgré un diagnostic sanitaire alarmant et des activités festives propices aux développements de comportements de consommation de la population. Sans être associé à des programmes d'échanges de seringues, la vente de matériel de consommation en officine dépend de la volonté et de la politique commerciale du pharmacien titulaire.

Des initiatives initiées par les acteurs locaux et les professionnels de la RdR, comme « Safer night life » (programme européen) ou « Quality bar », programme lillois de pacification et de sécurisation de la vie nocturne en lien avec les tenanciers des établissements nocturnes, n'existent pas ni à Arras, ni dans l'Arrageois. De fait, les consommateurs de substances illicites, se rapprochent des CAARUD existants et de proximité (Lens et Lille), quand leurs moyens de déplacements le permettent pour occasionnellement pouvoir bénéficier de matériel de consommation stérile et gratuit. La conséquence est une demande importante d'outils en quantité, afin d'amortir les déplacements, en absence de temps pour l'instauration d'un lien de qualité avec les professionnels. La délivrance de messages de prévention et de réduction de risques en est réduite à sa plus simple expression.

Les acteurs/consommateurs de la vie festive et nocturne arrageoise restent loin d'atteintes des messages de prévention en absence de nécessité de rencontre avec les intervenants de la réduction de risques. Ils ne souffrent pas encore des dommages collatéraux inhérents à leurs consommations ou prises de risques et à ce titre ne perçoivent pas l'intérêt de se rapprocher du dispositif de soins du droit commun (médecine de ville), sauf en cas d'accident de type « alcoolisation massive sur la voie publique » suivi d'une interpellation par les forces de l'ordre pour IPM (Ivresse publique et manifeste).

2.2.2 Des difficultés attendues en lien avec l'étendue et l'hétérogénéité du territoire

« Les équipes de réduction de risques cherchent à modifier, les représentations réciproques des usagers et des institutions : l'appréhension des usagers et des usagers, la compréhension des dispositifs pour améliorer un accès aux soins, aux droits et dispositifs spécialisés et de droit commun. Elles déploient une clinique du lien grâce auquel peut s'instaurer une relation de confiance. »³²

Les difficultés attendues dans la mise en place d'un dispositif de réduction de risques se situent dans l'articulation de l'activité à partir d'un lieu d'accueil fixe et d'une antenne mobile et la répartition des deux activités dans le temps et dans l'espace. Les usagers de drogues et les pratiques de consommation jouissent d'une image à connotation négative vis-à-vis de la population générale. Les descriptions dans les médias de la déchéance systématique du consommateur ne participent pas à une objectivation des conséquences des consommations. La modification des représentations, ainsi que l'acceptation de l'activité par les forces vives du territoire constituent un enjeu majeur, qui se doit d'être décliné en fonction des enjeux locaux.

A) Le lieu d'accueil fixe

L'implantation du lieu d'accueil fixe se veut situer à proximité des lieux de consommation licites ou illicites supposés ou confirmés en ce qui concerne la scène festive. Discrète et accessible par les transports en commun, ce lieu doit se confondre dans l'urbanisme existant. Une expérience approuvée des besoins architecturaux doit faciliter l'établissement d'un cahier de charge pour la recherche d'un lieu adapté et peut être considérée comme une force interne de l'organisation. Un partenariat existant avec les

³² CHAPPARD P., COUTERON J-P., Dr. MOREL A. / éd., 2012, *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Paris : Dunod, 325 p.

professionnels du CAARUD « Atypik » de Lens doit être mis à profit d'une adaptation du choix de lieu au contexte local.

La constitution d'une équipe nouvelle sur un nouveau secteur d'intervention pourrait représenter une faiblesse interne de l'organisation. Il y va de même quant au budget alloué à la mise en place de ce nouveau CAARUD. La méconnaissance du tissu associatif, ainsi que celle de l'ensemble des acteurs locaux doit être prise en considération avant le démarrage de l'activité. Les fermetures momentanées du lieu d'accueil fixe pour des raisons organisationnelles internes (tournées avec antenne mobile) nécessitent de la communication en amont pour ne pas devenir une faiblesse de l'organisation interne.

La volonté des politiques publiques d'insuffler une dynamique de réduction de risques sur la ville d'Arras en partenariat avec les dispositifs de droit commun, pharmacies de ville, médecins généralistes, milieu festif et élus locaux est indéniablement une opportunité à l'externe de l'organisation dans la mise en place de ce lieu d'accueil fixe. Une communication soignée auprès du voisinage du lieu d'implantation du CAARUD, mais aussi des élus et des forces de l'ordre en termes de gains de sécurité dans l'espace public est indispensable pour anticiper les menaces externes à la mise en place de l'activité. Par ailleurs il n'est pas exclu que l'ouverture d'un CAARUD fasse venir en centre ville des populations des environs jusqu'à lors inconnues par les habitants. Des actions d'éducation au civisme de ce public doivent être envisagées par anticipation. De ce fait, à chaque distribution de matériel de consommation, la délivrance de messages d'incitation à la récupération doit participer à l'éducation civique de l'utilisateur. Compte tenu de la gratuité du matériel de consommation, la participation à la récupération sera énoncée comme un devoir civique.

B) L'antenne mobile

La pratique des « maraudes » sur Lille et Roubaix, et en particulier avec le bus de AIDES à la rencontre des « travailleurs du sexe », constitue une expérience non négligeable des professionnels lillois dans la démarche du « aller vers ». Ces expériences se doivent d'être partagées avec les intervenants de l'Arrageois pour alimenter une force interne de l'organisation.

Les besoins de véhicules adaptés et aménagés, l'étendue du territoire à couvrir et les durées de parcours affaiblissent l'organisation interne. Le coût élevé d'un véhicule aménagé impacte de fait le budget global d'investissement, puis de fonctionnement.

L'absence d'acteurs de réduction de risques sur le territoire de l'Arrageois et l'attente des acteurs locaux, pharmaciens et médecins généralistes, centres sociaux et acteurs de la réduction de risques constituent de fait une opportunité externe dans la mise en place d'une antenne mobile sur le territoire.

L'acceptation de cette antenne mobile par les populations locales, la fréquentation des lieux, le regroupement des populations cibles, réservent une menace externe à l'application du projet.

C) Le milieu festif

L'implication associative dans l'obtention du label « Quality Bar » sur Lille entre les gestionnaires d'établissements nocturnes et les acteurs de la réduction de risques, doit être considérée comme une force interne dans les négociations avec les gérants d'établissements de l'Arrageois.

Pourtant, l'absence d'implication dans le milieu festif arrageois, ainsi que la méconnaissance du milieu festif des étudiants constitue une fragilité organisationnelle de l'approche de réduction de risques de cette population. La volonté d'une déclinaison locale des procédures européennes affirme un engagement local, perçu comme une opportunité extérieure. Seules les réticences des gérants de lieux festifs ou des élus locaux de sites pourront être identifiées comme des menaces externes à la mise en place de ce dispositif de réduction de risques de proximité.

Les difficultés attendues sur le territoire ne sont pas à la hauteur des enjeux de santé publique et méritent d'être examinées en fonction des résultats attendus.

2.2.3 Des explications possibles

Etudiés un par un, les indicateurs de santé du territoire de santé de la ville d'Arras, des CLS (contrats locaux de santé) de la CU d'Arras ou de la zone de proximité sont encourageants en comparaison des valeurs régionales.

Cependant, avec l'association de facteurs de risques multiples sur ce territoire avec des populations à risques, une partie de la population cible s'expose à des prises de risques importantes, susceptibles de contaminer la population générale. Ces prises de risques ne s'additionnent pas, mais se multiplient. Dans les faits la mise en place d'un dispositif de réduction de risques pour les publics cible s'impose comme une nécessité de santé publique sur le territoire.

Les UD (usagers de drogues) et UDVI (usagers de drogues par voie intraveineuse) ne représentent d'après les études internationales seulement environ 1 % de la population générale, cependant ils sont en majorité majeurs et hétérosexuels et à ce titre en permanence en contact avec la population générale. En dehors des addictions, les risques de contamination de maladies liés aux pratiques sexuelles sont réels et préoccupants. En parallèle, certaines caractéristiques, à première vue attirantes de la ville d'Arras, ville à taille humaine, centres de formations supérieures multiples, urbanisme agréable avec un centre ville historique conservé, vie et manifestations culturelles importantes et une situation géographique favorable sur l'axe Lille – Paris, peuvent également être des facteurs d'amplification des comportements de prises de risques pour des publics vulnérables. Une méconnaissance des populations de consommateurs et de leurs modes de vie par la population générale peut être à l'origine de réponses inadaptées ou inexistantes. De même, les réactions des professionnels, qu'ils s'agissent des acteurs de santé ou des acteurs institutionnels (agents territoriaux, forces de l'ordre,...) s'organisent à partir des connaissances empiriques ou d'empathie à l'égard des consommateurs et peuvent être considérées comme aléatoires et incohérentes. Une scène nocturne intense à destination de la population estudiantine favorise non pas seulement la détente et la convivialité, mais également les expérimentations et parfois des excès. Les prises de risques de ces jeunes consommateurs et clients de cette scène nocturne ne sont pas systématiquement prises en compte par les organisateurs d'événements ou teneurs d'établissements.

De fait, l'absence d'articulation entre prévention, accompagnement, soins et répression isole les initiatives individuelles et atténue leur efficacité.

2.2.4 Des hypothèses d'actions aux services de pratiques adaptées

La philosophie du « aller vers » se doit d'être déclinée à la fois auprès des publics cibles, du ou des voisinages, des professionnels de santé, des institutions et l'ensemble des partenaires potentiels du territoire concerné.

En absence d'actions de réduction de risques existantes, les connaissances des acteurs sociaux du territoire, comme celles des clubs de prévention spécialisé, des animateurs des centres sociaux, des assistants de service sociaux des CCAS (centre communal d'action sociale) ou UTPAS (unité territoriale de prévention et d'action sociale) méritent d'être mises au profit de la rencontre avec les publics cible. Les rencontres avec ce public peuvent être réalisées dans les espaces festifs. L'intérêt de cette démarche consiste à associer les usagers à la mise en place des actions de réduction de risques, de recueillir leurs avis en terme de besoins et de pertinence de l'implantation d'un lieu d'accueil fixe.

La communication auprès de la population générale et en particulier du voisinage du lieu d'implantation du CAARUD nécessite d'être axée sur le gain sanitaire en population générale et la sécurisation de l'espace public. La responsabilisation des UDVI (usagers de drogues par voie intraveineuse) dans le respect de leurs environnements et co-citoyens constitue un enjeu majeur dans l'intégration des actions de réduction de risques dans la vie de la cité.

L'association des pharmaciens et de l'ensemble des acteurs de médecine générale à cette démarche du « aller vers » multiplie la transmission de messages de prévention et pacifie les espaces de travail de ces professionnels de santé à partir de nouveaux points d'accès au matériel de consommation spécialisé.

La responsabilisation des organisateurs d'événements festifs et tenanciers d'établissements constitue également une protection juridique de ces derniers en cas d'accidents des clients survenus après fréquentation de ces lieux avec consommation. L'articulation des actions de réduction de risques avec les missions des forces de l'ordre s'impose dans une reconnaissance de complémentarité de la gestion de l'espace public.

Les actions de réductions de risques ont démontré leur efficacité à partir du moment qu'elles s'inscrivent dans une approche globale de l'accompagnement des comportements de consommations.

2.3 Un partenariat en question

« Intégrer la question des risques pris et leur maîtrise dans l'approche thérapeutique nécessite de répondre à des questions qui concernent l'ensemble des disciplines et des acteurs. Les premières sont celles des objectifs fixés au traitement et de la distinction des espaces dévolus à ces différents objectifs. L'accompagnement transdisciplinaire invite à préciser les interactions entre des objectifs de natures différentes et les espaces thérapeutiques qu'ils génèrent. »³³

2.3.1 Etat des lieux d'un partenariat potentiel

A) Avec les acteurs de santé en médecine générale

On dénombre vingt et une officines de pharmacie et une cinquantaine de médecins généralistes installés sur le territoire de la ville d'Arras en intramuros. Ces praticiens,

³³ COUTERON J.-P., MELIAVA N., MOREL A., 2012, « Réduction des risques, soins et thérapies de gestion » in CHAPPARD P., COUTERON J.-P., Dr. MOREL A., *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Paris : Dunod, pp. 316-325.

premiers acteurs du soin, se doivent d'être associés à une approche de réduction de risques d'une population en rupture de lien partiel ou total avec le dispositif de soins. Compte tenu des contraintes budgétaires fixées dans l'appel à projet, mais aussi d'une vision à long terme, l'instauration de relais opérationnels avec l'ensemble des acteurs de santé s'impose comme une évidence dans l'Arrageois.

Un partenariat spécifique avec les officines du secteur à partir d'actions de sensibilisation et d'information autour des programmes d'échanges et de récupérations de seringues, inexistants jusqu'à nouvel ordre, s'impose comme une nécessité sanitaire sur le territoire. L'implication des officines dans la gestion de DASRI (Déchets d'activités de soins à risques infectieux), en mutualisant les compétences et financements du CAARUD, favorisera une gestion territoriale et accentuera l'inscription des officines dans une approche sanitaire hors des enjeux lucratifs initiales de celles-ci. La mise à disposition d'outils de communication et de prévention, ainsi que d'outils de réduction de risques, comme les préservatifs dans les cabinets de médecine générale s'envisage comme une force dans l'organisation d'un partenariat avec les acteurs de santé.

B) Avec les acteurs de l'inclusion sociale

Les CHRS (centres d'hébergement et de réinsertion sociale) et FJT (foyers de jeunes travailleurs) du secteur, au nombre de six sur la ville d'Arras, ne sont ni habitués, ni habilités pour prendre en charge un public de jeunes en errance avec animaux. Pourtant ce public relève des compétences de ces centres d'hébergement, mais ne se caractérise pas par les critères d'inclusions « traditionnels ». Un travail spécifique en lien avec le syndicat national des vétérinaires doit pouvoir amener ces structures d'accueil à revisiter les protocoles et conditions d'accueil des personnes en situation d'errance en partenariat avec le CAARUD sur les questions d'accompagnements des comportements addictifs. Par ailleurs les comportements addictifs de ces personnes en difficulté sociale ne sont pas autorisés lors de la prise en charge en hébergement et peuvent constituer une cause d'exclusion.

Dans les faits il s'avère que les consommations en dehors du lieu d'hébergement sont passées sous silence, à condition qu'elles n'entravent pas le fonctionnement des lieux d'accueil. La méconnaissance des comportements de consommation des professionnels favorise les prises de risques « clandestines » des résidents et rend impossible la délivrance de message de prévention et de réduction de risques. Cette opposition entre l'agrément et le fonctionnement des CHRS en référence au texte de loi de 1974³⁴

³⁴ Annexe 7 : Loi n° 74-955 du 19 novembre 1974

instituant les « centres d'hébergement et de réadaptation sociale » et l'évolution des besoins des publics en difficultés constitue une faiblesse dans l'organisation d'un partenariat avec les acteurs de la réduction de risques.

Cependant la présence d'acteurs de la prévention spécialisée sur Arras même, ainsi que sur le territoire, intervenants à l'interstice entre la réduction de risques et l'inclusion sociale peut être considérée comme une opportunité externe dans la mise en place d'un partenariat transdisciplinaire.

C) Avec les acteurs de la fête

Les gestionnaires de lieux d'accueil festif de type « bar », « bistrot », « pub » et autres établissements de convivialité doivent être associés à une démarche de réduction de risques à partir de chartes de « bon accueil et d'accompagnement » d'usagers potentiels de prises de risques, qu'il s'agisse de consommations excessives d'alcool ou de substances illicites. La mise à disposition gratuite de matériel dit de réduction de risques en lien avec l'activité du CAARUD doit modifier les pratiques professionnelles et sensibiliser les usagers aux dangers liés aux comportements abusifs.

Dans une dynamique lucrative et commerciale, les gestionnaires de lieux festifs peuvent craindre la stigmatisation de leurs activités ou publics à partir de communications autour des engagements pris à l'égard des consommateurs excessifs. Des représentations stéréotypées des personnes consommatrices de substances psycho actives autres que de produits licites constituent une menace externe à l'investissement dans un partenariat avec les acteurs de la réduction de risques. La responsabilité juridique, déjà fortement engagée pour les commerciaux de la fête en termes de sécurité des personnes et des biens, peut être un frein à une collaboration avec les acteurs de santé.

D) Avec les forces de l'ordre

Les actions de réduction de risques ne se substituent pas aux actions de répressions menées par les forces de l'ordre. Elles se complètent à partir d'une reconnaissance mutuelle, tenant compte à la fois des enjeux de sécurité et de santé publique. La concertation des acteurs issus des deux champs est un enjeu majeur dans la réussite d'actions de réduction de risque sur le territoire. La répression du trafic de stupéfiants, de conduite de véhicule sous emprise de substances psycho actives ou encore de la perturbation de l'ordre public ne doit pas s'opposer à une démarche sanitaire à l'égard de l'individu.

Les actions menées en complémentarité entre les forces de l'ordre et les acteurs du soin ont démontré leur efficacité dans la lutte contre les IPM (ivresse publique manifeste) lors

des événements comme la « fête de la musique », « grande braderie de Lille » ou encore les « alternatives aux poursuites pénales pour usage simple de stupéfiant ».

Les connaissances fines des forces de l'ordre du territoire, des populations, mais aussi des lieux de consommation peuvent orienter favorablement les propositions d'implantation d'un CAARUD, de distributeurs/récupérateurs de matériel de consommation ou de trajectoires recommandées pour les « maraudes » et tournées d'une antenne mobile.

L'acceptation de la philosophie de la réduction des risques par les agents des forces de l'ordre peut être une réelle opportunité dans la mise en place d'un partenariat, alors que son refus constitue une vraie menace dans l'application de la politique de santé publique.

E) Avec les acteurs en addictologie

Une attention particulière doit être portée sur le partenariat en amont et en aval avec les centres de soins (CSAPA) sur le territoire. Il ne s'agit pas seulement d'intégrer les pratiques de réduction de risques dans les pratiques existantes telles que le décret CSAPA d'avril 2007 le prévoit, en respectant les pratiques historiques, mais aussi de fluidifier les parcours, parfois en dents de scie, des usagers. Compte tenu des évolutions dans les pratiques de consommation et la multiplication des publics, les trajectoires linéaires dans une démarche de soin sont rares. Les usagers, en particuliers ceux fréquentant les scènes festives, déclarent vouloir maîtriser leurs consommations. Il en résulte des allers-retours entre les dispositifs de réduction de risques et les dispositifs de soins.

En tout état de cause, les professionnels des CSAPA sont des relais potentiels dans l'amorce d'une démarche de soin avec les publics cibles sur le territoire. Opposé l'approche réduction de risque à celle du soin traditionnel en addictologie constituerai une menace extérieure à l'intégration de la RdR dans une prise en charge globale de la personne. Le CAARUD doit de ce fait s'intégrer dans le dispositif régional (collectif de réduction de risques N/PdC) et national. Seule la confrontation des pratiques existantes peut permettre une adaptation et intégration rapide au contexte local. L'assimilation d'expériences venant d'ailleurs (ex. : « sacados » à Orléans) associée à de la créativité locale seront des atouts dans la mise en place de projets ambitieux.

Transdisciplinarité et complémentarité doivent être conçues comme la clef de voute d'un partenariat constructif dans l'installation d'un dispositif de réduction de risques dans lequel l'utilisateur est considéré comme premier expert de ses consommations.

2.3.2 « Chez eux, ce n'est pas comme chez nous ! », des difficultés à anticiper

« Le contexte est un facteur déterminant dans la production et les représentations des conduites addictives. Il en détermine aussi les « solutions ». Ainsi, le concept d'addiction

s'est construit à travers deux préoccupations modernes : la sécurité et la santé. D'un coté déviance et délinquance, de l'autre maladie du cerveau. »³⁵

A) La sécurité de l'espace public

Les consommations de substances psycho actives en dehors de l'espace privé posent des questions en termes de sécurisation des espaces publics. Les alcoolisations massives à la sortie d'événements festifs peuvent entraîner des situations de tapages nocturnes de la part des consommateurs, d'actes d'incivilités ou de dégradation du mobilier urbain ou encore d'agression des consommateurs en état de d'ébriété par les personnes malveillantes. L'abandon de matériel de consommation sur la voie publique, qu'il s'agisse de bouteilles vides ou de matériel d'inhalation ou d'injection, représente un danger en termes d'accidentologie et d'infection pour la population générale. Alors que la consommation d'alcool provoque près de 50000 morts et celle de tabac près de 70000 morts par an en France, dans les représentations collectives l'usager de drogue, le drogué, c'est l'autre.

Faisons fis du constat alarmant que 50 % de la population générale âgée de 17 ans, garçons et filles confondus, ont déjà fait usage au moins une fois dans leur vie de stupéfiant et en particulier de cannabis, la majeure partie des familles françaises ne se sent pas concernée par l'usage de drogue en considérant que leurs propres addictions ne sont pas problématiques.

Par conséquent, ils ne s'estiment pas ou seulement peu concernés par la mise en place de dispositifs de réduction de risques et les perçoivent comme un danger en termes d'attirance d'une population stigmatisée et considérée comme menaçante. L'effet attendu de sécurisation et de pacification de l'espace public par l'incitation des usagers à une plus grande responsabilité n'est que peu reconnu dans l'inconscient collectif.

B) Les risques de contamination

En 1993, Bernard KOUCHNER, alors ministre de la santé dans le gouvernement de Pierre Bérégovoy, a déclaré pour la première fois que, contrairement à certaines affections, comme le VIH, les toxicomanies et comportements d'addiction ne se caractérisaient pas par un aspect irréversible.

³⁵ COUTERON J.-P., Dr. MOREL A., 2008, *Les conduites addictives – comprendre, prévenir, soigner*, 1^{ère} édition, Paris : Dunod, 323 p.

Cependant, de part les pratiques de consommation, les usagers de drogues sont particulièrement exposés aux risques de contamination. Le facteur social des comportements addictifs, les consommations avec des pairs, l'absence de matériel de consommation en nombre suffisant et certains rituels de consommation sont à l'origine de partage de matériel d'injection et augmentent considérablement les risques de transmission d'infection. Autant la détention de matériel de consommation stérile n'est à priori pas prohibée, autant la possession de matériel de consommation souillé témoigne d'une pratique interdite par la législation sur les stupéfiants. Quelques faits divers, dans lesquels une seringue souillée fut utilisée comme arme de menace ont renforcé les représentations de dangerosité de la seringue.

Dans ce contexte sécuritaire, la tentation d'abandonner le matériel de consommation au plus vite est grande, bien qu'inexcusable. Le risque qu'une personne puisse se piquer accidentellement avec une seringue souillée et abandonnée dans un espace public et être ainsi infectée par le virus du SIDA, accentue les représentations négatives en population générale de l'usager de drogue. Dans les faits, il s'avère que le VIH n'a qu'une durée de vie très courte une fois exposé à l'air libre, ce qui n'est malheureusement pas le cas du VHC, virus beaucoup plus résistant.

C) Le rôle des pairs

« Nul ne se soucie de savoir ce qu'un drogué aurait à dire à d'autres drogués, ou plutôt si, tout le monde en a peur, et c'est justement pour cela qu'il existe des lois. »³⁶

La philosophie de la réduction de risque a positionné l'usager de drogue comme premier expert de sa consommation. L'addiction n'altère en rien ni la citoyenneté, ni la responsabilité de la personne. L'état d'ébriété et la modification des états de conscience suite à un épisode de consommation ne sont pas permanents et varie en fonction du sujet, du produit psycho actif consommé et du contexte de consommation. L'histoire des associations comme « Alcooliques Anonymes » ou encore « Narcotiques Anonymes » ont démontré l'impact de la parole de l'usager sur ses pairs.

En France, ce sont les associations comme « ASUD », reconnue par les pouvoirs publics comme association représentante des usagers du dispositif de soin, ou encore la plateforme d'échange « PsychoActif » sur Internet qui ont promu la prise de parole des usagers de drogue. Il s'avère par le nombre d'exemplaires du journal d'ASUD édité et le

³⁶ OLIVET F., décembre 2013, « Usagers, drogués, toxicos : des paroles et des actes », *ActaI – cahiers thématiques de la Fédération Addiction*, vol.1, n°13, pp. 20-24.

nombre de connexions réalisées et de commentaires laissés sur les plateformes d'échanges sur Internet, que ces outils de communication ne sont pas seulement un espace d'expression entre usagers de drogues, mais qu'ils participent également à la formation permanente et aux interactions entre simples usagers, usagers engagés et professionnels de la réduction de risques.

L'impact de la parole des pairs dans une démarche de responsabilisation, ainsi qu'en tant que vecteur d'efficacité dans la mise en place d'une approche de réduction de risques n'est plus à démontrer. Reste à suggérer une modification des représentations de l'utilisateur de drogue auprès de la population générale à partir des prises de parole des personnes concernées.

2.3.3 Hypothèses d'actions et de construction d'une opérationnalité au service des usagers

« Le lien entre l'expérience de la reconnaissance et l'attitude du sujet envers lui-même résulte de la structure intersubjective de l'identité personnelle : les individus ne se constituent en personnes que lorsqu'ils apprennent à s'envisager eux-mêmes, à partir du point de vue d'un "autrui" approbateur ou encourageant, comme des êtres de qualités et de capacités positives. »³⁷

Le partenariat, pour devenir moteur d'actions menées en commun ou en parallèle, a besoin de l'identification détaillée des espaces d'intervention des protagonistes, des limites de ces interventions, de leurs complémentarités et d'une reconnaissance mutuelle de la légitimité du partenaire. Les objectifs d'un partenariat se doivent d'être explicités, énoncés clairement et évalués au fur et à mesure. L'ensemble des acteurs doivent pouvoir tirer bénéfice de leurs engagements dans des actions partenariales.

A) Pour les acteurs de santé

Les pharmaciens et médecins généralistes se trouvent bien isolés dans la gestion d'une clientèle atypique et pas toujours complaisante. En absence de réponses adaptées ils sont dans l'obligation de gérer ces patients en préservant l'activité de l'officine ou du cabinet, ainsi que leur clientèle traditionnelle. La mise à disposition pour ces acteurs de santé d'information, de matériel de réduction de risques, de containers spécifiques de récupération et leurs inscriptions dans des protocoles de PES (programme d'échange de seringues) sont des pistes à élaborer pour impliquer différemment ces professionnels

³⁷ HONNETH A., 2006, *La société du mépris, vers une nouvelle théorie critique*, Paris : La Découverte, 350 p.

dans une approche de réduction de risques. Pouvoir orienter les usagers sur des relais spécialisés évite non seulement une inscription progressive dans un isolement professionnel, mais participe également à une prise en charge multi professionnelle de l'usager.

B) Pour les acteurs de l'inclusion sociale

Les professionnels de l'inclusion sociale ont depuis longtemps abandonné l'idéal de l'abstinence concernant leurs usagers les plus précarisés. En absence de réponses adaptées le choix de l'ignorance pourrait prendre le pas sur un éventuel accompagnement des consommations vers une meilleure maîtrise de celle-ci. En collaboration avec la médecine de ville, les protocoles thérapeutiques de type substitution en ce qui concerne les addictions aux opiacés ou de type « gestion » pour les alcoolodépendances peuvent être envisagés comme une aide de l'accompagnement des addictions.

Des expériences menées en CHRS à Nantes, en club de prévention à Le Mans ou dans un des CAARUD lillois démontrent que les prises en charge de personnes accompagnées d'animaux nécessitent certes des aménagements des lieux d'accueil, de la formation des professionnels, mais provoquent des effets extrêmement positifs sur les usagers.

C) Pour les acteurs de la fête

Les tenanciers de bar engagés dans une approche de réduction de risques peuvent se faire valoir d'une attitude responsable auprès des pouvoirs publics et en particulier des élus locaux en charge de la sécurité urbaine, mais aussi auprès de l'ensemble des clients et du voisinage. La mise à disposition et l'incitation à l'utilisation d'éthylotests à moindre coût ou encore les services de compagnies de taxis accentuent l'engagement des commerciaux.

Les organisateurs de manifestations culturelles ont intérêt à solliciter les acteurs de la réduction de risques pour la tenu de stands de prévention avec distribution d'outils de RdR (eau à volonté, bouchons d'oreille, préservatifs,...). Ces initiatives ne se substituent pas aux services de secours, mais les complètent.

D) Pour les forces de l'ordre

Les interpellations à répétition de simples usagers pour détention de quantité minimales ou consommation de stupéfiants sur la voie publique ne sont pas de nature à procurer satisfaction aux agents de police ou de gendarmerie. L'incitation aux soins et l'orientation vers un dispositif de réduction de risques peuvent participer à la pacification d'un territoire et sont à ce titre à considérer comme des éléments nécessaires à la sécurité dans la cité.

E) Pour les acteurs de l'addictologie

Ne pas opposer réduction de risques et soins en addictologie est affiché une position éthique, qui consiste à affirmer que « prendre soin de la personne » est déjà du soin.

Le respect du choix du « libre arbitre » de l'utilisateur en fonction de son histoire de vie, ses capacités du moment et du contexte sont indéniablement des conditions incontournables pour fluidifier les parcours des usagers de drogues.

Pour les usagers les plus précarisés ou en errance, en rupture avec les institutions de droit commun et en référence aux propos d'Alex Honneth, la reconquête d'une certaine estime de soi est impérative pour pouvoir agir avec responsabilité. La reconnaissance de l'utilisateur en tant que personne et non plus en tant que UDVI, toxico ou SDF et la cohérence entre les interventions des différents acteurs sont des éléments déterminants pour que l'utilisateur puisse s'imaginer lui-même comme acteur et partenaire du dispositif de réduction de risques.

L'ensemble des éléments relevés lors de ces SWOT me conforte dans ma position de vouloir proposer une solution alternative en réponse à cet appel à projet. Il ne s'agit pas de répondre à une commande administrative, mais de proposer à partir d'expériences singulières des réponses adaptées à un territoire méconnu. La recherche d'expériences et de conceptions globales de modes d'interventions doit nourrir les projets spécifiques en lien avec les problématiques du territoire. Le constat d'une situation de santé fortement précarisée incite à une réflexion de collaboration entre l'ensemble des acteurs de santé, de prévention et de régulation des phénomènes et manifestations de santé. Les articulations entre champs d'interventions et champs d'actions seront la pierre triangulaire des interventions en réduction de risques à l'égard des populations cibles.

3 Le CAARUD « Step-in »

« Step-in » sera le nom du lieu d'accueil fixe et de l'antenne mobile, comme une invitation d'entrer pour ceux qui se considèrent eux-mêmes comme les « indésirables » du dispositif de droit commun.

« Il est fréquent de dire que la fracture que nous connaissons dans notre législation repose, depuis la loi hospitalière du 31 décembre 1970, sur la distinction entre les personnes qui ont besoin d'une aide pour leur insertion sociale et/ou professionnelle (financée par l'aide sociale de l'Etat ou les collectivités territoriales) et celles qui ont besoin de soins (financés par la Sécurité sociale). Très vite, cette distinction est parue artificielle, même si, dans la pratique, des malades mentaux ont pu bénéficier de la législation en faveur des personnes handicapées, dès la loi du 23 novembre 1957 sur les « infirmes ». »³⁸

3.1 Le choix d'un petit service souple et multi fonctions

Les contraintes budgétaires énoncées dans l'appel à projet m'ont incité à faire preuve d'imagination et de créativité dans l'organisation du CAARUD « Step-in ». Les expériences des « microstructures » de l'Alsace et leur réseau national proposent des fonctionnements opérationnels entre le sanitaire et le social souples et efficaces, dont le dispositif de réduction de risques peut s'inspirer.

3.1.1 Le modèle des « microstructures »

« Il fallait trouver les moyens d'ouvrir l'accès aux soins au plus grand nombre et pour cela, donner aux soignants de première ligne qu'étaient les médecins généralistes, les moyens d'accueillir, dépister et soigner les membres d'une population à risques qui n'étaient pas toujours les bienvenus dans les salles d'attentes. Les microstructures sont nées de la nécessité d'une ouverture à la médecine générale, d'une responsabilité sanitaire nouvelle qui supposait, pour réussir, une révolution culturelle et un renforcement pratique de l'exercice. »³⁹

³⁸ JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, 3e édition, Paris : Dunod, 201 p.

³⁹ BADER-LEDIT D., Dr. BRUN F., Dr. MELENOTTE G.-H., 2013, « Une équipe pluri-professionnelle au cabinet du médecin généraliste regroupée en pôles de santé : les microstructures médicales », *Actal – Parcours de soin : l'usager au cœur de l'articulation des pratiques et des acteurs*, vol. 1, n° 12, pp. 43-46.

A) Les origines

Les premiers réseaux de microstructures sont nés en Alsace au milieu des années 1990 dans une période de mobilisation générale de lutte contre les maladies infectieuses à l'initiative d'un CSST strasbourgeois (centre de soins spécialisés en toxicomanie, devenu CSAPA depuis 2009). Il s'agissait de créer un réseau d'intervenants autour de la prise en charge de personnes sous TSO (traitement de substitution aux opiacés) regroupant les médecins généralistes, les travailleurs sociaux des CSST, des psychologues et des patients, afin de favoriser les passages des prises en charges en médecine de ville. Cette initiative a donné vie à la création d'un nouveau concept d'une structure sanitaire souple et pluridisciplinaire intégrant la médecine de ville. Compte tenu du succès de ce nouveau dispositif, la MILDT a accepté de financer l'expérience via l'assurance maladie.

Depuis 2006, les réseaux de microstructures se sont organisés au niveau national sous forme d'une coordination nationale appelée CNRMS (coordination nationale des réseaux de microstructures médicales), dont il existe six réseaux régionaux à ce jour (deux nouveaux réseaux, ainsi qu'un réseau transfrontalier avec l'Allemagne sont en cours de réalisation).

B) Les missions :

a) *La formation*

Les participants du réseau s'engagent à former les intervenants pluridisciplinaires d'un territoire susceptible de devoir traiter les questions sanitaires sensibles, comme celles des maladies infectieuses (hépatites, VIH,...) à l'éducation thérapeutique au bénéfice des publics les plus précarisés.

b) *Le recueil de données*

Les participants du réseau constituent un dispositif de veille sanitaire à partir d'un recueil homogène de données anonymisées des usagers de drogues. Ce recueil de données doit favoriser la mise en œuvre d'études cliniques sur le territoire de santé.

c) *La fluidification des parcours de soins*

La création ou le renforcement d'un partenariat entre le secteur sanitaire et le secteur du médico-social vise à simplifier les parcours de soins des patients. Une meilleure adaptation et des réponses individualisées aux bénéfices des usagers sont attendues.

d) *Une évaluation*

La pérennisation des financements de la MILDT ou des collectivités locales dépend des évaluations fiables de l'activité des microstructures.

e) *La valorisation d'une clinique*

Les acteurs des réseaux de microstructures s'engagent à interroger et valoriser les pratiques du réseau dans des journées de travail et de réflexion. L'ajustement des orientations du réseau en découle.

C) L'articulation avec le CAARUD

Historiquement les réseaux de microstructures se sont articulés avec les dispositifs de soins traditionnels composés de CSST, puis de CSAPA.

« Cette approche ici promue en médecine générale vaut déjà dans les CSAPA. De nombreuses convergences existent entre CSAPA et les microstructures médicales montrant s'il en est besoin qu'une telle convergence est culturelle et non concurrentielle. »⁴⁰

Les expériences menées en Alsace ou en région Provence-Alpes-Côte d'Azur doivent servir d'appui à la mise en place d'un partenariat entre les acteurs de la médecine générale, les professionnels des CSAPA du territoire arrageois et les intervenants du CAARUD « Step-in ». Considérant que le dispositif de réduction de risques fait partie intégralement du dispositif de soin, son intégration dans un réseau de soin de proximité, ainsi que celle des représentants des usagers s'impose comme une évidence.

La souplesse et l'adaptabilité des réseaux de microstructures sont des atouts indéniables dans une approche territoriale des publics précarisés à travers un accompagnement pluridisciplinaire et individualisé. La spécificité de l'accueil de ce public en CAARUD peut être considérée comme rassurante pour les acteurs de santé de droit commun et constitue ainsi une garantie supplémentaire quant à l'accueil de ces personnes en salle d'attente traditionnelle. Cette approche favorise le décloisonnement des prises en charge, réinstalle le lien social et participe à la lutte contre l'isolement des acteurs de santé, particulièrement présent en milieu rural. Elle s'inspire de la complémentarité et situe l'utilisateur au centre de la prise en charge. L'intégration de représentants d'utilisateurs dans les réunions de synthèse ou de coordination du réseau doit être envisagée comme un élément dans la responsabilisation des utilisateurs de drogues et participe ainsi à une forme d'éducation communautaire à la santé.

⁴⁰ BADER-LEDIT D., Dr. BRUN F., Dr. MELENOTTE G.-H., 2013, « Une équipe pluri-professionnelle au cabinet du médecin généraliste regroupée en pôles de santé : les microstructures médicales », *Actal – Parcours de soin : l'utilisateur au cœur de l'articulation des pratiques et des acteurs*, vol. 1, n° 12, pp. 43-46.

3.1.2 Une organisation adaptée

Le territoire d'intervention ciblé dans l'appel à projet se compose d'un territoire urbain et d'un territoire rural ou semi-rural. Le projet du CAARUD « Step-in » doit s'adapter à ces particularités. Les professionnels du CAARUD « Atypik » de Lens évoquent en particulier des besoins importants d'un public d'usagers de drogues à Frévent et à Saint Paul sur Ternoise.

A) Le lieu d'accueil fixe à Arras

Comme la majeure partie des CAARUD, le CAARUD « Step-in » doit pouvoir proposer à la fois des temps d'accueil collectif et des temps d'accueil individualisés. Ces derniers sont particulièrement nécessaires pour les soins infirmiers, mais aussi pour une individualisation dans la délivrance de matériel stérile, des messages de prévention et de réduction de risques, ou encore les entretiens socio-éducatifs.

A ce titre le choix des locaux est déterminant. Il convient de chercher un espace locatif accessible en transport en commun. Il me semble préférable que ce local se confonde dans l'architecture du quartier d'implantation. Un ancien local commercial à plein pied permettra également l'accueil de personnes à mobilité réduite.

Comme dans tous les locaux d'institutions, et en respect de la loi Evin, la consommation de substances psycho actifs, même licites, ne peut pas être tolérée. Afin d'éviter des attroupements devant le CAARUD aux moments des accueils collectifs de personnes consommatrices de tabac, la recherche d'un local avec cour ou jardin à l'arrière est à privilégier. Cet espace se doit d'être suffisamment important pour permettre l'aménagement d'une zone d'accueil de chiens pour les usagers accompagnés d'animaux. L'installation de chenils amovibles ou d'anneaux fixés aux murs sera nécessaire pour sécuriser le lieu et les personnes, usagers et professionnels. La mise à disposition de laisses et muselières doit être proposée. L'expérience du CAARUD « Entr'acte » de Lille a démontré que la proposition de l'accueil de chiens à partir de consultations vétérinaires ou de « garderie canine » favorise la rencontre avec les jeunes en errance. Alors que la configuration du CAARUD « Intermède » à Toulouse, sans espace ouvert, a obligé la direction de celui-ci d'aménager l'espace d'accueil collectif avec une cabine de fumage à l'intérieur du CAARUD, afin d'éviter les nuisances sur la voie publique provoquées par des attroupements d'usagers. Un CHRS à Nantes propose les mêmes dispositions dans l'accueil de personnes avec animaux que « Entr'acte » à Lille et constate l'afflux de personnes en errance jusqu'à là inconnues du dispositif d'hébergement.

L'existence d'une infirmerie, d'un espace d'hygiène (sanitaires, douches, salle d'eau, machines à laver le linge) et d'un bureau d'entretien complètent la configuration nécessaire du lieu d'accueil fixe.

B) Les temps d'accueil différenciés

Les rencontres avec les publics cibles se font à des moments où l'émergence de la demande de soins spécifiques n'a pas pu s'exprimer par le fait de contingences multiples, parfois liées aux toxiques utilisés, plus souvent pour des problèmes matériels, administratifs, financiers ou judiciaires sans solutions. De ce fait, il est impératif de différencier les temps d'accueil.

Le respect des personnes, usagers et professionnels, des lieux et du règlement de fonctionnement (être usager de drogue, absence de consommation dans le lieu, absence de violence, respect de l'environnement et en particulier du voisinage) sont les seules exigences, qui conditionnent les accueils. Aucune contrepartie, comme pourraient l'être le sevrage ou une inscription dans un programme de substitution, n'est exigée à l'accueil.

Dans le CAARUD « Step-in », des permanences d'accueil hebdomadaires permettent aux usagers de drogues de se reposer, de bénéficier de soins infirmiers, de se laver et d'échanger leurs seringues, de bénéficier de tous les outils de réduction de risques, d'obtenir gratuitement des préservatifs et de s'inscrire dans des accompagnements individualisés de soins ou d'insertion. Un minimum de trois personnes salariées présentes est requis pour pouvoir garantir la qualité des prestations aux moments des accueils collectifs. En cas d'encadrement insuffisant, soit seulement deux salariés présents, uniquement les prestations de types « échanges de seringues » seront assurées de manière individualisée.

« Depuis plus de vingt ans, les fondements de cet « aller vers » ont permis à des personnes les plus discriminées et honteuses d'elles-mêmes – au point parfois de se dénier le droit à la dignité – de reprendre pied, de retrouver l'envie de prendre soin d'elles. »⁴¹

Un temps d'accueil spécifique doit être réservé au public féminin. Il s'agit de proposer à ce public particulièrement vulnérable des créneaux horaires réservés, ce qui ne les

⁴¹ HOAREAU E., 2012, « Un usage féminin des substances ? », *Le Sociographe : des drogues aux addictions*, vol.1, n° 39, pp. 17-26.

exclut pas des créneaux d'accueil collectif mixte, mais leurs propose un temps spécifique durant lequel les autres publics ne sont pas admis. Ce temps spécifique « femmes » pourrait être envisagé les mercredis après midi. La présence d'un personnel de soins et d'un(e) professionnel(le) socio éducatif (assistant de services sociaux, éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale) est souhaitable, afin d'adapter les accompagnements aux besoins de ce public féminin. Un partenariat avec des associations spécialisées dans la lutte aux violences faites aux femmes ou encore de la prostitution pourrait donner lieu à des permanences mensuelles lors de ce temps d'accueil spécifique.

Les temps d'accueil collectifs mixte doivent être envisagés trois fois par semaine. Des propositions de dépistages par TROD (test rapide d'orientation diagnostique) ou Fibroscan et de campagnes de vaccination pourront être organisées lors de ces temps d'accueil collectif en partenariat avec les services d'addictologie hospitaliers, l'association « AIDES » ou encore le CDAG (centre de dépistage anonyme et gratuit). Une présence régulière et une permanence d'ouverture repérée durant la semaine faciliteront l'élaboration de liens et permettront à la confiance de s'instaurer.

Paradoxalement, il ne faudrait pas, dans un souci de proximité avec le public le plus précaire, que les publics non ou peu marginalisés soient exclus du dispositif. Des actions devront être menées à destination des consommateurs non marginalisés, mais tout autant à risques sur les questions relatives au SIDA et aux hépatites en milieu universitaire, festif, professionnel ou même sportif.

L'ensemble de ces dispositions feront l'objet d'une évaluation avec les usagers au bout de 6 mois de fonctionnement et en cas de consensus sur l'inadaptation de l'organisation proposée, ces dispositions seront réajustées.

C) L'antenne mobile et l'animation de totems

Le CAARUD « Step-in » propose aussi un certain nombre de permanences hebdomadaires en périphérie arrageoise afin de proposer le don de matériels stériles, l'échange de matériel, de petits soins infirmiers ou des accompagnements socio éducatifs.

a) *Le « Step-in bus »*

Afin de correspondre au cahier des charges concernant les activités « hors murs » dans la mise en place d'une antenne mobile sur le territoire, l'acquisition d'un véhicule aménagé s'impose.

Le choix d'un véhicule léger de type « 9 places » ou d'un camping-car adapté à l'activité du CAARUD sera retenu comme option. A la fois discret et commun ce véhicule doit pouvoir accueillir sur des banquettes aménagées à l'arrière jusqu'à trois personnes en même temps. Il s'agit de pouvoir proposer un espace de rencontre et d'échange autour des consommations à partir d'une médiation d'une collation simple (boissons chauds et froids, soupes en hivers, petits gâteaux). Un échantillon d'outils de réduction de risques (kits d'injection, kits de sniff, pipes à crack, préservatifs masculins et féminins, « roule-taille », conteneurs de récupérations,...) sera stocké dans les armoires spécialement conçues pour cette activité.

Les interventions de soins infirmier doivent être réduites à leur plus simple expression et se limiter à des conseils de soins. Seul l'aménagement d'un espace de soin à l'intérieur du « Step-in bus », respectant les consignes d'hygiène nécessaires pourrait donner lieu à des pratiques de soins dans le véhicule. Ces aménagements sont possibles, mais restent très onéreux, le bus de l'antenne mobile du CAARUD lillois « Entr'acte » en est un parfait exemple (coût d'investissement : environs 85000 €). Je préconise que ce type d'investissement ne soit pas réalisé au démarrage de l'activité, mais seulement après quelques années de fonctionnement et une évaluation objective des besoins d'une antenne mobile médicalisée.

b) Une petite voiture banalisée

Afin de pouvoir initier un accès 24h/24h au matériel d'injection, l'installation d'un distributeur/récupérateur de kits d'injection est à envisager sur la CU (communauté urbaine) d'Arras dans un premier temps, puis un second sur le territoire de santé dans un deuxième temps.

En collaboration avec le service santé, les services techniques de la ville d'ARRAS ou de la CU, les services des forces de l'ordre et des communes avoisinantes, le choix stratégique de l'installation d'un distributeurs/récupérateurs de seringues à des endroits conformes aux habitudes des consommateurs de drogues se doit d'être étudié dans un souci de discrétion et de respect de l'environnement. Les professionnels du CAARUD « Step-in » doivent assurer la maintenance et l'approvisionnement des matériels installés conformément aux habitudes et aux usages des personnes toxicomanes. Les interventions sur ce ou ces « totems » se feront deux fois par semaine, avant et jusqu'après le week-end.

Informé régulièrement les usagers et les partenaires de l'existence de ces « totems » et de la manière de les utiliser est un élément déterminant dans l'éducation et la responsabilisation des usagers. Opérer à des décomptes précis de l'activité de ce(s)

« totem(s) » participe à une veille statistique des consommations par voie injectable. Pour assurer l'animation, le réapprovisionnement et l'entretien de ces « totems », la mise à disposition d'un véhicule léger à l'équipe du CAARUD s'avère nécessaire. Par ailleurs, ce véhicule de service sera utilisé lors des déplacements et rencontres partenariales de l'équipe sur le territoire d'intervention, les déplacements en milieu festif ou encore pour les accompagnements spécifiques d'usagers.

A ce titre je préconise l'acquisition d'un véhicule de type «Renault Kangoo », «Citroën Berlingo » ou équivalent pouvant transporter jusqu'à cinq personnes et dont le coffre puisse être aménagé d'une cage pour le transport d'animaux. Un stationnement sécurisé est à rechercher pour les deux véhicules.

D) Les interventions au milieu festif

Deux catégories d'interventions en milieu festif peuvent être distinguées de part la nature du milieu et les pratiques d'interventions.

a) *Cafés, bars, pubs et autres lieux de convivialité*

L'approche du travail de réduction de risques chez les commerçants de la vie nocturne doit s'inspirer du respect de l'activité lucrative du tenancier de l'établissement, des soucis d'images de marques de ces derniers et d'une volonté de prestations considérées comme plus valu pour l'établissement. La stigmatisation des publics, même ceux avec des comportements à risques ou de l'établissement doit être évitée à tout prix dans un esprit de construction partenariale entre activité commerciale et intervention associative en santé publique. L'identification de groupes de personnes à risques sera effectué en étroite liaison avec le responsable de l'établissement. Les enjeux de responsabilité de propriétaire doivent être évoqués sans tabou dans une recherche de diminution des risques sanitaires et juridiques pour chaque protagoniste. Une approche préventive et de sensibilisation doit être privilégiée pour une plus grande adhésion des commerçants.

Une collaboration avec les services de police en termes d'alternatives aux poursuites pénales, inspirées d'une approche sanitaire de l'expérience lilloise en ce qui concerne les IPM (ivresse publique manifeste), est à organiser avec les gérants de ces lieux de convivialité.

b) *Les festivals*

Lors des manifestations culturelles, l'affichage d'une intervention clairement identifiée comme une intention de réduction de risques doit être visible. Ceci signifie qu'en dehors d'intentions de prévention, d'information et de sensibilisation, le constat des

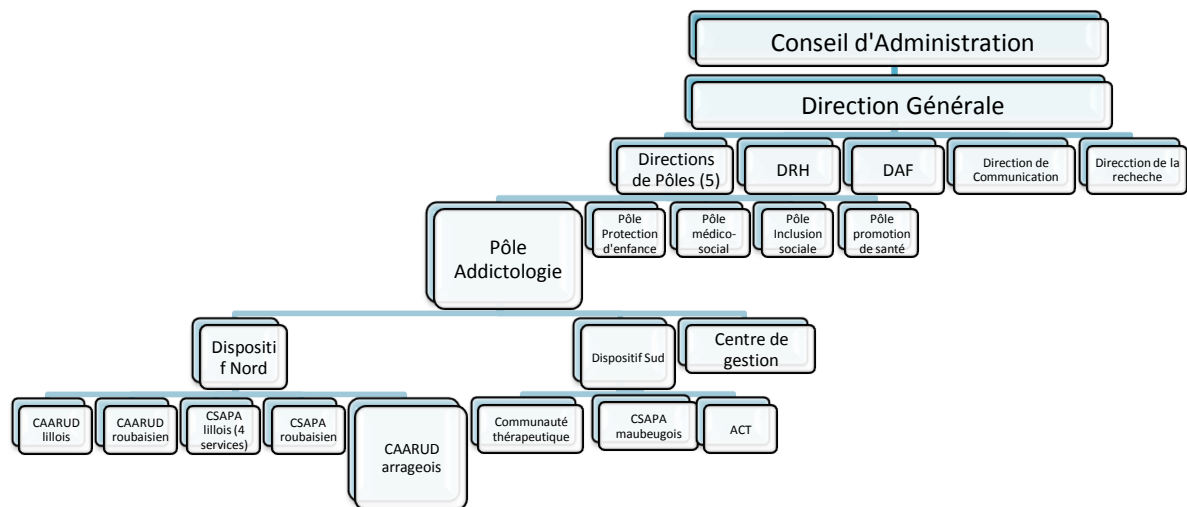
consommations problématiques potentiel a été acté entre les organisateurs d'événements, les acteurs de la réduction de risques et les pouvoirs publics.

Par conséquent, les activités des professionnels du CAARUD doivent s'articuler avec le système de premier secours. L'objectif consiste à limiter les arrivés de personnes au dispositif de premier secours en anticipant les effets consécutifs à leurs consommations. La mise à disposition de boissons hydratants et d'espaces de repos (« chilling out ») avant les manifestations de malaise sont à imaginer.

Ces mises à disposition d'espace « d'intention bienveillante » favorisent l'attention de l'ensemble des festivaliers portée à l'égard de leurs pairs en situation de fragilité avant d'être en situation d'urgence sanitaire. Cependant et pour favoriser le lien avec le dispositif de premier secours, les espaces de détente doivent être animés par au moins un professionnel issu du champ sanitaire.

E) L'équipe

a) *Dans l'organisation associative*



L'équipe du CAARUD « Step-in » sera pluridisciplinaire, composée d'hommes et de femmes. Elle le sera non seulement dans un souci de mixité, mais aussi dans une intention de sensibilité différenciée entre les deux sexes à l'égard des usagers. Considérant l'usage de drogue comme un acte le plus intime des comportements humains (points d'injections), il me semble important de laisser le choix à l'usager de s'adresser ou à un interlocuteur masculin ou à un interlocuteur féminin, notamment en ce qui concerne les soins physiques.

Compte tenu des contraintes budgétaires, l'équipe sera composée de quatre personnes non cadres et d'un demi ETP (équivalent de temps plein) de chef de service. L'équipe non cadre sera composée d'infirmiers, d'un éducateur spécialisé et d'un assistant de service social. Le CAARUD « Step-in » sera rattaché au dispositif Nord dans un souci de complémentarité avec les CAARUD existants.

b) L'IDE (infirmier(e) diplômé(e) d'état) : 2 ETP

Les infirmier(e)s interviennent au sein du CAARUD « Step-in » en référence au cadre déontologique édicté et commun à l'ensemble des infirmiers, tous secteurs d'intervention confondus. Ils seront présents durant les temps d'accueil collectif, les temps d'accueil individualisé, les réunions ainsi que lors des activités de réduction de risques « hors murs ».

A la demande des usagers ou sur leurs propositions ou celles d'un partenaire, ils proposeront des soins infirmier autorisés par leur champ de compétence. En cas de nécessité, ils orienteront ou accompagneront les personnes présentant de graves problèmes de santé chez le médecin ou aux services d'urgence de l'hôpital. Ils participent au don et incitent les usagers à l'échange de matériel de consommation, ainsi qu'à l'utilisation de préservatifs masculins et féminins, tout en faisant passer des messages de prévention visant à la réduction des risques. Ils participent à la maintenance des échangeurs distributeurs de seringues installés sur la ville d'ARRAS. Ils seront autorisés à pratiquer les actes infirmiers qui auront pu être prescrits aux personnes fréquentant le service sous réserve d'ordonnance valide (vaccins, injections intramusculaires ou intraveineuses, délivrance de médicaments particulières justifiant une prise de précaution...).

Ils s'engagent avec les autres membres de l'équipe dans un travail de proximité aux alentours du CAARUD avec l'objectif de ramasser éventuellement des seringues usagées et de maintenir des rapports conviviaux avec le voisinage. Ils s'inscrivent de manière prioritaire dans l'animation du partenariat avec les professionnels de santé de droit commun, pharmaciens, médecins généralistes ou hôpitaux. Dans le cas d'accueil d'étudiants infirmiers en stage, ils assument un rôle de tuteur et de formateur de ces futurs professionnels.

c) L'éducateur/éducatrice spécialisé(e) : 1 ETP

L'éducateur spécialisé sera investi de l'ensemble des missions évoquées dans le projet du CAARUD au sein du lieu d'accueil fixe, comme dans les activités « hors murs » à l'exception des soins. Une attention particulière sera portée sur la notion d'accueil « à seuil adapté » de l'usager de drogue, au travail de partenariat, à la médiation avec

l'environnement, à la mise en place des tournées avec l'antenne mobile et à l'inscription de l'activité dans le réseau régional du collectif de réduction de risques.

Comme ses collègues infirmiers, l'éducateur spécialisé peut être amené à assumer une fonction de formateur de futurs professionnels en stage dans le service. Il sera particulièrement sensible aux intentions d'une politique de réduction de risques, la délivrance des messages de prévention, à l'articulation des partenariats avec les structures spécialisées et ceux du droit commun et à la responsabilisation des usagers en tant que citoyen et acteurs de santé.

Une connaissance fine des publics et du territoire est indispensable dans la présentation et l'intégration d'une politique de réduction de risques auprès des acteurs arrageois des moments festifs.

d) L'assistant(e) de service social : 1 ETP

Comme les infirmiers et l'éducateur spécialisé, l'assistant(e) de service social sera investi de l'intégralité des missions à accomplir par l'équipe du CAARUD « Step-in » à l'exception des soins infirmiers.

La spécificité de la fiche de poste de ce professionnel réside dans sa capacité à maîtriser le champ administratif de droit commun, mais aussi du champ spécialisé de l'inclusion sociale. Sa mission consiste à favoriser l'établissement de « ponts » ou de passerelles entre les deux champs, le champ de l'addictologie et celui de l'inclusion sociale des publics précarisés. Ses connaissances du dispositif administratif doivent être mises au service des usagers du CAARUD.

L'action de ce professionnel se situe en complémentarité de celles des soignants et accompagnateurs socio-éducatifs. Une intention particulière sera portée sur les représentations des partenaires du droit commun à l'égard de la population accueillie et accompagnée à partir des différents modes d'interventions du CAARUD.

e) Le(a) chef de service : 0,5 ETP

L'équipe du CAARUD d'Arras est composée de 4,5 personnes, dont un chef de service soit travailleur social soit infirmier à 0,5 ETP. La petite taille de l'équipe amènera à lui constituer une fiche de poste et une clarification de ses subdélégations qui seront celles d'un cadre responsable et d'un professionnel intervenant pleinement dans les activités de la réduction des risques infectieux.

Cette mission pourra être confiée à un chef de service du dispositif à temps partiel afin de favoriser la transversalité et la complémentarité des prestations proposées. Il sera garant des conditions d'application du projet thérapeutique, pédagogique et des contraintes administratives, notamment celles qui ont à voir avec l'aménagement et la réduction du temps de travail, la législation sociale, la loi du 2 janvier 2002 ainsi que la circulaire CAARUD. A ce titre, il initiera dès le démarrage du projet et avec l'ensemble de l'équipe la mise en place d'une démarche d'évaluation interne à partir du référentiel élaboré par la Fédération Addiction en 2013.

Le(a) chef de service sera vigilant, à partir de sa présence, au bon équilibre concernant les accueils et la qualité du service rendu. Il sera attentif aux difficultés rencontrées par les membres des équipes dans les situations de chaque jour. Il entretiendra par des contacts réguliers les relations avec les partenaires extérieurs. Il favorisera, en collaboration avec le directeur responsable du dispositif et le Directeur du pôle, la circulation de l'information et de la communication, dans le souci de responsabiliser chaque acteur de l'équipe. Son expérience de management d'une équipe de CAARUD, mais aussi sa reconnaissance par les autres acteurs de la réduction de risques à partir de sa participation aux instances régionales seront des réels atouts dans l'installation du nouveau service.

Par ailleurs des temps partiels de direction (directeur de pôle et directeur de dispositif), de secrétariat, de comptable et d'agent technique rattachés au dispositif seront inscrits au budget prévisionnel du service.⁴²

3.1.3 L'importance des personnes « relais »

« Bien que les pouvoirs publics et les institutions soient très ambivalents à l'égard des programmes de renforcement des compétences d'usage, il relève de la réduction des risques de permettre aux consommateurs de consolider leurs connaissances pharmacologiques et médicales, de façon à sécuriser leurs pratiques. »⁴³

Les savoirs profanes des usagers de drogues peuvent enrichir les compétences théoriques des professionnels du secteur. En dehors de ces aspects techniques, j'estime particulièrement important d'associer les usagers à un système de transmission d'information et de communication. Cette notion de relais d'information me semble

⁴² Annexe 6 : Budget prévisionnel du CAARUD

⁴³ CHAPPARD P., COUTERON J-P., Dr. MOREL A. / éd., 2012, *L'aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Paris : Dunod, 325 p.

indispensable compte tenu de l'étendu du territoire d'intervention et des approches multiformes énoncées dans le cahier de charge de l'appel à projet.

A) Sur et à partir du lieu d'accueil fixe

Les usagers doivent être associés aux actions de ramassage de seringues dans l'espace public dans un esprit de responsabilisation, mais aussi de valorisation de leurs connaissances des lieux de consommation et d'un engagement citoyen. La connaissance des lieux de squat est à utiliser dans une recherche de rencontre avec les publics en errance inspiré de la démarche dite « *outreach* » (« aller vers » les groupes de personnes dans leur lieu de vie). L'investissement des usagers dans ces actions participe par ailleurs à modifier progressivement les représentations stéréotypées inhérentes à l'usage de drogue en population générale.

Après d'un an de fonctionnement et une première évaluation de l'activité dans le cadre de l'évaluation interne, la participation d'utilisateur aux accueils collectifs est à envisager sur des temps ponctuels et tâches identifiées.

B) Lors des événements festifs

L'expérience des codes et pratiques de consommation lors la tenu d'événements festifs des participants doivent sensibiliser les professionnels aux situations à risques et leurs manifestations, afin de pouvoir proposer les modes d'intervention adaptés. A ce titre l'accompagnement de consommations massives d'alcool se doit être envisagé différemment que celui de consommations d'ecstasy. La vigilance des usagers aux manifestations physiques des pairs sont à considérer comme des aides précieuses du système de premier secours en articulation avec le dispositif de réduction de risques.

C) Lors des tournées en milieu rural

Discrétion et constance lors des tournées du « Step-in bus » en milieu rural sont les maîtres mots. Cependant il s'agit de pouvoir proposer des prestations aux plus grand nombre sans stigmatiser les personnes concernées par une communication mal contrôlée. Une communication verbale entre usagers sur les prestations proposées, les jours et heures de tournées ou encore les relais possibles avec les PES (programmes d'échanges de seringues) en pharmacie sont les outils à privilégiés dans un souci de couverture territoriale.

A l'image des pratiques canadiennes de la seule SCMR (salle de consommation à moindre risques) sur le continent nord américain, « INSITE » de Vancouver, une stratégie de professionnalisation des usagers est à envisager.

Au Canada il est possible de salarier certains usagers dans des programmes dits de « jobbers ». Le « Drug User Resource Center », équivalent de nos CAARUD, est un lieu de rencontre, de réunion et de mobilisation pour les usagers à l'image de nos CVS (Conseil de vie sociale), mais aussi une instance de proposition de travail. Au Canada, cela peut aller du petit « job » payé à la tâche jusqu'au CDI. A ce jour à Vancouver, l'association « *Portland Hotel Society* » propose jusqu'à 800 « jobs » par mois financés par la ville de Vancouver, dont la vocation est de "réparer la communauté du *Downtown Eastside* ».

Au sein de l'association « La Sauvegarde du Nord », 115 bénévoles sont actifs au quotidien, dont aucun au Pôle Addictologie. Sans vouloir copier le modèle canadien, qui se situe sur des dimensions et contextes culturels différents, j'envisage l'intégration d'usagers en tant que « personnes relais » à partir du droit du travail français et ses possibilités autour du bénévolat comme une opportunité à privilégier dans l'implantation de ce nouveau CAARUD. Les modalités dans l'exécution de ces contrats de bénévolats se réaliseront en référence au droit du travail, la convention collective et des accords d'entreprise et respecteront la sécurisation de l'emploi, le droit à l'accès à la formation et éventuellement la gratification en référence au droit commun.

3.2 Des articulations « gagnant-gagnant »

La création du CAARUD « Step-in » dans l'Arrageois ne doit pas être considérée comme l'ouverture d'un dispositif supplémentaire dans le cadre d'une politique d'extension associative, mais comme une opportunité à compléter une offre de soin à partir de l'expérience existante, l'enrichissement des pratiques par des expériences venues d'ailleurs et une évolution possible de l'existant à partir des nouvelles pratiques.

« La gestion des ressources humaines a tout simplement pénétré le secteur social et médico-social dans le train de son développement historique : au fur et à mesure que les ESMS (établissement social et médico-social) sont devenus des véritables organisations modernes, ils se sont complexifiés, ramifiés et se sont enrichis régulièrement de nouvelles compétences. »⁴⁴

3.2.1 Au sein du Pôle Addictologie

Les deux CAARUD de Lille et Roubaix ont développé depuis plus de quinze ans un fonctionnement traditionnel et historique de réduction de risques de lieux d'accueil fixes.

⁴⁴ LOUBAT J.-R., 2012, *Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale*, 3^{ème} édition, Paris : Dunod, 409 p.

Depuis la publication du rapport INSERM de juin 2010 sur l'évaluation des politiques et outils de réduction de risques, le dispositif national aspire vers une dynamique de « second souffle » de ce même dispositif. La question des SCMR (salle de consommation à moindre risques) en est un des exemples, mais la validation de nouveaux outils, comme les pipes à cracks, en sont d'autres.

3.2.2 Un enrichissement mutuel des pratiques

L'adaptation aux nouveaux publics et nouvelles problématiques, comme celle de l'accueil de personnes en errance avec animaux se réalise seulement à partir des petites avancées et aménagements de l'existant. Essentiellement à destination d'un public citoyen, les rayons d'actions sont, même des actions « d'aller vers », limités au milieu urbain et à des critères géographiques inférieures à un rayonnement de cinq kilomètres. L'existence de neuf CAARUD spécialisés sur le territoire de la métropole lilloise enferme chacun dans l'accomplissement de ses missions spécifiques.

L'ouverture du CAARUD « Step-in » a pour vocation de s'inspirer de l'expérience de l'existant, mais aussi de promouvoir des pratiques innovantes et transférables, notamment en ce qui concerne les activités de réduction de risques dites « hors murs », le partenariat avec les autres acteurs de santé et la place octroyée aux usagers du dispositif.

Au sein de l'association « La Sauvegarde du Nord », l'expérience arrageoise visera également à un renforcement de collaboration entre le Pôle d'Inclusion Sociale, implanté également sur le Douaisis, et le Pôle Addictologie sur un nouveau territoire. A ce titre, l'expérience en milieu festif ou encore celle de l'accueil d'un public en errance ont vocation d'influencer les pratiques existantes des CAARUD lillois. Une collaboration avec le CHRS lillois de l'accueil d'urgence peut donner lieu à l'élaboration de nouvelles prises en charge de publics précarisés et souffrants d'addictions.

3.2.3 Formation, GPEC⁴⁵ et IRP⁴⁶

A) Formation professionnelle et GPEC

Dans l'organisation associative, la formation des professionnels peut être envisagée à deux niveaux :

A un niveau associatif, les priorités de formation des salariés sont déterminées à partir des besoins recensés à l'issue des entretiens annuels d'évaluation. Les cadres

⁴⁵ GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et compétences

⁴⁶ IRP : instances représentatives du personnel

hiérarchiques synthétisent les souhaits individuels ou collectifs et proposent à l'organisation des actions formatives en lien avec ces demandes.

A un niveau organisationnel, l'association peut déterminer des priorités de formation dans un souci d'adaptation aux postes du plus grand nombre. Des formations transversales de type « surveillant de nuit », « premiers secours » ou encore « CAFERUIS » (certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale) peuvent constituer des priorités associatives.

Au niveau du pôle de compétence, le directeur du pôle détermine avec les directeurs de dispositif ses propres priorités de formation. Il est garant de ce volet du plan de formation, qu'il établira également à partir des synthèses des entretiens annuels d'évaluation, mais aussi des enjeux spécifiques liés aux évolutions du secteur de l'addictologie.

Les deux volets de formation professionnelle s'inscrivent dans une dynamique de gestion prévisionnelle des emplois et compétences des salariés et tiennent compte et anticipent de l'évolution de la pyramide des âges des salariés. Le plan de formation du pôle et le plan associatif de formation seront soumis pour consultation respectivement au comité d'établissement et au comité centrale d'établissement au niveau associatif. Les nouveaux professionnels du CAARUD « Step-in » intégreront dès la première année d'activité cette dynamique de formation associative.

B) Les instances représentatives du personnel et des usagers

L'organisation associative prévoit les élections de délégués du personnel par territoire de dispositif selon un échancier validé par l'ensemble des IRP. Les réunions de délégués du personnel se tiennent mensuellement et sont animées par le directeur de dispositif territorial, que je suis. Dans l'organisation associative les missions des délégués du personnel consistent à interpeller le représentant de l'employeur de toutes les réclamations individuelles ou collectives en lien avec l'application du droit du travail. Les salariés du CAARUD « Step-in » seront représentés par les délégués du personnel de leur territoire de rattachement.

Comme dans tous les établissements de plus de cinquante salariés, les élus du CE (comité d'établissement) accompliront une mission de représentation transversale des salariés du pôle addictologie. Leurs missions confèrent aux conditions de travail, des emplois et de la formation des salariés. Ces élus seront également consultés sur le plan de formation. Ils seront informés de la volonté associative de se positionner sur l'appel à projet. Le projet de création du CAARUD « Step-in » leur sera soumis pour information et consultation. L'instance du CE est animé par le président du CE, le directeur du pôle addictologie. Lors de la présentation du nouveau projet, le directeur du dispositif territorial

peut être invité dans le cadre de la présentation du projet. Les élus du CE désignent après vote les personnes susceptibles de représenter le CE du pôle addictologie au sein du CCE (comité central d'établissement).

En parallèle le CVS (conseil de vie social) sera informé du projet, de son avancé et de sa mise en œuvre. Les avis et remarques des membres du CVS se doivent d'être remontés en DP et CE, afin d'ajuster le projet dès sa mise en place aux attentes des usagers.

3.3 Une approche pragmatique et transférable

« L'engagement de type *accompagnateur-médiateur* caractérise le professionnel qui donne du sens à ce qu'il fait par compréhension des enjeux spécifiques dans lesquels son action est située, et qui prend en compte les contraintes des jeux d'acteurs. Cela l'entraîne vers une solidarité conviviale avec les groupes et les collectifs d'usagers et se traduit par un accompagnement de ces collectifs en groupes de pression capables de développer des stratégies réformistes. Les valeurs qu'il développe sont la solidarité, l'entraide collective, la tolérance... ».⁴⁷

3.3.1 Le modèle suisse adaptable dans le Pas de Calais⁴⁸

Les politiques de santé fédérales en Suisse s'inspirent d'une volonté de réduction des « problèmes » liés à des consommations de drogues. A ce titre elles poursuivent concrètement trois objectifs opérationnels : La réduction des consommations de drogues, la diminution des effets négatifs de ces consommations pour les consommateurs et la diminution des effets négatifs de ces consommations pour la société. Pour mettre en œuvre ces politiques de santé publique la Confédération suisse s'appuie sur des modèles de prises en charge globale articulés sur quatre piliers : La prévention, la réduction de risques, le soin et la répression ou régulation.

A) La Prévention

L'approche « prévention » vise à empêcher ou limiter les entrées dans les comportements de consommation de drogues, afin d'éviter les addictions et dépendances.

B) La Réduction de risques

Comme en France, en Suisse les dispositifs de réduction de risques visent en premier lieu de limiter les effets négatifs sanitaires liés à la consommation de drogues pour les

⁴⁷ BOUQUET B., 2012, *Ethique et travail social – une recherche du sens*, 2^{ème} édition réactualisée, Paris : Dunod, 243 p.

⁴⁸ Annexe 8 : La déclinaison du modèle suisse

consommateurs et pour la population générale en termes de troubles de l'ordre public ou de nuisances dans l'espace public.

C) Le Soin

Les programmes de réduction de risques et de soins poursuivent l'objectif de diminution de comportements de consommation et favorisent les articulations et l'accès aux dispositifs de soins. La promotion de l'intégration sociale et de réappropriation des questions de santé par l'utilisateur sont utilisées comme vecteurs de la réduction de risques en faveur d'une sortie possible de l'addiction.

D) La Régulation

Les actions répressives des forces de l'ordre poursuivent les objectifs d'interdiction de l'usage des drogues illicites dans une dynamique de « régulation » des effets négatifs pour les consommateurs, mais aussi la population générale. Elles se veulent complémentaires des actions de prévention, de réduction de risques et des soins.

Le modèle suisse repose non seulement sur une intention de collaboration théorique et équilibrée, mais engage également l'ensemble des protagonistes dans des actions transversales, comme la mise à disposition de recueils de données, de bases scientifiques, d'évaluations et de formations en commun, de promotion de la qualité, de l'information et de la coordination des actions. Enfin des accents spécifiques sont mis sur l'articulation et la transversalité entre les champs du sanitaire et du social.

En Pas de Calais, cette approche transversale des addictions est à expérimenter dans un contexte dans lequel les approches cloisonnées ont démontrées leurs limites en termes d'efficacité.

3.3.2 Une adaptation aux territoires

Les spécificités socio-économico-culturelles du Pas de Calais et celles du bassin de santé de l'Arrageois nécessitent des adaptations locales lors de l'implantation d'un nouveau dispositif de santé. Contrairement à d'autres dispositifs du secteur social ou médico-social de type « prévention spécialisée » ou « aide sociale à l'enfance », le secteur de l'intervention en addictologie ne souffre pas de distinction de traitement départemental, puisqu'il s'agit d'application de dispositifs nationaux. Pourtant les configurations locales, les infrastructures partenariales et les particularités des populations exigent des adaptations aux besoins spécifiques. En particulier les articulations entre le dispositif sanitaire national et les déclinaisons des dispositifs sociaux d'inclusion sociale départementale doivent être envisagées avec beaucoup de souplesse et adaptation locale. Les collaborations avec les SIAO (services intégrés de l'accueil et de l'orientation)

du Pas de Calais méritent des attentions particulières en fonction des lieux d'intervention et les particularités des publics.

L'importation du modèle suisse et de ces quatre piliers à partir d'une application pratique de transdisciplinarité et de « secret partagé » entre l'approche sanitaire, l'approche sociale et l'approche répressive sera une innovation locale et nationale dans la prise en charge des addictions à partir d'une intention de réduction de risques.

3.3.3 Une adaptation des interventions aux besoins des publics

Les quatre professionnels non cadre travailleront sur une base hebdomadaire de 35 heures. Le chef de service à temps plein dans l'organisation du pôle addictologie, mais affecté budgétairement à mi-temps sur le CAARUD « Step-in » travaillera sur une base hebdomadaire de 39 heures et bénéficiera à ce titre de journées dites « ARTT » tel que le prévoient les accords d'entreprise. Il n'est pas soumis à horaires fixes et organise son temps de travail lui-même en accord avec son directeur de dispositif.

A partir de ces éléments administratifs et des interventions multiformes des professionnels du CAARUD, une organisation par choix de priorité doit se mettre en place, car l'ensemble des missions ne peuvent pas être assumées à temps complet.

Des actions prioritaires sont mises en place en adéquation avec le fonctionnement du service et ces priorités.

A) L'organisation d'une semaine type

Répartition du temps de travail sur une base de 35 h pour une semaine "type"

		10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00	20:30	21:00	21:30	22:00	
LUNDI	AS	Repos hebdomadaire																									
	ES	Repos hebdomadaire																									
	IDE 1	Repos hebdomadaire																									
	IDE 2	Repos hebdomadaire																									
MARDI	AS	Repos hebdomadaire										Accueil collectif mixte : 14 h - 18 h										Maranda					
	ES	Repos hebdomadaire										Accueil collectif mixte : 14 h - 18 h										Tulma					
	IDE 1	Repos hebdomadaire										Accueil collectif mixte : 14 h - 18 h										Maranda					
	IDE 2	Repos hebdomadaire										Accueil collectif mixte : 14 h - 18 h										Tulma					
MERCREDI	AS	Travail administratif / parlementaire										Accueil collectif "femmes" : 15 h 30 - 18 h															
	ES	Travail "Step-in bus"										Accueil collectif "femmes" : 15 h 30 - 18 h															
	IDE 1	Travail administratif / parlementaire										Accueil collectif "femmes" : 15 h 30 - 18 h															
	IDE 2	Travail administratif / parlementaire										Accueil collectif "femmes" : 15 h 30 - 18 h															
JEUDI	AS	Réunion d'équipe										Accueil collectif mixte : 14 h - 18 h					Tulma										
	ES	Réunion d'équipe										Accueil collectif mixte : 14 h - 18 h					Maranda										
	IDE 1	Réunion d'équipe										Accueil collectif mixte : 14 h - 18 h					Tulma										
	IDE 2	Réunion d'équipe										Accueil collectif mixte : 14 h - 18 h					Maranda										
VENDREDI	AS	Travail administratif / parlementaire										Accueil collectif mixte : 14 h - 18 h					Maranda										
	ES	Travail administratif / parlementaire										Accueil collectif mixte : 14 h - 18 h					Ferial										
	IDE 1	Travail administratif / parlementaire										Accueil collectif mixte : 14 h - 18 h					Ferial										
	IDE 2	Travail administratif / parlementaire										Accueil collectif mixte : 14 h - 18 h					Maranda										
SAMEDI	AS											Travail "Step-in bus"					Ferial										
	ES											Travail administratif / parlementaire					Tulma										
	IDE 1											Travail administratif / parlementaire					Tulma										
	IDE 2											Travail "Step-in bus"					Ferial										
DIMANCHE	AS	Repos hebdomadaire																									
	ES	Repos hebdomadaire																									
	IDE 1	Repos hebdomadaire																									
	IDE 2	Repos hebdomadaire																									

Le salaire effectuel de travail collectif, bénéficiaire de 20 minutes de pause rémunérée.

B) L'accueil fixe

L'organisation des temps d'accueil fixe ne peut pas s'articuler sans tenir compte des multiples interventions « hors murs ». De ce fait, est préconisée une semaine d'activité du mardi au samedi. Les dimanches et lundis complets, ainsi que les mardis matin constitueront les deux jours et demi de repos hebdomadaire des salariés. Les activités du CAARUD « Step-in » se dérouleront du mardi à partir de 14 heures au samedi jusqu'à 22 heures.

Le lieu d'accueil fixe sera ouvert à l'accueil collectif tous publics les mardis, jeudis et vendredis de 14 heures à 18 heures. Lors de ces accueils les professionnels au nombre de quatre peuvent assurer des entretiens individuels à tour de rôle à condition qu'il reste trois personnes disponibles, dont un infirmier, pour encadrer le collectif.

Les mercredis de 15 heures 30 à 18 heures, le temps d'accueil collectif sera consacré exclusivement aux femmes. La présence des quatre professionnels permettra autant que possible d'individualiser les rencontres, voir de proposer des accompagnements extérieurs.

C) L'animation des distributeurs

L'approvisionnement et l'entretien des deux distributeurs/récupérateurs de seringues, dont l'installation sur la communauté urbaine d'Arras est envisagée seront assurés par deux professionnels en véhicule léger les mardis et jeudis entre 18 et 20 heures.

D) La tournée du « Step-in bus »

Un parcours pour la tournée du « Step-in bus » doit être élaboré avec précision sur le territoire d'intervention. Deux professionnels, un infirmier et un travailleur social assureront cette tournée en alternance avec leurs deux collègues une semaine sur deux les mercredis de 10 heures à 12 heures 30 et les samedis de 15 heures à 18 heures.

E) Le travail partenarial

Pendant que les collègues effectuent la tournée en milieu rural, les deux autres, infirmier et travailleur social investissent le travail auprès des partenaires locaux, qu'ils s'agissent des pharmaciens, médecins, travailleurs sociaux, politiques et agents des forces de l'ordre.

A ces créneaux horaires s'ajoutent ceux de tous les vendredis de 10 à 12 heures durant lesquels les quatre professionnels se repartissent des interventions et participations à des instances de travail et de concertation comme les réunions du collectif RdR du Nord-Pas de Calais.

F) Les maraudes et scène festive

En parallèle de l'activité « animation des totems » entre 18 et 20 heures les mardis et jeudis soirs, deux professionnels pratiqueront des maraudes à pied aux alentours du CAARUD. Deux autres créneaux de maraudes ou interventions lors des manifestations festives sont prévus les vendredis de 18 à 21 heures et les samedis de 18 à 22 heures.

3.3.4 Les outils de management

Après validation du projet de création d'un nouveau CAARUD par la direction générale et du conseil d'administration, les instances représentatives du personnel seront informées puis consultées.

A) Le conseil de vie social

Le CVS (conseil de vie sociale), instance active depuis 2006 au sein du pôle addictologie, sera consulté sur les choix associatifs en lien avec le projet CAARUD dans l'Arrageois. Les réunions d'expression des usagers se tiennent dans tous les services, soit à un rythme hebdomadaire en ce qui concerne les hébergements collectifs, soit à un rythme mensuel en ce qui concerne les accueils de jours. Les sujets abordés lors de ces

instances d'expression portent essentiellement sur les fonctionnements des services et la place des usagers dans les prises en charge. Seul le CVS, qui se réunit trois fois par an et regroupe des représentants de tous les services débat sur l'évolution globale du dispositif. Les membres du CVS seront consultés sur les modes d'expression des usagers du CAARUD « Step-in », l'établissement du règlement de fonctionnement et son intégration dans le livret d'accueil.

Le respect de l'anonymat des personnes accueillies au CAARUD écarte la question des dossiers individualisés mais ne dispense pas les professionnels d'un recueil d'actes anonymes.

B) La réunion hebdomadaire

Tous les jeudis matin, de 10 à 12 heures se tiendra la réunion hebdomadaire en présence du chef de service dans les locaux du lieu d'accueil fixe. Aucune sollicitation du public ne pourrait être acceptée lors de ces instances de travail. En dehors du cahier de liaison, toutes les informations seront retranscrites obligatoirement dans le cahier de réunion permettant la traçabilité des activités menées par l'équipe.

En résumé les horaires des professionnels du CAARUD se situent du mardi à 14 heures au samedi 22 heures. Ils sont fixes et identiques pour chaque membre de l'équipe, quelque soit sa qualification.

Dans les faits et à l'exception des soins infirmiers, chacun des quatre collaborateurs doit être en capacité d'effectuer les missions d'accueil, du « allers vers » et du travail partenarial. Ainsi, dans une semaine « type », chaque salarié réalise 35 heures par semaine et ne dépasse jamais une amplitude de 11 heures maximum dans le respect du droit du travail. Force est de constater que le découpage d'activité par tranches d'horaires s'impose pour réaliser l'ensemble des missions énoncées dans le cahier de charge de l'appel à projet.

C) La régulation d'équipe

En dehors de la réunion hebdomadaire, la mise en place d'une instance de régulation de type « supervision » semble indispensable compte tenu de la complexité du public et des multiples champs d'interventions. Une fois par mois cet intervenant extérieur, sous statut de vacataire, abordera avec l'équipe le fonctionnement de celle-ci, les relations avec les usagers ou encore des difficultés rencontrées dans l'application du projet.

D) Les écrits de référence

Le projet thérapeutique de service se décline à partir du projet global du pôle addictologie qui s'inscrit dans le projet associatif et se conforme aux lois, circulaires et décrets du champ d'intervention. Le cahier de réunion, le cahier de bord ou de transmission, les protocoles de soins infirmiers, les fiches d'événements indésirables et les fiches de recueils de données statistiques pour l'établissement des rapports d'activité doivent se conformer au cadre réglementaire. Une vigilance particulière sera demandée au chef de service dans la tenue et exécution de ces documents administratifs indispensables.

E) L'évaluation interne et externe

En référence à la loi de 2002.2 et aux recommandations de l'ANESM (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux), la démarche d'évaluation interne est à mettre en place dès l'installation du CAARUD.

Avec l'aide du chef de service, l'équipe du CAARUD « Step-in » et en s'appuyant au référentiel de la Fédération Addiction, validé par l'ANESM, élaborera dès la première année une évaluation globale de son fonctionnement. L'analyse de celle-ci déterminera pour les années futures les axes retenus pour la mise en application de la démarche d'amélioration permanente de la qualité des prestations. La synthèse des évaluations internes sera proposée après cinq ans de fonctionnement comme outil de référence à l'évaluation externe.

3.3.5 Les « limites » de la transférabilité

Le projet du CAARUD « Step-in » se situe à l'interstice entre les missions traditionnelles d'un CAARUD définies dans le décret du 19 décembre 2005, l'inspiration de l'expérience des « microstructures », du modèle suisse de la réduction de risques et l'articulation entre le soin et le champ de l'inclusion social. Sa réalisation sur un territoire jusqu'à lors pas concerné par l'approche de réduction de risques peut être considérée comme un handicap ou comme une opportunité en termes d'innovations. En tout état de cause, il est à imaginer que la réalisation de ce projet ne reçoive pas uniquement des encouragements, mais pourrait se heurter également à des interrogations et freins des acteurs locaux, liés essentiellement à des représentations stéréotypées.

A) Le contexte sociopolitique

Le modèle suisse de l'approche des phénomènes de drogues est né, comme en France, au début des années 1970, mais dans un contexte politique d'une confédération dans lequel l'utilisation de référendum à la demande des citoyens est courante. Il en résulte une approche pragmatique des phénomènes sociétaux en générale qui oblige l'ensemble des acteurs concernés de se consulter et d'élaborer des stratégies communes.

Aujourd'hui et après plus de quarante ans d'ancienneté et d'expérimentations ce modèle semble efficace en Suisse dans la prise en charge des consommations de drogues.

En France, la collaboration entre acteurs de champs différents reste très récente, bien que les initiatives de collaboration entre les services de justice et le dispositif de soins ont démontrées leur efficacité depuis dix ans dans le cadre des « alternatives aux poursuites pénales » ou encore le traitement des IPM (ivresse publique manifeste) entre agents des forces de l'ordre, médecins et travailleurs sociaux.

Il n'en reste pas moins que cette approche en termes de réductions de risques est innovateur sur le secteur d'intervention de l'Arrageois et qu'il sera déterminant de définir les limites de l'intervention de chaque protagoniste, ainsi que les indicateurs communs de réussite.

B) Entre infiniment petit et des organisations importantes

Les microstructures alsaciennes se sont développées à partir d'une volonté des médecins généralistes, qui se sont organisés entre confrères. Dans le contexte arrageois, l'enjeu consiste à associer ces médecins libéraux à des pratiques professionnelles en réseau avec des organisations et institutions non médicalisées et fortement hiérarchisées dans leurs organisations sans que les praticiens ne perdent leurs libertés d'action. Les garanties, notamment en ce qui concerne la notion du « secret partagé », doivent être recherchées et formalisées par engagements réciproques et contractualisés.

Une articulation souple, mais contrôlée entre le modèle des microstructures et les organisations en entreprise sociale est à concevoir comme un « challenge » de l'innovation du travail social dans lequel les concepts organisationnels ne s'opposent pas mais se complètent.

L'ingénierie logistique des grandes associations est à mettre au profit de l'organisation des services de proximité dans une intention de réponses rapides et adaptés. Le projet du CAARUD « Step-in » est conforme à ces injonctions et correspond aux intentions associatives en termes d'accompagnement de publics en grandes difficultés.

C) Accueils d'urgence et addictions

Les professionnels de l'inclusion sociale et en particulier ceux qui gèrent les accueils d'urgence craignent de se faire déborder par les questions inhérentes à la gestion des personnes sous influence de produits psychotropes. L'information, la sensibilisation et la formation de ces professionnels sur l'ensemble du dispositif de soins en addictologie, les

réorientations possibles et des nouveaux projets à innover sont des étapes indispensables dans la construction d'une articulation entre soins et inclusion sociale.

L'accompagnement de ces publics ne peut être envisagé qu'à partir d'une approche globale et transdisciplinaire. L'innovation dans les propositions de réponses sera le vecteur déterminant de conjonction et de réussite vis-à-vis de cette population entre les différents champs d'intervention. Le décroisement des deux secteurs produira à court terme des résultats mesurables en termes d'inclusion sociale et de traitement des addictions.

D) Les indicateurs de réussite

La construction collective d'indicateurs de réussite des diverses actions du CAARUD « Step-in » avec l'ensemble des partenaires concernés par type d'activité doit tenir compte des objectifs réalisables et mesurables. Il ne s'agit pas de prétendre d'enrayer les comportements de consommations sur le territoire, ni de résoudre l'intégralité des problèmes posés par ces consommations, mais d'apporter des réponses complémentaires à l'existant pour un mieux être de la population générale et les publics concernés. Ces indicateurs doivent être inspirés à la fois des objectifs fixés dans les agréments obtenus lors des visites de conformité et les items exigés dans les rapports d'activité standardisés demandés par les autorités de contrôle et de tarifications. De ce fait et dans le contexte local, il convient d'élaborer des indicateurs collectifs à partir d'un croisement des exigences spécifiques des administrations compétentes.

Cette attention partagée pourra donner vie à une nouvelle dynamique transversale de prise en compte des questions de santé publique en dehors des systèmes traditionnels.

« Aller loin, mais pas trop vite ! » pourrait être le leitmotiv, qui doit animer l'ensemble des actions à mettre en place par cette nouvelle équipe du CAARUD « Step-in » dans le respect des cultures et histoires des différents protagonistes de santé du territoire de l'arrageois.

Conclusion

Mon ambition première dans la création de ce nouveau dispositif est de répondre aux besoins de populations vulnérables sur un territoire identifié à partir des compétences acquises depuis plusieurs années d'engagement associatif au service des personnes souffrant d'addiction.

L'appel à projet de l'ARS Nord/Pas-de-Calais de par sa forme s'appuie sur les écarts existants entre les besoins sanitaires d'un public cible et les réponses existantes. Il confirme une volonté politique forte en termes de lutte contre les effets néfastes inhérents aux pratiques de consommations de substances psycho actives en envisageant un accompagnement de proximité des personnes consommatrices mais aussi de la population générale.

L'engagement associatif et l'identification fine des caractéristiques des publics concernés sont des conditions indispensables à la mise en œuvre du projet de création du CAARUD « Step-in ».

Seul un diagnostic approfondi à l'aide de plusieurs SWOT permet d'évaluer une situation de départ en fonction des particularités du territoire, des enjeux institutionnels et des options de management à retenir. La question de la création de nouveaux partenariats inhabituels est la clef de voûte de la réussite de ce projet. Son articulation dans une organisation globale est une garantie de faisabilité dans un contexte géopolitique et administratif en évolution. Une démarche d'innovation s'impose pour transcender les clivages institutionnels existants et préjudiciables dans la prise en compte des questions de santé publique.

La création d'un nouveau service, inspirée des expériences existantes au sein de l'organisation, mais aussi des expériences d'autres secteurs d'activités me motive dans l'implication d'un projet novateur. Dans un contexte de transdisciplinarité l'articulation entre les différents champs d'interventions s'impose comme une évidence. La transférabilité des expériences se doit être adaptée et mesurée en fonction des particularités du territoire. Les limites de cette transférabilité sont à identifier clairement pour favoriser la viabilité du projet. L'intégration du projet dans une organisation générale est un vecteur d'évolution d'un projet associatif, mais aussi une garantie de cohérence et d'adéquation avec les attentes des autorités de contrôle et de tarification. L'implication voulue des usagers s'inspire directement des intentions de la loi 2002.2 et modifie de fait le rapport entre intervenant et usager dans le sens préconisé par la démarche de

réduction de risques. La posture des professionnels dans l'application du projet en est la conséquence.

Dix ans après la dernière « grande » loi de santé publique, nous prévoyons à ce jour sa réactualisation avant la fin de l'année 2014 par le ministre de la santé. Les enjeux portant sur les soins en addictologie de la part du législateur sont énormes. Entre confirmation et évolution des politiques de réduction de risques, les acteurs de santé publique, ARS, intervenants associatifs, collectivités territoriales et forces de l'ordre sont attentifs aux éventuelles modifications du cadre législatif à l'égard des comportements de consommation de substance psycho active, mais surtout des modalités d'accompagnement retenues de ces comportements.

La mise en place du CAARUD « Step-in » sera une des réponses possibles à un phénomène sociétale croissant, que sont les consommations de substances psycho actifs et l'accompagnement des ces conduites.

Bibliographie

AUBERTIN M.-X., CHOBEAUX F., 2013, *Jeunesse en errance et addictions*, CEMEA, Paris : CEMEA, 113 p.

BADER-LEDIT D., Dr. BRUN F., Dr. MELENOTTE G.-H., 2013, “ Une équipe pluri-professionnelle au cabinet du médecin généraliste regroupée en pôles de santé : les microstructures médicales », *Actal – Parcours de soin : l’usager au cœur de l’articulation des pratiques et des acteurs*, vol. 1, n° 12, pp. 43-46.

BOUQUET B., 2012, *Ethique et travail social – une recherche du sens*, 2^{ème} édition réactualisée, Paris : Dunod, 243 p.

CHAPPARD P., COUTERON J.-P., Dr. MOREL A. / éd., 2012, *L’aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Paris : Dunod, 325 p.

CHOBEAUX F., 2009, *Intervenir auprès des jeunes en errance*, Paris : La Découverte, 154 p.

COUTERON J.-P., Dr. MOREL A., 2008, *Les conduites addictives – comprendre, prévenir, soigner*, 1^{ère} édition, Paris : Dunod, 323 p.

CROGNIER Ph. / éd., 2012, *Pratiques ordinaires en travail social et médico-social*, Paris : L’Harmattan, 202 p.

Dr. DELILE J.-M., 2006, « Stimulants et dysléptiques » in Reynaud M. (dir.), « *Traité d’addictologie* », Paris : Flammarion, 800 p.

Dr. MOREL A., COUTERON JP., Dr. FOUILLAND P. / éd., 2010, *Aide mémoire d’addictologie*, 1^{ère} éd., Paris : Dunod, 442 p.

HOAREAU E., 2012, « Un usage féminin des substances ? », *Le Sociographe : des drogues aux addictions*, vol.1, n° 39, pp. 17-26.

HONNETH A., 2006, *La société du mépris, vers une nouvelle théorie critique*, Paris : La Découverte, 350 p.

JAEGER M., 2012, *L'articulation du sanitaire et du social*, 3e édition, Paris : Dunod, 201 p.

LOUBAT J.-R., 2012, *Elaborer un projet d'établissement ou de service en action sociale et médico-sociale*, 3^{ème} édition, Paris : Dunod, 409 p.

OLIVET F., décembre 2013, « Usagers, drogués, toxicos : des paroles et des actes », *Actal – cahiers thématiques de la Fédération Addiction*, vol.1, n°13, pp. 20-24.

POIRIER G., novembre 2013, « Diagnostics statistiques des contrats locaux de santé, CLS de la CU d'Arras [en ligne], ORS – N/PdC, pp. 1-22. [mise à jour en mars 2013], disponible sur internet : www.orsnpdc.org

STOCCO P., 2007, « Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques » in *Psychotropes – revue internationale des toxicomanies et addictions*, vol.13, Bruxelles : De Boeck Université, pp. 251-265.

Liste des annexes

Annexe 1 page II : Journal officiel du 03 janvier 1971, publication de la loi n°70-1320 du 31 décembre 1970

Annexe 2 page III : Décret n° 72-200 du 13 mars 1972

Annexe 3 page IV : Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Annexe 4 page XII : Avis d'appel à projet médico-social n° 2013-03

Annexe 5 page XIII : DVD, Fédération Addiction, L'errance des jeunes dans les villes européennes, usagers de drogues, d'alcool et autres substances.

Annexe 6 page XIV : Budget prévisionnel CAARUD Arras

Annexe 7 page XVI : Loi n° 74-955 du 19 novembre 1974

Annexe 8 page XVII : La déclinaison du modèle suisse

LOI n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. — Le livre III du code de la santé publique est complété ainsi qu'il suit :

TITRE VI

Lutte contre la toxicomanie.

« Art. L. 355-14. — Toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

CHAPITRE I^{er}

Dispositions particulières aux personnes signalées par le procureur de la République.

« Art. L. 355-15. — Chaque fois que le procureur de la République, par application de l'article L. 628-1, aura enjoint à une personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants, de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale, il en informera l'autorité sanitaire compétente. Celle-ci fait procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé.

« Art. L. 355-16. — 1° Si, après examen médical, il apparaît que la personne est intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint de se présenter dans un établissement agréé choisi par l'intéressé, ou à défaut désigné d'office, pour suivre une cure de désintoxication.

« 2° Lorsque la personne a commencé la cure à laquelle elle a été invitée, elle fait parvenir à l'autorité sanitaire un certificat médical indiquant la date du début des soins, la durée probable du traitement, et l'établissement dans lequel ou sous la surveillance duquel aura lieu l'hospitalisation ou le traitement ambulatoire.

« 3° L'autorité sanitaire contrôle le déroulement du traitement et informe régulièrement le parquet de la situation médicale et sociale de la personne.

« 4° En cas d'interruption du traitement, le directeur de l'établissement ou le médecin responsable du traitement en informe immédiatement l'autorité sanitaire qui prévient le parquet.

« Art. L. 355-17. — 1° Si, après examen médical, il apparaît à l'autorité sanitaire que l'état de la personne ne nécessite pas une cure de désintoxication, cette autorité lui enjoint de se placer, tout le temps nécessaire, sous surveillance médicale, soit d'un médecin choisi par elle, soit d'un dispensaire d'hygiène sociale ou d'un établissement sanitaire agréé, public ou privé.

« 2° Lorsque la personne s'est soumise à la surveillance médicale à laquelle elle a été invitée, elle fait parvenir à l'autorité sanitaire un certificat médical indiquant la date du début de cette surveillance et sa durée probable.

« 3° L'autorité sanitaire contrôle le déroulement du traitement et informe régulièrement le parquet de la situation médicale et sociale de la personne.

« 4° En cas d'interruption de la surveillance médicale, le médecin responsable du traitement en informe immédiatement l'autorité sanitaire qui prévient le parquet.

CHAPITRE II

Dispositions particulières aux personnes signalées par les services médicaux et sociaux.

« Art. L. 355-18. — L'autorité sanitaire peut être saisie du cas d'une personne usant d'une façon illicite de stupéfiants soit par le certificat d'un médecin, soit par le rapport d'une assistante sociale. Elle fait alors procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé.

« Art. L. 355-19. — Si, après examen médical, il apparaît que la personne est intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint d'avoir à se présenter dans un établissement agréé, choisi par l'intéressé, ou à défaut désigné d'office, pour suivre une cure de désintoxication et d'en apporter la preuve.

« Art. L. 355-20. — Si, après examen médical, il apparaît que l'état de la personne ne nécessite pas une cure de désintoxication, l'autorité sanitaire lui enjoindra de se placer, tout le temps nécessaire, sous surveillance médicale, soit du médecin choisi par elle, soit d'un dispensaire d'hygiène sociale ou d'un établissement agréé, public ou privé.

CHAPITRE III

Dispositions particulières aux personnes se présentant spontanément aux services de prévention ou de cure.

« Art. L. 355-21. — Les toxicomanes qui se présenteront spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement hospitalier, afin d'y être traités, ne seront pas soumis aux dispositions indiquées ci-dessus. Ils pourront, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne pourra être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

« Les personnes ayant bénéficié d'un traitement dans les conditions prévues à l'alinéa précédent pourront demander au médecin qui les aura traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement. »

Art. 2. — Le chapitre I^{er} du titre III du livre V du code de la santé publique est rédigé comme suit :

CHAPITRE I^{er}

Substances vénéneuses.

« Art. L. 626. — Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2.000 F à 10.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions des règlements d'administration publique concernant la production, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi des substances ou plantes ou la culture des plantes classées comme vénéneuses par voie réglementaire, ainsi que tout acte se rapportant à ces opérations.

« Les règlements visés ci-dessus pourront également prohiber toutes les opérations relatives à ces plantes et substances.

« Dans tous les cas prévus au présent article, les tribunaux pourront, en outre, ordonner la confiscation des substances ou des plantes saisies.

« Art. L. 627. — Seront punis d'un emprisonnement de deux ans à dix ans et d'une amende de 5.000 F à 50.000.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions des règlements d'administration publique prévus à l'article précédent et concernant les substances ou plantes vénéneuses classées comme stupéfiants par voie réglementaire. Lorsque le délit aura consisté dans

Loi n° 70-1320 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 829 ;
Rapport de M. Mazeaud, au nom de la commission des lois (n° 1155 et 1330) ;
Discussion et adoption le 30 juin 1970.

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 358 (1969-1970) ;
Rapport de M. Lemarié, au nom de la commission des affaires sociales, n° 39 (1970-1971) ;
Avis de la commission des lois n° 35 (1970-1971) ;
Discussion et adoption le 3 novembre 1970.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1427 ;
Rapport de M. Mazeaud, au nom de la commission des lois (n° 1496) ;
Discussion et adoption le 10 décembre 1970.

Sénat :

Proposition de loi, modifiée par l'Assemblée nationale, n° 102 (1970-1971) ;
Rapport de M. Lemarié, au nom de la commission des affaires sociales, n° 117 (1970-1971) ;
Avis de la commission des lois n° 121 (1970-1971) ;
Discussion et adoption le 17 décembre 1970.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1555 ;
Rapport de M. Mazeaud, au nom de la commission des lois (n° 1563) ;
Discussion et adoption le 18 décembre 1970.

Annexe 2

DECRET

Décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie

Version consolidée au 26 mai 2003

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'intérieur, du ministre de l'économie et des finances et du ministre de la santé publique et de la sécurité sociale,

Vu la Constitution, et notamment son article 37 ;

Vu le code des douanes, et notamment ses articles 23 bis et 38 ;

Vu le tarif des droits de douane à l'importation ;

Vu le décret du 5 novembre 1870 relatif à la promulgation des lois et décrets, notamment son article 2, alinéa 2,

Article 1 (abrogé au 27 mai 2003)

- Modifié par Décret n°95-255 du 7 mars 1995 - art. 1 JORF 9 mars 1995
- Abrogé par Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 20° JORF 27 mai 2003

Les seringues et les aiguilles destinées aux injections parentérales peuvent être délivrées dans les officines de pharmacie, les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et les établissements qui se consacrent exclusivement au commerce du matériel médico-chirurgical et dentaire ou qui disposent d'un département spécialisé à cet effet, ainsi qu'à titre gratuit par toute association à but non lucratif ou personne physique menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques chez les usagers de drogues dans des conditions définies par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 2 (abrogé au 27 mai 2003)

- Modifié par Décret 89-560 1989-08-11 art. 1 JORF 12 août 1989
- Abrogé par Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 20° JORF 27 mai 2003

Les objets visés à l'article 1er ne pourront être délivrés sans ordonnance d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste, d'un vétérinaire ou d'une sage-femme qu'à des personnes âgées de dix-huit ans au moins.

Article 3 (abrogé)

Article 4 (abrogé)

Article 5 (abrogé)

- Abrogé par Décret n°95-255 du 7 mars 1995 - art. 2 (Ab) JORF 9 mars 1995

Article 6 (abrogé)

Article 7 (abrogé au 27 mai 2003)

Le ministre de l'intérieur, le ministre de l'économie et des finances et le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française et qui, vu l'urgence, entrera immédiatement en vigueur.

Le Premier ministre,
JACQUES CHABAN-DELMAS.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale,
ROBERT BOULIN,

Le ministre de l'intérieur,
Raymond MARCELLIN,

Le ministre de l'économie et des finances,
VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Annexe 3

LOI

Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

NOR: SPSX8900080L

Titre Ier : Dispositions communes aux opérations mises en oeuvre par les entreprises régies par le code des assurances, par les institutions relevant du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale et de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et par les mutuelles relevant du code de la mutualité. (abrogé)

Article 13

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code du travail - art. L431-4 (M)

Article 14

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code du travail - art. L432-3 (M)

Article 16

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code du travail - art. L432-3-2 (M)

Titre Ier : Dispositions communes aux opérations mises en oeuvre par les entreprises régies par le code des assurances, par les institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale et de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et par les mutuelles relevant du code de la mutualité.

Article 1

Modifié par Loi n°94-678 du 8 août 1994 - art. 14 JORF 10 août 1994

Les dispositions du présent titre s'appliquent aux opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque chômage.

Seuls sont habilités à mettre en oeuvre les opérations de couverture visées au premier alinéa les organismes suivants :

- Entreprises régies par le code des assurances ;
- Institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale ;
- Institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural ;
- Mutuelles relevant du code de la mutualité.
- Organismes visés aux 1°, 2°, 3° de l'article L. 621-3 et aux articles L. 644-1 et L. 723-1 du code de la sécurité sociale pour les opérations mises en place dans le cadre des dispositions de l'article 41 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

Article 2

Modifié par LOI n°2013-504 du 14 juin 2013 - art. 1 (V)

Lorsque des salariés sont garantis collectivement, soit sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, soit à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par décision unilatérale de l'employeur, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, l'organisme qui délivre sa garantie prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat ou de la convention ou à l'adhésion à ceux-ci, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration.

Aucune pathologie ou affection qui ouvre droit au service des prestations en nature de l'assurance maladie du régime général de sécurité sociale ne peut être exclue du champ d'application des contrats ou conventions visés au premier alinéa dans leurs dispositions relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

Le présent article est également applicable au titre des anciens salariés garantis en application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

NOTA :

Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 art. 10 : les dispositions de l'article 2 sont d'ordre public et s'appliquent quelle que soit la loi qui régit le contrat.

Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 art. 29 IV : champ d'application de l'article 2.

Article 3

Modifié par Loi n°94-678 du 8 août 1994 - art. 14 JORF 10 août 1994

Pour les opérations collectives autres que celles mentionnées à l'article 2 de la présente loi et pour les opérations individuelles, l'organisme qui a accepté une souscription ou une adhésion doit, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, prendre en charge les suites d'états pathologiques survenus antérieurement à l'adhésion de l'intéressé ou à la souscription du contrat ou de la convention.

Toutefois, il peut refuser de prendre en charge les suites d'une maladie contractée antérieurement à l'adhésion de l'intéressé ou à la souscription du contrat ou de la convention à condition :

- a) Que la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge soient clairement mentionnées dans le contrat individuel ou dans le certificat d'adhésion au contrat collectif ;
b) Que l'organisme apporte la preuve que la maladie était antérieure à la souscription du contrat ou à l'adhésion de l'intéressé au contrat collectif.

Dans les cas prévus à l'alinéa précédent, l'administration de la preuve s'effectue dans le respect des dispositions des articles 226-13 et 226-14 du code pénal relatives au secret professionnel.

NOTA :

Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 art. 29 IV : champ d'application de l'article 3.

Article 4

Modifié par LOI n°2013-504 du 14 juin 2013 - art. 1 (V)

Lorsque des salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article 2 de la présente loi, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le contrat ou la convention doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture :

1° Au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties. L'organisme adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire ;

2° Au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès. L'employeur en informe l'organisme, qui adresse la proposition de maintien de la couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret.

NOTA :

Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 art. 10 : les dispositions de l'article 4 sont d'ordre public et s'appliquent quelle que soit la loi qui régit le contrat.

Conformément à l'article 1er XI de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013, les dispositions de la dernière phrase du 1° ainsi que celles de la dernière phrase du 2° entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2014.

Article 5

Modifié par LOI n°2013-504 du 14 juin 2013 - art. 1 (V)

Lorsque des salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues par l'article 2 de la présente loi, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, le contrat ou la convention doit prévoir le délai de préavis applicable à sa résiliation ou à son non-renouvellement ainsi que les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles l'organisme peut maintenir la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des salariés concernés, sous réserve qu'ils en fassent la demande avant la fin du délai de préavis.

Le présent article est également applicable au titre des anciens salariés garantis en application de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Article 6

Modifié par Ordonnance 2001-350 2001-04-19 art. 8 JORF 22 avril 2001

Pour les opérations collectives autres que celles mentionnées à l'article 2 de la présente loi et pour les opérations individuelles et sous réserve du paiement des primes ou cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, à compter de l'adhésion de l'intéressé ou la souscription du contrat ou de la convention, l'organisme ne peut refuser de maintenir aux intéressés le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Les personnes visées sont celles qui sont affiliées au contrat collectif ou d'assurance de groupe ou mentionnées au contrat individuel ou à la convention tant que celles-ci le souhaitent, sans réduction des garanties souscrites, aux conditions tarifaires de la catégorie dont elles relèvent, avec maintien, le cas échéant, de la cotisation ou de la prime pour risque aggravé.

L'organisme ne peut ultérieurement augmenter le tarif d'un assuré ou d'un adhérent en se fondant sur l'évolution de l'état de santé de celui-ci.

Si l'organisme veut majorer les tarifs d'un type de garantie ou de contrat, la hausse doit être uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents souscrivant ce type de garantie ou de contrat.

Après l'expiration d'un délai de deux ans suivant l'adhésion de l'intéressé ou la souscription du contrat ou de la convention, les mêmes dispositions sont applicables aux garanties contre les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, le risque chômage et, à titre accessoire à une autre garantie, contre le risque décès tant que l'assuré n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et sous réserve des sanctions pour fausse déclaration.

Les dispositions du présent article ne sont applicables ni aux contrats ou conventions qui couvrent exclusivement le risque décès, ni à la garantie ou au contrat souscrit en application du troisième alinéa de l'article 4 de la présente loi.

NOTA :

Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 art. 29 III : champ d'application de l'article 6.

Article 6-1

Modifié par Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 - art. 54 (V) JORF 20 décembre 2005

A l'expiration de son droit aux prestations définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au b de l'article L. 861-4 de ce code reçoit de l'organisme auprès duquel elle bénéficiait de cette prise en charge la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté.

Les prestations prises en charge dans ce cadre sont identiques à celles définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celles qui ne sont pas conformes aux règles définies à l'article L. 871-1 du même code.

Cette disposition est applicable aux contrats et adhésions souscrits à partir du 1er janvier 2006. Les contrats et adhésions de prolongation en cours à cette date bénéficient jusqu'à leur terme en 2006 de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance mentionnée au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Article 6-2

Créé par Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 - art. 23 JORF 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000

Lorsqu'une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale alors qu'elle est déjà garantie par un organisme assureur contre les risques liés à une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la présente loi, elle obtient à sa demande :

1° Soit la résiliation totale de la garantie initialement souscrite si l'organisme assureur n'est pas inscrit sur la liste prévue à l'article L. 861-7 du code de la sécurité sociale ;

2° Soit la modification de la garantie initialement souscrite en une garantie établie en application des articles L. 861-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale ; si la garantie initialement souscrite s'appliquait également à des risques différents de la garantie prévue par l'article L. 861-3, l'organisme assureur doit proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.

Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou partie de contrat initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d'un accord collectif obligatoire d'entreprise.

Article 6-3

Modifié par Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 - art. 54 (V) JORF 20 décembre 2005

Lorsque les personnes mentionnées au neuvième alinéa de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale acquièrent une protection complémentaire souscrite à titre individuel en matière de frais de soins de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. Elles bénéficient en outre de la procédure de dispense d'avance de frais, pour une durée d'un an à compter de l'expiration de leur droit aux prestations définies aux six premiers alinéas de l'article L. 861-3 précité, dans les conditions prévues par décret, pour la part de ces mêmes dépenses prise en charge par les organismes visés au b de l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale.

Article 7

Modifié par Loi n°94-678 du 8 août 1994 - art. 14 JORF 10 août 1994

Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, le risque décès ou les risques d'incapacité ou d'invalidité, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat ou la convention. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement.

L'engagement doit être couvert à tout moment, pour tous les contrats ou conventions souscrits, par des provisions représentées par des actifs équivalents.

NOTA :

Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 art. 10 : les dispositions de l'article 7 sont d'ordre public et s'appliquent quelle que soit la loi qui régit le contrat.

Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 art. 29 VII : dérogation au second alinéa de l'article 7.

Article 7-1

Créé par Loi n°2001-624 du 17 juillet 2001 - art. 34

Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement dans les conditions prévues à l'article 2, dans le cadre d'un ou de plusieurs contrats, conventions ou bulletins d'adhésion à un règlement comportant la couverture des risques décès, incapacité de travail et invalidité, la couverture du risque décès doit inclure une clause de maintien de la garantie décès en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité. La résiliation ou le non-renouvellement du ou des contrats, conventions

ou bulletins d'adhésion à un règlement sont sans effet sur les prestations à naître au titre du maintien de garantie en cas de survenance du décès avant le terme de la période d'incapacité de travail ou d'invalidité telle que définie dans le contrat, la convention ou le bulletin d'adhésion couvrant le risque décès.

Cet engagement doit être couvert à tout moment par des provisions représentées par des actifs équivalents.

NOTA : dans le premier alinéa de l'article 7-1, le texte publié au JO papier du 18 juillet 2001 était rédigé ainsi : La résiliation ou le non-renouvellement du ou des contrats, conventions ou bulletins d'adhésion à un règlement sont en effet sur....

Article 8

Modifié par Loi n°94-678 du 8 août 1994 - art. 14 JORF 10 août 1994

Pour les opérations collectives autres que celles mentionnées à l'article 2 de la présente loi, le souscripteur est, pour l'exécution du contrat ou de la convention, réputé agir à l'égard de l'assuré ou de l'adhérent pour le compte de l'organisme qui délivre sa garantie.

Article 9

Modifié par Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 - art. 23 JORF 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article en cas de pluralité d'organismes garantissant l'assuré ou l'adhérent.

NOTA : Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 art. 10 : les dispositions de l'article 9 sont d'ordre public et s'appliquent quelle que soit la loi qui régit le contrat.

Loi 89-1009 du 31 décembre 1989 art. 29 I : champ d'application de l'article 9.

Article 9-1

Créé par Loi 2004-810 2004-08-13 art. 57 VII JORF 17 août 2004

Par dérogation à l'article 6, lorsque la participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale pour une spécialité inscrite sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du même code est augmentée, l'organisme peut décider, lors du renouvellement du contrat, que la part supplémentaire laissée à la charge de l'assuré n'est pas remboursée.

Article 10

Modifié par LOI n°2010-1330 du 9 novembre 2010 - art. 26

Les articles 2,4,7,9 et 31 sont des dispositions d'ordre public et s'appliquent quelle que soit la loi régissant le contrat.

Article 11

Modifié par Loi n°94-678 du 8 août 1994 - art. 14 JORF 10 août 1994

Aucun salarié employé dans une entreprise avant la mise en place, à la suite d'une décision unilatérale de l'employeur, d'un système de garanties collectives contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ne peut être contraint à cotiser contre son gré à ce système.

Article 12

Modifié par Loi n°94-678 du 8 août 1994 - art. 14 JORF 10 août 1994

Le souscripteur d'une convention ou d'un contrat conclu avec un organisme appartenant à l'une des catégories mentionnées à l'article 1er de la présente loi, en vue d'apporter à un groupe de personnes une couverture contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, est tenu de remettre à l'adhérent une notice d'information détaillée qui définit notamment les garanties prévues par la convention ou le contrat et leurs modalités d'application.

Le souscripteur est également tenu d'informer préalablement par écrit les adhérents de toute réduction des garanties visées à l'alinéa précédent.

Article 15

Modifié par Loi n°98-546 du 2 juillet 1998 - art. 68 JORF 3 juillet 1998

Lorsque des salariés d'une entreprise bénéficient, dans le cadre de celle-ci, de garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-2 du code de la sécurité sociale, l'organisme assureur est tenu de fournir chaque année au chef d'entreprise un rapport sur les comptes de la convention ou du contrat dont le contenu est fixé par décret. Ce rapport présente en termes clairs et précis la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par l'organisme assureur et comporte la justification de leur caractère prudent.

Titre II : Contrôle des institutions relevant du titre III du livre VII du code de la sécurité sociale et de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et des mutuelles relevant du code de la mutualité.

Article 17

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-10 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-11 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-12 (Ab)

- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-13 (M)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-14 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-15 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-16 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-17 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-18 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-19 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-20 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-21 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-22 (M)

Article 18

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la mutualité - art. L531-1 (M)

Article 19

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la mutualité - art. L531-1-1 (Ab)
- Crée Code de la mutualité - art. L531-1-2 (Ab)
- Crée Code de la mutualité - art. L531-1-3 (Ab)
- Crée Code de la mutualité - art. L531-1-4 (Ab)
- Crée Code de la mutualité - art. L531-1-5 (Ab)
- Crée Code de la mutualité - art. L531-1-6 (Ab)

Article 20

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la mutualité - art. L321-8 (Ab)
- Modifie Code de la mutualité - art. L411-8 (Ab)
- Modifie Code de la mutualité - art. L531-2 (Ab)
- Modifie Code de la mutualité - art. L531-3 (Ab)
- Modifie Code de la mutualité - art. L531-4 (Ab)

Article 21

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la mutualité - art. L531-5 (Ab)

Article 22

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la mutualité - art. L531-6 (Ab)

Article 23

A modifié les dispositions suivantes :

- Crée Code de la mutualité - art. L541-2 (M)

Titre III : Dispositions diverses.

Article 24

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L731-1 (Ab)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L731-2 (Ab)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L731-3 (Ab)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L731-4 (Ab)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L731-5 (Ab)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L731-6 (Ab)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L731-7 (Ab)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L731-8 (Ab)
- Transfère Code de la sécurité sociale. - art. L732-1 (T)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-10 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-11 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-12 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-13 (M)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-14 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-15 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-16 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-17 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-18 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-19 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-20 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-21 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-22 (M)

Article 25

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie CODE GENERAL DES IMPOTS ANNEXE 2, CGI. - art. 317 bis (V)
- Modifie CODE GENERAL DES IMPOTS, CGI. - art. 999 (M)
- Transfère Code de la sécurité sociale. - art. L731-1 (T)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L732-1 (M)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-10 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-11 (Ab)

- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-12 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-13 (M)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-14 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-15 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-16 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-17 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-18 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-19 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-20 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-21 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-22 (M)

Article 26

A modifié les dispositions suivantes :

- Transfère Code de la sécurité sociale. - art. L731-11 (T)
- Transfère Code de la sécurité sociale. - art. L731-12 (T)
- Transfère Code de la sécurité sociale. - art. L731-13 (T)
- Transfère Code de la sécurité sociale. - art. L731-2 (T)
- Transfère Code de la sécurité sociale. - art. L731-3 (T)
- Transfère Code de la sécurité sociale. - art. L731-4 (T)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L732-2 (Ab)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L732-3 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-4 (Ab)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L732-5 (Ab)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L732-6 (Ab)
- Modifie Code de la sécurité sociale. - art. L732-7 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-8 (Ab)
- Crée Code de la sécurité sociale. - art. L732-9 (Ab)

Article 27

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code rural ancien - art. 1050 (M)
- Modifie Code rural ancien - art. 1051 (M)

Article 28

A modifié les dispositions suivantes :

- Modifie Code de la mutualité - art. L111-2 (Ab)
- Modifie Code de la mutualité - art. L121-1 (Ab)

Titre IV : Dispositions transitoires.

Article 29

I. - Les dispositions de l'article 9 sont applicables aux contrats ou conventions souscrits antérieurement à la date de publication de la présente loi.

II. - Les contrats ou conventions souscrits antérieurement à la date de publication de la présente loi devront, s'il y a lieu, être rendus conformes aux dispositions des trois premiers alinéas de l'article 4 et à celles de l'article 5 dans un délai d'un an suivant cette date et aux dispositions du dernier alinéa de l'article 4 dans un délai de sept ans suivant la même date.

III. - Les dispositions de l'article 6 sont applicables aux contrats ou conventions souscrits deux ans au moins avant la date de publication de la présente loi.

Ces dispositions deviendront applicables aux autres contrats ou conventions souscrits avant la date de publication de la présente loi lorsqu'un délai de deux ans se sera écoulé depuis la souscription de ces contrats.

IV. - Les dispositions des articles 2 et 3 sont applicables aux contrats ou conventions souscrits à partir de la date de publication de la présente loi.

V. - Par dérogation au second alinéa de l'article 7 de la présente loi, les organismes qui, pour les opérations ayant pour objet la couverture des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, du risque décès ou des risques d'incapacité ou d'invalidité, n'ont pas, à la date de publication de la présente loi, pour les contrats ou conventions existants, les provisions correspondant à leur engagement, ou ne sont pas en mesure de les constituer intégralement à l'aide de leurs réserves, à l'exclusion des bénéfiques non distribués, sont dispensés de l'obligation de provisionnement intégral des prestations immédiates ou différées acquises ou nées à cette date.

Ils disposent d'une période transitoire se terminant le 31 décembre 1996 pour constituer chaque année et au moins linéairement les provisions nécessaires à la couverture des prestations immédiates ou différées acquises ou nées après la date de publication de la présente loi au titre des contrats ou conventions existants.

Une indemnité de résiliation, correspondant à la fraction de l'engagement visé au premier alinéa de l'article 7 qui n'est pas couverte intégralement par des provisions, est due par le souscripteur en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat ou de la convention. Toutefois, cette indemnité n'est pas exigible si un nouveau contrat ou une nouvelle convention souscrite en remplacement du contrat ou de la convention précédente prévoit la reprise intégrale des engagements relatifs au contrat ou à la convention initiale ; les provisions éventuellement constituées à cet effet sont alors intégralement transférées au nouvel organisme.

Un décret détermine les modalités d'application des trois précédents alinéas.

Un décret en Conseil d'Etat codifie, en tant que de besoin, les dispositions du titre Ier de la présente loi dans le code des assurances, dans le code de la sécurité sociale et dans le code de la mutualité.

Article 30

Créé par Loi n°2001-624 du 17 juillet 2001 - art. 34

I. - Les dispositions de l'article 7-1 s'appliquent à compter du 1er janvier 2002, y compris aux contrats, conventions ou bulletins d'adhésion à des règlements souscrits antérieurement et toujours en vigueur à cette date.

II. - Par dérogation au second alinéa de l'article 7-1, pour les contrats, conventions ou bulletins d'adhésion souscrits avant le 1er janvier 2002 et en cours à cette date, les organismes mentionnés à l'article 1er peuvent répartir sur une période transitoire de dix ans au plus la charge que représente le provisionnement prévu au second alinéa de l'article 7-1 au titre des incapacités et invalidités en cours au 31 décembre 2001. Cette charge est répartie au moins linéairement sur chacun des exercices de la période transitoire selon des modalités déterminées par avenant au contrat, à la convention ou au bulletin d'adhésion, conclu au plus tard au 30 septembre 2002.

III. - En cas de résiliation ou de non-renouvellement d'un contrat, d'une convention ou d'un bulletin d'adhésion ne comportant pas d'engagement de maintien de la couverture décès au 31 décembre 2001, l'organisme assureur poursuit le maintien de cette couverture décès ; dans ce cas, une indemnité de résiliation, égale à la différence entre le montant des provisions techniques à constituer et le montant de provisions techniques effectivement constituées, au titre des incapacités et invalidités en cours au 31 décembre 2001, est due par le souscripteur.

Toutefois, cette indemnité n'est pas exigible si l'organisme assureur ne poursuit pas le maintien de cette couverture décès alors qu'un nouveau contrat, une nouvelle convention ou un nouveau bulletin d'adhésion est souscrit en remplacement du précédent et prévoit la reprise intégrale, par le nouvel organisme assureur, des engagements relatifs au maintien de la garantie décès du contrat, de la convention ou du bulletin d'adhésion initial ; dans ce cas, la contre-valeur des provisions effectivement constituées au titre du maintien de la garantie décès est transférée au nouvel organisme assureur.

Un décret précise en tant que de besoin les modalités d'application du présent article.

Article 31

Créé par LOI n°2010-1330 du 9 novembre 2010 - art. 26

I.-Les organismes mentionnés à l'article 1er peuvent répartir les effets de l'article 18 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites sur le niveau des provisions prévues en application de l'article 7 de la présente loi au titre des contrats, conventions ou bulletins d'adhésion conclus au plus tard à la date de promulgation de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 précitée, sur une période de six ans au plus à compter des comptes établis au titre de l'exercice 2010.

A la clôture des comptes de l'exercice 2010, le niveau des provisions ne peut être inférieur à celui qui résulterait d'un provisionnement intégral des engagements jusqu'à l'âge mentionné à l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale dans sa version en vigueur au 1er janvier 2010, ainsi que, pour les assurés de la génération 1951, d'un provisionnement intégral des engagements correspondants jusqu'à l'âge prévu au même article pour cette génération.

A compter de la clôture des comptes de l'exercice 2011, le niveau des provisions doit être constitué au moins linéairement.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement d'un contrat, d'une convention ou d'un bulletin d'adhésion pendant la période transitoire mentionnée au premier alinéa, l'organisme assureur poursuit le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées au jour de la résiliation ou du non-renouvellement ; dans ce cas, une indemnité de résiliation, égale à la différence entre le montant des provisions techniques permettant de couvrir intégralement les engagements en application de l'article 7 et le montant des provisions techniques effectivement constituées en application des trois premiers alinéas du présent I, au titre des incapacités et invalidités en cours à la date de cessation du contrat, de la convention ou du bulletin d'adhésion, est due par le souscripteur.

Toutefois, cette indemnité n'est pas exigible si l'organisme assureur ne poursuit pas le maintien de cette couverture alors qu'un nouveau contrat, une nouvelle convention ou un nouveau bulletin d'adhésion est souscrit en remplacement du précédent et prévoit la reprise intégrale, par le nouvel organisme assureur, des engagements relatifs au maintien de la garantie incapacité de travail-invalidité du contrat, de la convention ou du bulletin d'adhésion initial ; dans ce cas, la contre-valeur des provisions effectivement constituées au titre du maintien de cette garantie est transférée au nouvel organisme assureur.

II.-Les organismes mentionnés à l'article 1er peuvent répartir les effets de l'article 18 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 précitée sur le niveau des provisions prévues en application de l'article 7-1 de la présente loi, au titre des contrats, conventions ou bulletins d'adhésion conclus au plus tard à la date de promulgation de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 précitée sur une période de six ans au plus à compter des comptes établis au titre de l'exercice 2010.

A la clôture des comptes de l'exercice 2010, le niveau des provisions ne peut être inférieur à celui qui résulterait d'un provisionnement intégral des engagements jusqu'à l'âge prévu à l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale dans sa version en vigueur au 1er janvier 2010, ainsi que, pour les assurés de la génération 1951, d'un provisionnement intégral des engagements correspondants jusqu'à l'âge prévu au même article pour cette génération.

A compter de la clôture des comptes de l'exercice 2011, le niveau des provisions doit être constitué au moins linéairement.

En cas de résiliation ou de non-renouvellement d'un contrat, d'une convention ou d'un bulletin d'adhésion pendant la période transitoire, l'organisme assureur maintient la couverture décès ; dans ce cas, une indemnité de résiliation, égale à la différence entre le montant des provisions techniques permettant de couvrir intégralement les engagements en application de l'article 7-1 à constituer et le montant de provisions techniques effectivement constituées en application des trois premiers alinéas du présent II, au titre des incapacités et invalidités en cours à la date de cessation du contrat, de la convention ou du bulletin d'adhésion, est due par le souscripteur.

Toutefois, cette indemnité n'est pas exigible si l'organisme assureur ne poursuit pas le maintien de cette couverture alors qu'un nouveau contrat, une nouvelle convention ou un nouveau bulletin d'adhésion est souscrit en remplacement du précédent et prévoit la reprise intégrale, par le nouvel organisme assureur, des engagements relatifs au maintien de la garantie décès du contrat, de la convention ou du bulletin d'adhésion initial ; dans ce cas, la contre-valeur des provisions effectivement constituées au titre du maintien de cette garantie est transférée au nouvel organisme assureur.

III.-Un arrêté précise en tant que de besoin les modalités d'application du présent article.

Par le Président de la République :

X

Karlheinz CERNY- Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2014

FRANÇOIS MITTERRAND

Le Premier ministre,
MICHEL ROCARD

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,
des finances et du budget,
PIERRE BÉRÉGOVOY

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
PIERRE ARPAILLANGE

Le ministre du travail, de l'emploi
et de la formation professionnelle,
JEAN-PIERRE SOISSON

Le ministre de l'agriculture et de la forêt,
HENRI NALLET

Le ministre de la solidarité, de la santé
et de la protection sociale,
CLAUDE ÉVIN

(1) Travaux préparatoires : loi n° 89-1009.

Sénat :
Projet de loi n° 474 (1988-1989) ;

Rapport de M. Claude Huriel, au nom de la commission des affaires sociales, n° 34 (1989-1990) ;

Discussion et adoption, après déclaration d'urgence, le 6 novembre 1989.

Assemblée nationale :

Projet de loi, adopté par le Sénat, n° 978 ;

Rapport de M. Jean-Marie Le Guen, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 1057 ;

Discussion les 11 et 13 décembre 1989 et adoption le 13 décembre 1989.

Assemblée nationale :

Rapport de M. Jean-Marie Le Guen, au nom de la commission mixte paritaire, n° 1102 ;

Discussion et adoption le 15 décembre 1989.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 133 (1989-1990) ;

Rapport de M. Claude Huriel, au nom de la commission mixte paritaire, n° 143 (1989-1990) ;

Discussion et adoption le 18 décembre 1989.



**AVIS D'APPEL A PROJET MEDICO-SOCIAL N°2013- 03
centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques
pour usagers de drogues (CAARUD)**

Autorité compétente pour l'appel à Projet

Agence Régionale de Santé du Nord/Pas-de-Calais
556 avenue Willy Brandt
59777 EURALILLE
Standard : 03.62.72.77.00 Fax : 03.62.72.78.09

Service en charge du suivi de l'appel à projet :

Agence Régionale de Santé du Nord/Pas-de-Calais
Direction de l'Offre Médico-Sociale (DOMS)
Département Programmation Autorisation
3ème étage – bureau 314

Pour toutes questions :

Adresse courriel : ars-npdc-aap-faq@ars.sante.fr
Adresse postale : Agence Régionale de Santé du Nord/Pas-de-Calais
Direction de l'Offre Médico-Sociale
AAP – Médico-Soc n°2013-03
556 avenue Willy Brandt
59777 EURALILLE

CLOTURE DE L'APPEL A PROJET : Jeudi 14 novembre 2013 à minuit

Les annexes du présent avis sont disponibles à l'adresse <http://ars.nordpasdecalais.sante.fr> :

- annexe 1 : cahier des charges
- annexe 2 : critères de sélection et modalités de cotation des projets

Pourquoi cette errance ?
 Qui peut aider ces jeunes ? De quelles manières ?
 Comment les accompagner pour qu'ils accèdent aux dispositifs ?
 Comment pacifier les territoires et mieux vivre ensemble ?
 Comment trouver les bons leviers pour déployer des réponses adaptées ?
 Etc.

Pendant plus de trois ans, sept municipalités européennes¹ ont mis en commun leurs expériences pour développer et conceptualiser une **EXPERTISE OPÉRATIONNELLE SUR L'ERRANCE DES JEUNES**. Elles ont élaboré une charte commune du bon accueil des jeunes dans les villes, colonne vertébrale de leur démarche.

¹En France : Bordeaux, Lille, La Rochelle et Toulouse. Bucarest en Roumanie, Düsseldorf en Allemagne et la Région Emilia Romagna en Italie.

La Fédération Addiction vous accompagne pour mieux comprendre ces jeunes et construire des réponses adaptées à partir d'une méthodologie de travail spécifique.

Présentation du projet
 Jeunes et errances ? Une approche multi dimensionnelle
 Villes européennes engagées
 Quelles usages d'alcool, drogues et autres substances psychoactives ?

Mettre en œuvre une approche démocratique et participative
 Charte : les Villes s'engagent
 Comment construire des réponses ?





Ressources

jeunes dans les villes européennes
 ... sans oublier les usages de drogues, d'alcool et autres substances

l'errance des jeunes dans les villes européennes, usagers de drogues, d'alcool et autres substances psycho actives

Des jeunes en errance traversent et occupent les villes, la plupart du temps accompagnés de chiens. Usagers d'alcool, drogues et autres substances psycho actives, ils se regroupent dans certains lieux et gênent ou inquiètent municipalités, riverains et commerçants.

Fédération Addiction
 9 rue des bluets
 75011 Paris
 Tél : 01 43 43 72 38
 www.federationaddiction.fr

Budget Prévisionnel CAARUD ARRAS		
Compte	Intitulé	Budget Prévisionnel à l'année d'exploitation
GRUPE I : DEPENSES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE		
ACHATS		
601	Achats stockés	9 000,00
606	Achats non stockés	18 740,00
SERVICES EXTÉRIEURS		
6111	Sous-traitance caractère médicale	-
6112	Sous-traitance caractère médico-social	-
AUTRES SERVICES EXTÉRIEURS		
625	Déplacements relations réceptions	-
626	Frais postaux - télécommunications	900,00
6283	Prestations de nettoyage extérieure	9 000,00
6288	Autres prestations	-
TOTAL GROUPE I		27 640,00
GRUPE II : DEPENSES AFFERENTES AU PERSONNEL		
633	Rémunération intermédiaires & honoraires	2 400,00
631	Impôts taxes (administration des impôts)	11 080,00
633	Impôts taxes (autres organismes)	5 490,00
641	Rémunération du personnel	115 520,00
645	Charges de sécurité sociale et prévoyance	48 860,00
647	Autres charges sociales	4 020,00
648	Autres charges de personnel	1 810,00
TOTAL GROUPE II		188 780,00
GRUPE III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE		
6133	Locations immobilières	9 500,00
6135	Locations mobilières	6 300,00
6140	Charges locatives et de co-propriété	500,00
6153	Entretien et réparations sur biens immobiliers	2 000,00
6155	Entretien et réparations sur biens mobiliers	800,00
6156	Maintenance	500,00
616	Primes d'assurances	1 240,00
635	Autres impôts taxes (administration, impôts)	400,00
AUTRES CHARGES DE GESTION COURANTE		
655	Quote-part de résultat sur opérations	9 530,00
658	Charges diverses de gestion courante	100,00
CHARGES FINANCIÈRES		
66	Charges financières	8 000,00
DOTATIONS AUX AMORTISSEMENT ET AUX PROVISIONS		
6811	Dotations incorporelles et corporelles	13 180,00
TOTAL GROUPE III		53 530,00
TOTAL GENERAL (GRUPE I + GROUPE II + GROUPE III)		280 000,00
TOTAL DEPENSES D'EXPLOITATION		280 000,00

Budget Prévisionnel CAARUD ARRAS

Compte	Intitulé	Budget Prévisionnel à 1 année d'exploitation
GROUPE I : PRODUIT DE LA TARIFICATION ET ASSIMILES		
731	Produits de la tarification L313-1	280 000,00
TOTAL GROUPE I		280 000,00
GROUPE II : AUTRES PRODUITS RELATIFS A L'EXPLOITATION		
70	Produits	-
74	Subventions d'exploitation et participations.	-
75	Autres produits de gestion courants	-
6419	Remboursements personnel non médical	-
6489	Fonds de compensation cessation d'activité.	-
TOTAL GROUPE II		0,00
GROUPE III : PRODUITS FINANCIERS ET PRODUITS NON ENCAISSABLE		
76	Produits financiers	-
<i>PRODUITS EXCEPTIONNELS</i>		
771	Produits sur opérations de gestion	-
772	Produits sur exercices antérieurs	-
775	Produits de cessions d'éléments d'actif	-
777	Quote-part subventions d'investissement	-
778	Autres produits exceptionnels	-
<i>AUTRES PRODUITS</i>		
78	Reprises sur amortissements	-
791	Transfert de charges	-
TOTAL GROUPE III		0,00
TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III)		280 000,00
<i>DEPENSES</i>		
TOTAL GROUPE I		37 690,00
TOTAL GROUPE II		1 88 780,00
TOTAL GROUPE III		53 530,00
TOTAL		280 000,00
<i>PRODUITS-RECETTES EN ATTENUATION</i>		
TOTAL GROUPE I		280 000,00
TOTAL GROUPE II		-
TOTAL GROUPE III		-
TOTAL		280 000,00

LOIS

LOI n° 74-955 du 19 novembre 1974 étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du code de la famille et de l'aide sociale, du code du travail ainsi que l'article 51 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. — L'article 185 du code de la famille et de l'aide sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

Article 185.

Bénéficiaire, sur leur demande, de l'aide sociale pour être accueillies dans des centres d'hébergement et de réadaptation sociale publics ou privés les personnes et les familles dont les ressources sont insuffisantes, qui éprouvent des difficultés pour reprendre ou mener une vie normale notamment en raison du manque ou de conditions défavorables de logement et qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique et, le cas échéant, d'une action éducative temporaire.

Le décret prévu à l'article 302 du présent code précise les catégories de personnes et de familles pouvant bénéficier de l'aide sociale. Le même décret fixe pour tout ou partie des catégories de personnes et de familles intéressées une limite à la durée de l'aide sociale accordée.

Art. 2. — Sont insérés dans le code de la famille et de l'aide sociale, à la suite de l'article 183-1, les articles 183-2 et 183-3 rédigés comme suit :

Article 183-2.

Les personnes bénéficiant de l'aide sociale, par application de l'article 185, en vue d'être accueillies dans un centre d'hébergement et de réadaptation, et qui sont reçues dans un tel centre ou en sortent, peuvent également être admises à bénéficier de l'aide sociale en vue d'un réentrainement au travail dans des centres d'aide par le travail, publics ou privés.

Article 183-3.

Le bénéfice de l'aide sociale ne peut être accordé ou maintenu aux personnes ou familles accueillies dans un centre privé d'hébergement et de réadaptation ou dans un centre privé d'aide par le travail que si une convention a été conclue à cette fin entre le centre et le département.

Le décret prévu à l'article 302 du présent code détermine les règles générales auxquelles doivent obéir les conventions visées à l'alinéa précédent.

Loi n° 74-955 TRAVAIL PRÉPARATOIRES (2)

Sénat :

Projet de loi n° 137 (1973-1974).

Rapport de M. Jean Gavini, au nom de la commission des affaires sociales, n° 383 (1973-1974).

Discussion et adoption le 18 juin 1974.

Assemblée nationale :

Projet de loi, adopté par le Sénat, n° 1073.

Rapport de M. Robert, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 5193.

Discussion et adoption le 11 octobre 1974.

Sénat :

Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, n° 38 (1974-1975).

Rapport de M. Jean Gavini, au nom de la commission des affaires sociales, n° 77 (1974-1975).

Discussion et adoption le 7 novembre 1974.

Art. 3. — Il est inséré dans le code du travail, à la suite de l'article L. 323-35, une section II bis rédigée comme suit :

SECTION II bis

Handicapés sociaux.

Article L. 323-35 bis.

Les dispositions de la sous-section 4 Travail protégé de la section II du présent chapitre sont, dans les conditions définies par voie réglementaire, applicables aux personnes reçues dans un des centres d'hébergement et de réadaptation sociale prévus à l'article 185 du code de la famille et de l'aide sociale ou qui sortent d'un de ces centres.

Art. 4. — L'article 51 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière est ainsi modifié :

Article 51.

A titre provisoire et jusqu'au 31 décembre 1975 les dispositions de la présente loi...

(Le reste sans changement.)

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 19 novembre 1974.

VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
JACQUES CHIRAC.

Le ministre d'Etat, ministre de l'intérieur,
MICHEL FOSSATOWSKI.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
JEAN LECANUET.

Le ministre de l'économie et des finances,
JEAN-PIERRE FOURCADE.

Le ministre de l'équipement,
ROBERT GAILLET.

Le ministre du travail,
MICHEL DURAFOUR.

Le ministre de la santé,
SIMONE VEIL.

DÉCRETS, ARRÊTÉS ET CIRCULAIRES

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Décret approuvant la dissolution d'une association reconnue d'utilité publique.

Par décret en date du 12 novembre 1974 :

Sont approuvés la dissolution de l'association reconnue d'utilité publique dite Société des amis de Fontainebleau et l'attribution de son actif au musée national du château de Fontainebleau.

Est abrogé le décret du 3 août 1922 qui a reconnu l'association dite Société des amis de Fontainebleau comme établissement d'utilité publique.

Décret portant nomination (tribunaux administratifs).

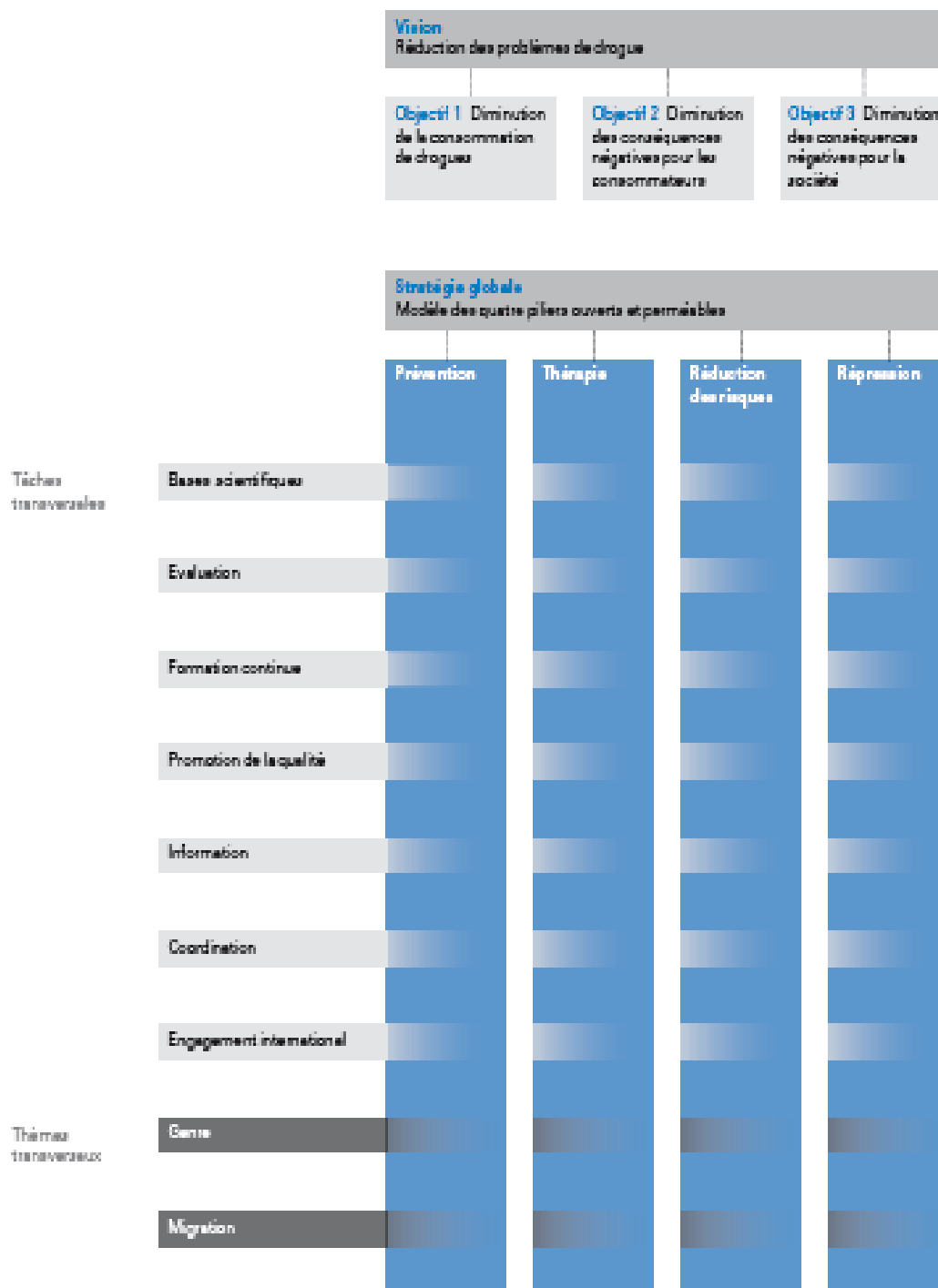
Par décret du Président de la République en date du 18 novembre 1974, M. Paulhan (Louis), vice-président de section du tribunal administratif de Paris, est nommé, à compter du 29 novembre 1974, au grade de président de section du tribunal administratif de Paris.

Personnels des préfectures.

Par arrêté du ministre d'Etat, ministre de l'intérieur, en date du 7 novembre 1974, M. le capitaine d'artillerie métropolitaine Bolot (Jean-Claude) a été intégré et rattaché, à compter du 1^{er} septembre 1974, en qualité d'attaché de préfecture de 2^e classe, 8^e échelon, à la préfecture du Jura.

Annexe 8 :

La déclinaison du modèle suisse :



CERNY

Karlheinz

Novembre 2014

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Nord-Pas de Calais

**CREER UN CAARUD POUR USAGERS DE DROGUES, PRECARISES OU EN
ERRANCE : PROPOSER UN LIEU D'ACCUEIL FIXE ET UNE UNITE MOBILE**

Résumé :

L'appel à projet de l'ARS Nord-Pas de Calais s'inscrit dans le projet régional de santé, qui affirme la nécessité d'une couverture territoriale équitable de l'offre médico-sociale.

Il vise à la fois les populations locales du bassin de l'Artois-Douais, consommatrices de substances psycho-actives, mais également les populations de transit et jeunes en errance.

Des interventions auprès des publics « multi cible » sont préconisées, ce qui nécessite des approches « multi formes » à partir d'un seul outil d'intervention, un CAARUD.

Le diagnostic approfondi et une adaptation aux terrains d'intervention en sont des conditions indiscutables. Un accent particulier est porté, en dehors d'un lieu d'accueil fixe, à la mise en place de nombreuses activités dites « hors murs ».

Mots clés :

Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD), jeunes en errances, dispositif de soins, travail de rue, milieu festif, antenne mobile, « aller vers », partenariat, Programme d'échanges de seringues (PES).

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.