

Les CAARUD en 2014

Couverture, publics et matériels de RdRD distribués

Cristina Díaz Gómez,

Maitena Milhet

Prévus par la loi de santé du 9 août 2004, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) constituent un élément central de la politique de réduction des risques et des dommages (RdRD) en France (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). Ils s'adressent à des publics vulnérables que les pratiques d'usages de substances exposent à des risques majeurs : surdoses mortelles, intoxications, transmission de maladies infectieuses, infections diverses, escarres, etc. Les missions des CAARUD sont de prévenir et de réduire ces dommages sanitaires liés aux consommations et d'améliorer la situation sociale des usagers. Pour ce faire, les professionnels informent les usagers rencontrés sur les risques des différentes substances et modes d'usage, distribuent du matériel stérile à usage unique (seringues, pipes à crack, matériel de sniff, kits d'injection et d'inhalation...) et favorisent l'accès aux soins et aux droits sociaux (art. R. 3121-33-1 du Code de la santé publique et art. 1 du décret du 19 décembre 2005). En vue de faciliter l'insertion du CAARUD dans son environnement, les intervenants assurent également des actions de médiation sociale. Ils peuvent intervenir auprès des riverains et des acteurs locaux, notamment mairie, centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), pompiers, services répressifs et hôpital.

Afin de suivre ce dispositif et son public, la Direction générale de la santé et les agences régionales de santé s'appuient sur les rapports d'activité annuels des structures transmis à l'OFDT, en vue de leur analyse (circulaire du 2 janvier 2006 et arrêté du 16 janvier 2006 fixant le rapport d'activité type). Ce versant est complété par l'enquête ENA-CAARUD réalisée tous les deux ans par l'OFDT auprès des usagers vus dans les structures [1].

Ce numéro de *Tendances* fait un état des lieux du dispositif en 2014. Pour la première fois, dix ans après la mise en place des CAARUD [2], il offre une vision exhaustive de leur fonctionnement et du public rencontré, l'ensemble des 144 structures existantes à cette date ayant transmis leur rapport annuel à l'OFDT.

À travers l'analyse de ces rapports, ce *Tendances* se penche sur les grands enjeux auxquels les CAARUD sont confrontés. L'examen de la couverture territoriale et des moyens alloués aux structures fournit



des éclairages sur la capacité du dispositif actuel à se rendre accessible aux usagers, quel que soit leur lieu de vie ou de consommation (milieu urbain ou rural, logement personnel ou habitation de fortune, usages en privé, dans les espaces publics, en milieux festifs). L'analyse des publics et des prestations réalisées met en évidence les besoins rencontrés et le défi d'adaptation des réponses apportées à des pratiques de consommation qui évoluent souvent très vite.

■ Répartition géographique, moyens et fonctionnement

Un problème d'accessibilité dans les communes de petite taille

En France, la couverture géographique des structures de réduction des risques n'est pas complète et leur répartition sur le territoire demeure hétérogène. En 2014, près d'un département sur dix ne possède pas de CAARUD (voir carte, figure 1). Dans les départements qui en sont dotés, les structures sont fortement concentrées dans les communes de grande taille. Ainsi, un peu plus de la moitié des CAARUD (n=76) est implantée dans une commune urbaine de plus de 200 000 habitants. Aucune structure ne se trouve en zone rurale et seules 3 d'entre elles sont implantées dans une commune urbaine de petite taille (moins de 20 000 habitants). Paris, Lille, Marseille et Nîmes réunissent un nombre important de structures (respectivement 9, 6, 5 et 3 CAARUD) et une dizaine d'autres agglomérations urbaines sont pourvues de 2 structures (Avignon, Bayonne, Bordeaux, Lyon, Metz, Montpellier, Mulhouse, Nancy, Nice, Rouen et Toulouse). Les communes restantes concernées (une centaine) sont équipées d'un seul CAARUD. À l'échelon

départemental, Paris et le département du Nord concentrent le plus grand nombre de CAARUD (une dizaine de lieux d'intervention), suivis des Bouches-du-Rhône et du Gard, où le nombre de structures est de 6 et 4 respectivement. Cette plus forte présence de lieux d'intervention dans les quatre départements cités est directement liée au nombre de structures implantées dans leurs grandes agglomérations urbaines (Paris, Lille, Marseille et Nîmes). Bien qu'on ne dispose pas d'une vision complète de la répartition des besoins des usagers sur le territoire, la concentration des CAARUD dans les villes de grande taille pose des problèmes d'accès au matériel et aux services de RdRD pour les usagers qui résident en zone rurale ou péri-urbaine et sont donc éloignés du dispositif. Ces structures ou leurs antennes sont parfois situées à plusieurs dizaines de kilomètres de leur lieu de vie, alors que la disponibilité des produits et que la diversité des profils d'usagers dans ces territoires ne se distinguent pas de celles de centres urbains, comme le montrent les données recueillies dans le cadre du dispositif TREND de l'OFDT [2, 3]. Les informations collectées par l'association SAFE auprès des usagers qui bénéficient du programme de délivrance du matériel par voie postale témoignent aussi des difficultés d'accès aux services de RdRD [4]. En 2015, environ un tiers des usagers identifient l'éloignement géographique (36 %) et l'inexistence ou

l'insuffisance de l'offre de matériel de RdRD (29 %) comme les principaux motifs de recours au dispositif d'obtention du matériel par voie postale [5].

Un coût de fonctionnement légèrement supérieur au financement de l'Assurance-maladie

Les CAARUD sont très majoritairement financés par le fond de l'Objectif national de dépenses de l'Assurance-maladie (ONDAM), conformément au Code de l'action sociale et de la famille (art. L. 314-3-3). Pour l'exercice 2014, le montant versé aux structures au titre de l'ONDAM représente environ 43 millions d'euros (n=137, 7 structures n'ayant pas fourni d'éléments budgétaires). Cette enveloppe est inférieure au montant des charges déclarées par ces 137 structures (46 millions d'euros), l'écart ayant été comblé à l'aide de financements externes. Les ressources des structures servent principalement à la rémunération du personnel non bénévole, à la location des équipements et infrastructures et à l'achat du matériel pédagogique et de RdRD distribué aux usagers.

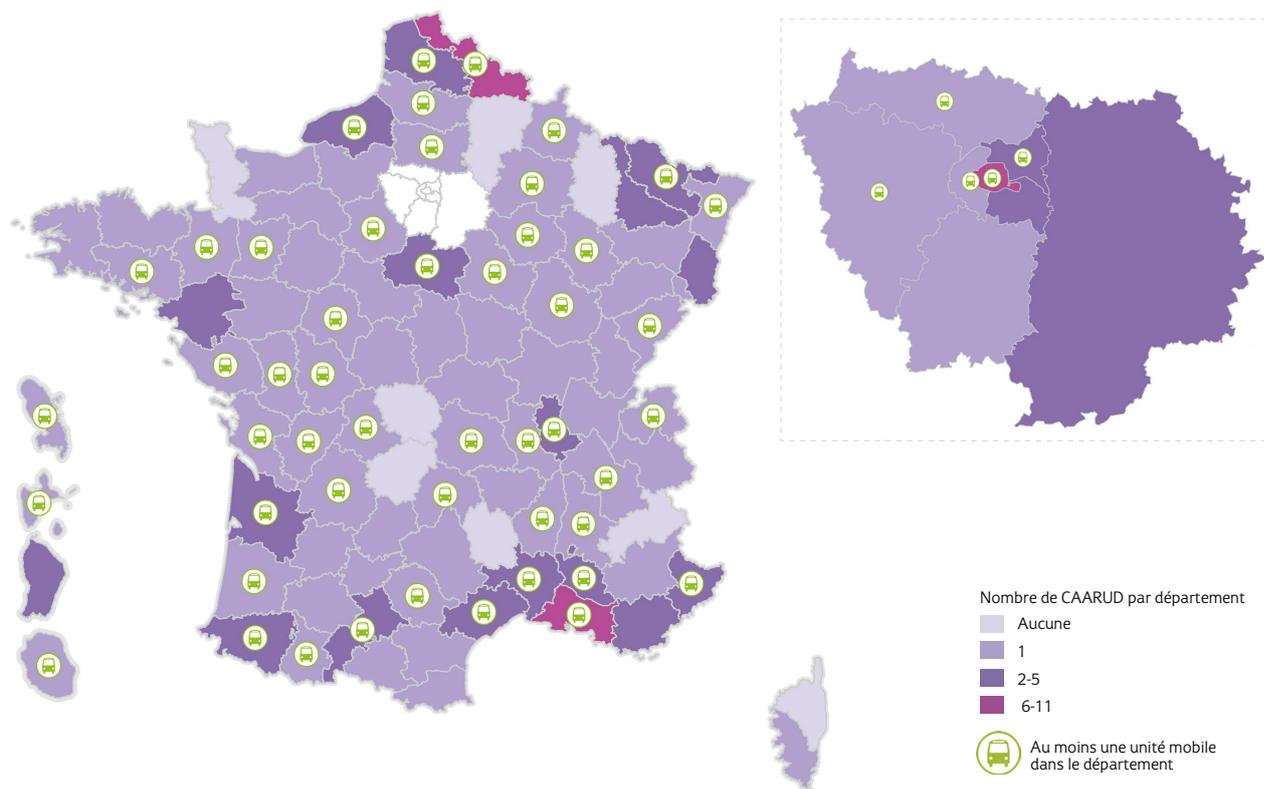
En 2014, la moitié des centres fait état d'un montant de dépenses compris entre 180 000 € et 450 000 €. L'autre moitié se répartit équitablement entre les structures ayant des dépenses inférieures à 180 000 € ou supérieures à 450 000 €. On ne constate pas partout de correspondance entre les charges de

la structure et la file active, ceci pouvant s'expliquer par la variabilité des coûts salariaux, d'achat de matériel, de location des équipements et/ou des durées d'intervention auprès des usagers. Les structures qui ont les budgets les plus conséquents se trouvent majoritairement en Île-de-France, dans les Hauts-de-France, en Guyane et à La Réunion. À l'inverse, celles qui ont les dépenses les plus faibles se situent en Bourgogne-Franche-Comté, dans le Centre-Val-de-Loire, en Corse, à la Martinique, en Normandie, en Auvergne-Rhône-Alpes et dans les Pays de la Loire.

Des équipes de taille et de structure différentes

Les actions de réduction des risques conduites par les centres d'accueil ont mobilisé approximativement 800 ETP (équivalents temps plein) en 2014, dont 70 ETP à titre bénévole. Ces personnels non salariés se répartissent sur 55 structures. Les pairs (usagers ou ex-usagers apportant leur expertise) représentent un tiers des ETP bénévoles. Au sein de tous les ETP, (bénévoles compris), près de la moitié (45 %) sont occupés par des éducateurs et animateurs de prévention. Les personnels infirmiers sont faiblement représentés (10 %) et les pairs (3 %), assistants sociaux (3 %), psychologues (2 %) ou médecins (1 %) le sont encore moins. Les postes de direction, de secrétariat et de logistique occupent 20 % des emplois dédiés.

Figure 1 - Nombre de structures par département et présence des équipes mobiles



Source : ASA-CAARUD 2014, OFDT, DGS

À l'échelon des structures, la variété des qualifications professionnelles mobilisées s'avère très diversifiée. Par exemple, plus d'un quart des structures ne dispose pas d'éducateurs, un peu plus de la moitié ne bénéficie pas de la présence d'animateurs de prévention et seule une structure sur cinq propose un temps médical. Compte tenu des caractéristiques des usagers vus en CAARUD, pour une partie d'entre eux, les moins de 25 ans en particulier, fortement précaires et se livrant à des prises de risques [1], l'absence de l'une ou l'autre des qualifications précitées au sein de l'équipe suggère une réponse inadaptée aux besoins du public. À missions égales, il existe aussi une grande diversité s'agissant de la taille des équipes. Ainsi, près d'une vingtaine de structures ne disposent que de l'équivalent de 2 ETP ou moins, alors que cinq autres fonctionnent sur la base de 15 ETP ou plus. La moitié des structures fonctionne avec un nombre de salariés compris entre 2,5 ETP et 6,5 ETP (hors bénévoles). L'autre moitié se situe équitablement au-dessus et au-dessous de cette fourchette. Les structures ayant recruté des équipes de taille plus faible (moins de 2,5 ETP) se trouvent le plus souvent dans la région du Centre-Val de Loire, en Corse, en Martinique, en Normandie et dans les Pays de la Loire.

Des prestations homogènes mais des horaires d'ouverture disparates

Hormis 6 structures qui n'ont que des unités mobiles, tous les CAARUD peuvent accueillir les usagers de drogues dans un local fixe. Près de la moitié d'entre eux (44 %) disposent d'un accueil mixte (local fixe et unité mobile). Les prestations proposées y sont relativement homogènes. À de très rares exceptions près, l'ensemble des CAARUD offrent aux usagers un espace d'accueil et de repos (n=139), fournissent de la nourriture (n=141) et permettent un accès au téléphone et à Internet (n=142). Deux tiers d'entre eux

mettent aussi à disposition des espaces sanitaires équipés pour prendre une douche et des laveries. En plus des prestations proposées sur les lieux d'accueil fixes, les équipes mènent des actions de RdRD à l'extérieur de la structure. Une de leurs missions principales consiste à « aller vers » les usagers de drogues qui ne fréquentent pas les centres d'accueil. Les lieux d'intervention sont divers : la rue, les squats, la prison, dans le cadre d'une permanence (dans les CHRS par exemple). En moyenne, les professionnels consacrent 1,3 jour par semaine à ces interventions extérieures.

Compte tenu de la diversité des jours et plages horaires d'ouverture des structures en semaine du lundi au vendredi¹, les usagers n'ont pas le même accès aux services de RdRD selon le lieu où ils se trouvent. Ainsi, alors qu'un CAARUD sur quatre disposant d'un local fixe est ouvert du lundi au vendredi de 8 heures à 20 heures, un autre quart d'entre eux ne reste ouvert que 2,5 jours. Les périodes de fonctionnement des unités mobiles sont plus limitées encore. En moyenne, elles accueillent le public deux jours par semaine (hors week-end), avec là encore une grande disparité. Un tiers des unités mobiles est accessible plus de 2,5 jours par semaine, tandis que la moitié d'entre elles n'ouvrent qu'un jour par semaine ou moins.

■ Populations en contact avec les CAARUD

Entre 100 et 600 usagers accueillis dans l'année

En 2014, la file active globale des CAARUD s'élève à près de 75 000 personnes², un chiffre qui ne tient pas compte de la totalité des usagers rencontrés à l'occasion d'interventions extérieures.

Près de 40 000 usagers ont été accueillis dans les lieux d'accueil fixes. Les unités mobiles ont, quant à elles, reçu environ 14 000 personnes et les usagers

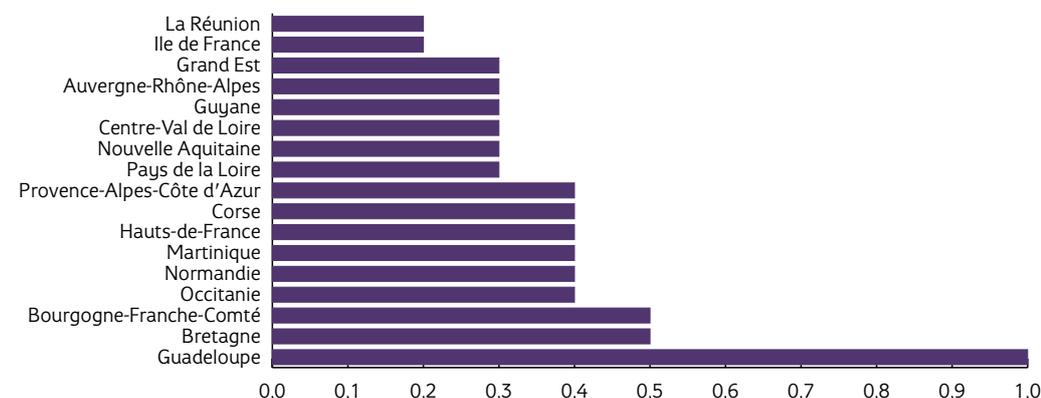
restants ont été vus lors d'interventions extérieures. Le nombre moyen d'usagers accueillis est très variable selon les régions. Les structures implantées en Île-de-France reçoivent en moyenne le plus grand nombre de personnes à l'année : entre 600 usagers (unité mobile) et 500 (lieu fixe) par structure. Les CAARUD situés en Guyane, à la Réunion, en Occitanie et dans le Grand Est présentent également des files actives parmi les plus importantes, oscillant entre 300 et 400 personnes par lieu fixe d'intervention dans l'année. À l'inverse, la Martinique, la Guadeloupe, la Corse, le Centre-Val de Loire, la Bourgogne-Franche-Comté et la Normandie voient en moyenne moins de 150 usagers par lieu d'accueil fixe au cours de l'année. Les unités mobiles les moins sollicitées se trouvent dans les régions des Pays de la Loire, du Centre-Val de Loire, de la Bretagne et d'Occitanie, accueillant moins de 100 personnes en moyenne dans l'année. Les faibles files actives ne peuvent pas être interprétées comme une absence de demande des services de RdRD. Elles sont parfois le résultat de modalités de fonctionnement des structures peu compatibles avec le mode de vie de certains usagers (des jours ou horaires d'ouverture réduits par exemple) ou bien d'une faible mobilité des usagers, en particulier en milieu rural ou semi-rural. Pour une partie d'entre eux, faiblement motorisés, les contraintes de la distance ou des horaires d'ouverture sont des obstacles insurmontables.

Un public masculin, un tiers de nouveaux venus chaque année

La part des nouveaux usagers, c'est-à-dire ceux qui ont été rencontrés pour la première fois par l'équipe d'un CAARUD au cours de l'année, représente un tiers des files actives annuelles. Les femmes sont peu représentées (19 % en centre d'accueil fixe contre 23 % en unité mobile). Cette répartition varie selon les régions et le type d'accueil, tant pour la part des femmes que pour celle des nouveaux usagers (voir figure 2).

Près de 20 000 personnes sont vues dans le cadre des interventions extérieures, dont la moitié environ par les équipes de rue. La part des usagers rencontrés dans des lieux plus isolés, comme les squats ou la prison, reste faible (respectivement 3 % et 2 % de la file active totale).

Figure 2 - Répartition régionale des nouveaux usagers reçus sur le lieu d'accueil fixe en 2014



Lecture : 20 % des usagers accueillis dans le CAARUD de La Réunion en 2014 n'avaient jamais été vus auparavant.
Source : ASA-CAARUD 2014, OFDT, DGS

1. Compte tenu du faible taux de réponse, les données relatives aux horaires d'ouverture du week-end n'ont pas été exploitées.
2. Ce chiffre tient compte des possibles « doubles comptes ».

La fréquence des contacts des usagers avec les équipes de RdRD diffère fortement selon la modalité d'accueil. Ainsi, le nombre médian³ de passages est beaucoup plus important dans les structures disposant de lieux d'accueil fixe (2 000 contacts annuels par structure) que dans d'autres cadres (400 contacts en unité mobile, 200 contacts en travail de rue, 50 contacts en squat et 30 contacts en prison). En moyenne, les usagers font quinze passages dans l'année dans les lieux d'accueil fixes, un chiffre réduit de moitié s'agissant des unités mobiles. Les prisons constituent les lieux dans lesquels la fréquence des contacts est la plus faible. Lorsque les équipes interviennent en milieu pénitentiaire, les usagers sont vus quatre fois en moyenne au cours de l'année. Un environnement précaire ainsi que les conditions d'incarcération actuelles majorent l'exposition aux risques, sanitaires et infectieux en particulier [6], insuffisamment couverts par les contacts que les équipes sont actuellement en mesure de réaliser.

■ Les consommations vues par les professionnels

Le poids de l'alcool et du cannabis

Dans le cadre du rapport d'activité annuel, il a été demandé aux équipes des CAARUD d'évaluer pour chaque personne de leur file active les principaux produits consommés. Neuf structures sur 10 identifient les mêmes substances que celles mentionnées par les usagers comme étant celles qui leur posent le plus de problèmes, à une exception près : l'alcool est considéré comme le plus problématique du point de vue des usagers, alors que c'est le cannabis qui arrive en tête, selon les professionnels [1].

Alcool et opiacés dans tout l'Hexagone, stimulants et hallucinogènes dans le Sud

À l'échelle territoriale, l'alcool et les opiacés sont identifiés par les professionnels comme posant le plus de problèmes dans tout l'Hexagone mais moins en outre-mer. Les usagers apparaissent en difficulté avec le cannabis, en particulier en Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), en Occitanie et à La Réunion. Les niveaux d'usage les plus problématiques d'amphétamines, LSD, MDMA/ecstasy, plantes hallucinogènes et kétamine sont rapportés par les professionnels des CAARUD situés dans les régions Nouvelle Aquitaine et Occitanie. La consommation de cocaïne paraît poser le plus de difficulté aux usagers reçus dans les Hauts-de-

France et en PACA, alors que l'usage de crack est très présent au sein des files actives des structures franciliennes. Largement consommées dans la plupart des CAARUD de l'Hexagone, la BHD et l'héroïne paraissent moins présentes dans les régions d'outre-mer.

■ Missions et matériel de RdRD

Un rôle central dans la diffusion du matériel d'injection

La mise à disposition des outils de prévention et la récupération du matériel usagé sont considérées comme la mission première des structures de RdRD (voir tableau 1). Si l'on considère l'ensemble des outils délivrés, les

CAARUD jouent surtout un rôle clé dans la diffusion du matériel d'injection. En 2014, environ 6,8 millions de seringues ont été fournies par leur intermédiaire, dont les deux-tiers ont été ensuite récupérées par les équipes après usage. Concernant les modalités de distribution du matériel, près de huit seringues sur dix (79 %) ont été fournies par les équipes directement au contact des usagers de drogues et 6 % via des automates. Un peu plus de 400 000 seringues ont été diffusées aux usagers de drogues par ce moyen. La contribution des pharmacies partenaires des CAARUD (1 200 officines) s'élève à 13 % des seringues distribuées (soit environ 900 000). Cette offre de matériel est complétée par le matériel d'injection délivré par les autres dispositifs de RdRD. À titre de comparaison,

Tableau 1 - Mise à disposition du matériel de RdRD par l'intermédiaire des CAARUD en 2014

| Matériel d'injection | (en milliers d'unités) |
|--|------------------------|
| Seringues délivrées par le CAARUD à l'unité | 4 500 |
| Seringues délivrées par le CAARUD en kit* | 1 000 |
| Seringues distribuées par les pharmacies partenaires en kit* | 900 |
| Seringues délivrées via les automates du CAARUD en kit* | 400 |
| Nb total de seringues distribuées par l'intermédiaire du CAARUD | 6 800 |
| Nb de seringues récupérées par les CAARUD | 4 000 |
| Cupules stériles | 2 400 |
| Filtres stériles | 1 700 |
| Eau (fioles de 5 ml) | 2 600 |
| Tampons alcoolisés | 2 700 |
| Matériel de sniff | (en milliers d'unités) |
| Petits carnets de feuilles | 600 |
| Sérum physiologique | 100 |
| Autre matériel lié au sniff | 14 |
| Matériel pour inhalation | (en milliers d'unités) |
| Doseurs | 100 |
| Embouts | 50 |
| Filtres crack | 30 |
| Carnets de feuilles « alu » | 250 |
| Lames | 20 |
| Grilles | 1 |
| Kits | 10 |
| Matériel de prévention des infections sexuellement transmissibles - IST (en milliers d'unités) | |
| Préservatifs masculins | 900 |
| Préservatifs féminins | 40 |
| Gel lubrifiant | 300 |
| Autre matériel RdRD distribué | (en milliers d'unités) |
| Crèmes | 250 |
| Lingettes | 200 |
| Brochures, flyers (CAARUD) | 180 |
| Éthylotests | 60 |
| Brochures, flyers (pharmacies partenaires) | 40 |
| Bouchons à oreilles | 20 |

Note : les données contenues dans le tableau ont été arrondies. * En nombre de seringues (chaque kit comporte deux seringues)
Source : ASA-CAARUD 2014, OFDT, DGS

3. La médiane est une mesure de position qui décrit mieux que la moyenne la tendance centrale de la distribution lorsqu'il existe une grande dispersion entre les données collectées

en 2014, près de 500 000 seringues ont été diffusées par l'intermédiaire des automates hors réseau CAARUD [7], environ 400 000 unités ont été distribuées par les CSAPA [8] et près de 180 000 seringues ont été livrées par envoi postal par l'association SAFE [4]. En 2011, dernière année où des données sont disponibles, les ventes en pharmacie de Stéribox représentaient près de 4,5 millions de seringues (Siamois (InVS), données 2011)⁴.

Créer du lien et répondre aux besoins de première nécessité...

Les CAARUD accueillent des usagers de drogues souvent fortement désinsérés [1]. Pour les intervenants, l'un des défis majeurs consiste à établir un lien durable avec ces personnes. Instaurer une relation dans la durée se révèle particulièrement difficile avec certains publics en butte à une très forte instabilité liée à des conditions de vie et/ou de consommations spécifiques. En examinant les réponses relatives aux pratiques des intervenants, on constate que près de la moitié des actes réalisés (41 %) visent à créer ce lien avec les usagers, une activité particulièrement chronophage comparée à d'autres actes. La réponse aux besoins les plus élémentaires (hygiène de base) représente près d'un quart des actes effectués (22 %) et témoigne de conditions de vie dégradées. Au cœur de la mission de prévention des maladies infectieuses, les actes visant la réduction des risques liés à l'usage de drogues et à la sexualité mobilisent aussi fortement les professionnels des structures (19 % des actes réalisés). Toutefois, l'accès au dépistage de ces maladies et aux vaccinations occupe une place très marginale dans les interventions (1,4 %).

... devant l'accompagnement à visée thérapeutique

Une partie des usagers sont accompagnés dans leurs démarches administratives en vue de rétablir ou de maintenir leurs droits sociaux, de chercher un logement ou de mettre en place un projet d'insertion professionnelle (recherche de formation ou d'emploi). Ces activités d'accompagnement à caractère social représentent 9 % des interventions réalisées par les structures, mais peuvent être proportionnellement plus consommatrices de temps. Elles arrivent largement devant l'accompagnement des usagers vers les services proposant des médicaments de substitution aux opiacés (MSO) et des traitements du VIH et des hépatites (1,4 % de l'activité). La délivrance de soins généralistes (infirmiers et dentistes principalement) compte pour 4,6 % de leur activité.

Les modalités pratiques d'intervention sont assez homogènes. L'entretien individuel se révèle de très loin la pratique la plus habituelle (99 %), alors qu'un peu plus d'un tiers des structures réunissent des groupes d'entraide et d'autosupport (37 %). Près de neuf CAARUD sur dix (87 %) proposent des ateliers (photo, théâtre, journal). En complément des activités d'accueil, d'accompagnement et d'orientation, les équipes peuvent également intervenir à l'occasion de manifestations musicales (teknival, festival, concert) auprès des publics fréquentant l'espace festif. En 2014, sept structures sur dix (69 %) ont assuré ce type d'intervention, réalisant en moyenne neuf sorties par an, mais, parmi elles, un tiers des structures (36 %) a réalisé au maximum trois sorties dans l'année. Par ailleurs, les professionnels se consacrent également à favoriser l'acceptation de ces lieux de RdRD au quotidien auprès des autorités locales (85 % des structures), des riverains (75 % des structures) et de la police (65 % des structures). Près de neuf structures sur dix rencontrent des partenaires du réseau sanitaire afin de faciliter les orientations vers la médecine de ville et l'implication des pharmacies dans les programmes d'échanges de seringues (PES).

■ Conclusion

L'analyse des rapports d'activité 2014 des CAARUD permet d'apporter pour la première fois depuis la mise en place de cet outil de suivi une vision exhaustive de la couverture géographique du dispositif, des moyens déployés et de la capacité d'intervention des structures. Les CAARUD occupent une position centrale dans la diffusion de matériel de prévention, délivrant à eux seuls plus de la moitié (55%) des seringues aux usagers injecteurs. Même si les besoins réels des usagers de drogue sont difficilement objectivables, la disparité de situations est frappante : implantation des CAARUD limitée aux villes de grande taille, horaires peu homogènes et parfois assez restreints, très faible présence du public féminin. Alors que les missions des CAARUD sont partout les mêmes, la petite taille de l'équipe dans certaines structures ainsi que l'absence ou la présence inégale de qualifications professionnelles spécifiques dans une bonne partie d'entre elles interrogent la possibilité pour les usagers d'accéder à la même offre de RdRD.

Autre élément marquant issu de l'analyse de 2014, l'importance des nouveaux usagers vus chaque année (un tiers de la file active en moyenne)

Améliorer l'offre de matériel d'injection : une expérimentation de nouveaux kits dans les CAARUD

Le contenu des trousse de réduction des risques destinées aux usagers de drogues par voie intraveineuse n'a pas évolué depuis 1998. L'accumulation de connaissances scientifiques témoigne pourtant de l'existence de matériel plus sûr et plus efficace pour réduire les risques infectieux, fongiques et bactériens que celui mis à disposition actuellement [9-16]. Par ailleurs, les changements dans les pratiques d'injection (injection de médicaments et de nouveaux produits de synthèse notamment) soulèvent la question de l'adéquation des trousse existantes avec les besoins en matière de RdRD. Dans ce contexte, la Direction générale de la santé a lancé l'expérimentation de deux nouvelles trousse de prévention destinées aux usagers injecteurs dont les composants constituent une avancée en termes de réduction des risques : les Kits EXPER' 1 ml et 2 ml. Elle a été conduite dans quatre CAARUD – le CEID à Bordeaux, Ruptures à Lyon, l'Acothé à Nantes et Gaïa à Paris – ainsi qu'auprès de la file active du programme de réduction des risques à distance piloté par l'association SAFE à Paris. Un matériel efficace en termes de réduction des risques mais contraire aux attentes des usagers n'est pas utilisé [17]. Aussi, l'OFDT a conduit une évaluation pour apprécier l'acceptabilité des nouveaux matériels diffusés auprès des usagers [18]. Des entretiens semi-directifs approfondis ont été réalisés auprès de 52 usagers ayant testé les nouveaux outils et les échanges informels réalisés au cours des investigations ethnographiques sur site ont permis de recueillir l'avis de 150 usagers supplémentaires. Au vu des résultats, il apparaît que le filtre toupie (filtre à membrane 0,22 µ) est au cœur de l'acceptabilité des nouveaux kits. Introduit dans les boîtes pour ses plus grandes performances, le filtre toupie a été adopté par la moitié des usagers interrogés. En nombre égal, les adeptes du filtre et ses détracteurs présentent des profils homogènes en termes d'âge, de sexe, d'activité, de conditions de logement et de parcours de consommation. L'acceptation du filtre par les usagers est conditionnée par quatre critères clés : sa maniabilité, la vitesse de filtration, la conservation du produit et la recherche de sensations. Les bénéfices sanitaires du filtre sont connus par les usagers mais ne sont pas suffisants pour inciter à un changement de pratique s'ils ont des difficultés à manipuler le filtre ou la crainte de perdre du produit ou du plaisir. Faciliter l'appropriation du nouveau filtre implique d'emporter la conviction des usagers en partant des critères qui sont prioritaires pour eux et de les former à sa manipulation. La mobilisation des pairs dans le cadre de formations à son utilisation est un vecteur important de changement de pratiques : le partage d'expérience et de savoirs profanes donne à leur intervention une force de conviction qui a plus d'impact sur les usagers que la seule parole des professionnels des structures [6].

4. Enfin, les pharmacies non partenaires peuvent également délivrer de seringues à l'unité. Cependant, ces chiffres ne sont pas disponibles.

suggère l'ampleur des besoins des populations. Le temps consacré par les équipes à l'établissement d'un lien, leur mobilisation autour des prestations de premier recours et d'accès aux droits sociaux témoignent de l'importance des difficultés liées à la grande précarité d'une partie du public.

Les besoins des usagers ne sont sans doute pas identiques sur l'ensemble du territoire, mais un certain nombre de données et d'éléments qualitatifs donnent à penser que l'accès à l'offre de RdRD mériterait d'être renforcé, en particulier dans l'espace rural, semi-rural, dans certains lieux de vie (squats),

en milieu carcéral ainsi qu'à destination des femmes. Rappelons que le recours aux autres acteurs du maillage territorial (pharmacie de proximité, par exemple) est parfois compromis, du fait d'un anonymat difficile à préserver.

L'analyse des activités rapportées par les CAARUD [2], fortement mobilisés par des publics socialement désinsérés et en constant renouvellement, indique le bien-fondé d'une telle offre à destination des usagers de drogues.

Elle pointe également les limites du soutien que les équipes sont en mesure de fournir à des populations très vulnérables [3].

Bibliographie

1. CADET-TAÏROU A., SAÏD S. et MARTINEZ M., « Profils et pratiques des usagers des CAARUD en 2012 », *Tendances*, OFDT, n° 98, 2015, 8 p.
2. OFDT et DGS, Actes de la journée CAARUD 10 ans, Saint-Denis, OFDT, 2015, 50 p.
3. GANDILHON M. et CADET-TAÏROU A., « Les usages de drogues en espace rural. Populations, marchés, réponse publique », *Tendances*, OFDT, n° 104, 2015, 4 p.
4. DUPLESSY C. et POURCHON F., *Bilan de 3 ans d'expérimentation de la réduction des risques à distance (2011-2014)*, Paris, Association SAFE, 2015, 44 p.
5. Association SAFE, *Réduction des risques à distance. Résultats en régions pour l'année 2015*, 2016, 4 p.
6. FFA, 1^{re} Audition publique 2.0 « La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives ». Rapport d'orientation et recommandations de la Commission d'audition, Paris, Fédération Française d'Addictologie (FFA), 2016, 19 p.
7. DUPLESSY C., *Rapport d'activité 2014*, Paris, Association SAFE, 2015, 61 p.
8. PALLE C. et RATTANATRAY M., *Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie en 2014. Situation en 2014 et évolutions sur la période 2005-2014*, Saint-Denis, OFDT, à paraître.
9. CAFLISCH C., WANG J. et ZBINDEN R., « The role of syringe filters in harm reduction among injection drug users », *American Journal of Public Health*, Vol. 89, n° 8, 1999, pp. 1252-1254.
10. JAUFFRET-ROUSTIDE M., BENOIT T. et SANTOS A., *Évaluation des outils de réduction des risques liés à l'injection*, Cermes3 (Inserm U988) ; InVS, 2013, 238 p.
11. MORISSETTE C., COX J., DE P., TREMBLAY C., ROY E., ALLARD R., STEPHENSON R. et GRAVES L., « Minimal uptake of sterile drug preparation equipment in a predominantly cocaine injecting population: implications for HIV and hepatitis C prevention », *International Journal of Drug Policy*, Vol. 18, n° 3, 2007, pp. 204-212.
12. NÉFAU T., PÉCHINÉ S., DUPLESSY C. et BARA J.-L., « Efficacité comparée des dispositifs de filtration pour lutter contre les contaminations bactériennes et fongiques chez les usagers de drogues par voie intraveineuse », *Le Courrier des Addictions*, Vol. 15, n° 4, 2013, pp. 20-21.
13. SCOTT J., *Investigation into the effectiveness of filters used to prepare injections made with Subutex tablets*, University of Bath, Department of Pharmacy and Pharmacology, 2002, 31 p.
14. SCOTT J., « Laboratory study of the effectiveness of filters used by heroin injectors », *Journal of Substance Use*, Vol. 10, n° 5, 2005, pp. 293-301.
15. SCOTT J., KENNEDY E.J., WINFIELD A.J. et BOND C., « Investigation into the effectiveness of filters for use by intravenous drug users », *International Journal of Drug Policy*, Vol. 9, n° 3, 1998, pp. 181-186.
16. ZULE W.A. et DESMOND D.P., « Various types of injection equipment and risk of HIV infection », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, Vol. 16, n° 4, 1997, pp. 309.
17. BEN LAKHDAR C., MILHET M. et DIAZ GOMEZ C., *Réduction des risques : transmission du VHC, efficacité des outils et acceptabilité par les usagers - Revues de littérature*, Saint-Denis, OFDT, 2008, 76 p.
18. MILHET M., *Évaluation de l'acceptabilité des kits EXPER[®] par les usagers de drogues*, Saint-Denis, OFDT, 2016, 50 p.
19. CHALUMEAU M., STAWINSKI A., TOUFIK A. et CADET-TAÏROU A., *Les CAARUD en 2006 et 2007. Analyse nationale des rapports d'activité*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 21 p.
20. CHALUMEAU M., *Les CAARUD en 2008. Analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 21 p.
21. CADET-TAÏROU A. et DAMBÉLÉ S., *Les CAARUD en 2010. Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD*, Saint-Denis, OFDT, 2014, 51 p.
22. DIAZ GOMEZ C., *Les CAARUD en 2014. Analyse des rapports d'activité annuels standardisés ASA-CAARUD*, Saint-Denis, OFDT, à paraître.

répères méthodologiques

Les résultats présentés dans ce numéro de *Tendances* proviennent de l'exploitation des rapports d'activité standardisés annuels des CAARUD mis en place par la DGS afin d'assurer le suivi et l'évaluation du dispositif à l'échelle nationale. Depuis 2006, l'OFDT analyse annuellement les données collectées [19-22]. En 2009, le questionnaire a été révisé afin d'améliorer le recueil d'informations en tirant les enseignements des trois premières années d'analyse. Le module actuel est issu d'une réflexion commune menée à l'initiative de l'Association française pour la réduction des risques liés à l'usage de drogues (AFR) en collaboration avec l'OFDT et les autorités sanitaires. Les réponses sont recueillies sur support électronique. Les analyses sont réalisées sur SPSS 19. Pour la première fois, l'exploitation des données de 2014 porte sur la totalité des CAARUD en France. Les évolutions d'une année sur l'autre n'ont pas pu être traitées, compte tenu de la faible comparabilité des données avec les éditions précédentes.

références réglementaires

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF* n° 22 du 27 janvier 2016 (NOR AFSX1418355L).
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, *JORF* n° 185 du 11 août 2004 (NOR SANX0300055L).
- Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le Code de la santé publique, *JORF* n° 88 du 15 avril 2005 (NOR SANP0521129D).
- 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), *JORF* n° 297 du 22 décembre 2005 (NOR SANP0524015D).
- Circulaire n° 2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'Assurance-maladie, *BO Santé* n° 2006/2 du 15 mars 2006 (NOR SANP0630016C).
- Arrêté du 16 janvier 2006 fixant le rapport d'activité type des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, *JORF* n° 29 du 3 février 2006 (NOR SANP0620349A).

Remerciements

Remerciements à l'ensemble des intervenants des CAARUD et aux ARS pour le temps qu'ils ont consacré à la collecte des données et à leur mise à disposition. Remerciements particuliers à la DGS pour son soutien financier et à Pierre-Yves Bello et Malisa Rattanatray pour leur précieuse contribution au suivi du dispositif. Des remerciements particuliers également à Anne de l'Épervier, Thibault Gauduchon et Eric Janssen (OFDT).

tendances

Directeur de la publication
François Beck

Comité de rédaction
Henri Bergeron, Emmanuelle Godeau, Bruno Falissard,
Aurélien Mayet, Isabelle Varescon, Frank Zobel

Rédactrice en chef
Julie-Émilie Adès

Infographiste / Frédérique Million

Documentation / Isabelle Michot

Observatoire français des drogues
et des toxicomanies
3, avenue du Stade-de-France
93218 Saint-Denis La Plaine cedex
Tél. : 01 41 62 77 16 / Fax : 01 41 62 77 00
e-mail : ofdt@ofdt.fr



www.ofdt.fr