



ASSOCIATION RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE  
PAR DECRET DU 14.01.1990

## LE DISPOSITIF NATIONAL DE REDUCTION DES RISQUES

- ENQUETE INTER-ASSOCIATIVE -

Coordination : SAFE

En partenariat avec :

L'ANIT  
L'AFR  
AIDES  
L'ANPREF  
MEDECINS DU MONDE

**JUIN 2007**

**Association SAFE**

11 avenue de la Porte de la Plaine – 75015 Paris

Tél. : 01 40 09 04 45 – fax : 01 40 09 08 81 – [contact@safe.asso.fr](mailto:contact@safe.asso.fr)

## PREAMBULE

L'enquête inter-associative 2006, réalisée avec le soutien de la Direction Générale de la Santé, a été coordonnée par l'association SAFE, en partenariat avec l'ensemble des associations « têtes de réseau » impliquées dans le champ de la RDR : AIDES, ANIT, AFR, MEDECINS DU MONDE, ANPREF ; l'ANPAA a également facilité la diffusion du questionnaire auprès de ses adhérents.

## REMERCIEMENTS

Nous remercions vivement l'ensemble des collègues qui ont dû prendre un temps précieux pour répondre à cette enquête. Exercice rendu fastidieux par la multiplication des documents administratifs de même nature que chacune de nos organisations se doit de fournir aux tutelles ou aux financeurs. Nous espérons néanmoins que les résultats de ce travail leur sera utile et qu'il permettra également de valoriser l'ensemble des structures et des actions de réduction des risques.

Nous tenons également à remercier Martine LACOSTE<sup>1</sup> et Karlheinz CERNY<sup>2</sup> (commission "Réduction des risques" de l'ANIT) pour leur implication dans la réalisation de l'étude et l'analyse des données aux côtés de Catherine DUPLESSY-GARSON, directrice de l'association SAFE, qui en a aussi assuré la coordination.

Le Président de l'association SAFE,  
Jean-Louis BARA

---

<sup>1</sup> Association Clémence Isaure - Toulouse  
<sup>2</sup> Association ADNSEA - Lille

# SOMMAIRE

---

<b>Préambule, remerciements</b>	page 2
<b>Index des cartes, tableaux et graphiques</b>	page 4
Glossaire des <b>sigles utilisés</b>	page 5
<b>Contexte et objectifs de l'enquête</b>	page 6
<b>Méthodologie</b>	page 8
<b>Partie I : Profil et évolution des structures de RDR</b>	
I.1. Typologie des structures (soin / hors soin)	page 9
I.2. Mission d'origine des structures	page 10
I.3. Répartition géographique des structures RDR	page 11
Les départements sans structures RDR identifiées	page 12
I.4. Institutionnalisation du dispositif	
a) la création des CAARUD	page 13
b) l'implantation géographique des CAARUD	page 14
c) l'accès aux seringues dans les départements sans CAARUD	page 15
<b>Partie II : Couverture territoriale</b>	
II.1. Les communes bénéficiaires de prestations RDR	page 16
II.2. Ecart avec les objectifs de la MILDT	page 18
<b>Partie III : les bénéficiaires des structures de RDR</b>	
III.1. File active	page 20
III.2. Fréquentation des structures / passages	page 22
III.3. Contacts en milieu festif	page 23
<b>Partie IV : les actions réalisées par les structures de RDR</b>	
IV.1. Synthèse des différentes prestations	page 23
IV.2. Le dépistage des maladies infectieuses	page 24
IV.3. L'échange de seringues (réseau associatif)	page 25
Vente en officine / distribution associative (2004-2005)	page 26
IV.4. Les autres matériels de prévention diffusés	page 28
IV.5. Les interventions en milieu festif	page 29
IV.6. L'hébergement	page 29
<b>Partie V : le personnel des structures de RDR</b>	page 30
<b>Conclusion</b>	page 32
<b>Recommandations</b>	page 37
<b>Synthèse des recommandations</b>	page 39

## INDEX DES CARTES, TABLEAUX ET GRAPHIQUES

---

### CARTES

Carte n°1 :	répartition des CAARUD par région	page 4
Carte n°2 :	répartition des CAARUD par département	page 4
Carte n°3 :	nombre de structures par département	page 11
Carte n°4 :	nombre de communes où sont réalisées des actions de RDR (par région)	page 16
Carte n°5 :	nombre de villes dotées d'actions de RDR comprenant l'accueil	page 17
Carte n°6 :	nombre de villes dotées d'un Programme d'Echange de Seringues sans accueil	page 17
Carte n°7 :	file active par région	page 21
Carte n°8 :	diffusion de seringues (par région)	page 28
Carte n°9 :	diffusion de kits crack (par région)	page 29

### TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Graphique de la répartition des structures par type	page 8
Tableau et graphique de la mise en œuvre des CAARUD	page 13
Graphique de la répartition des structures selon leur mission d'origine	page 12
Tableau de l'accès aux seringues dans les départements sans CAARUD	page 15
Tableau de la couverture territoriale	page 18
Tableau des prestations proposées	page 23
Tableau des actions de dépistage réalisées	page 24
Tableau de synthèse de l'activité des Programmes d'échange de seringues	page 25
Tableau du cumul de la distribution de seringues par le réseau associatif et la vente en officine (2004-2005)	page 26
Tableau présentant l'activité d'hébergement	page 29
Tableau présentant les personnels de la RDR	page 30

## GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES

---

<b>A.F.R.</b>	Association Française pour la Réduction des Risques
<b>ANIT</b>	Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie
<b>ANPAA</b>	Association Nationale pour la Prévention en Alcoologie et Addictologie
<b>ANPREF</b>	Association Nationale de Prévention et de Réduction des risques en Espaces Festifs
<b>CAARUD</b>	Centre d'Accueil et d'Accompagnement pour la Réduction des Risques auprès des Usagers de Drogues
<b>CCAA</b>	Centre de Consultation en Alcoologie Ambulatoire
<b>CROSMS</b>	Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale
<b>CSAPA</b>	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
<b>CSST</b>	Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie
<b>ETP</b>	Equivalent Temps Plein
<b>MILDT</b>	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
<b>PES</b>	Programme d'Echange de Seringues
<b>RDR</b>	Réduction des Risques

## CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ENQUETE

### **1. Les attaques contre le dispositif de RDR**

Des attaques ont été lancées contre la politique de RDR, qui dénonçaient celle-ci comme une politique de « facilitation de l'usage » plus que de l'incitation aux soins.

*Objectif : Evaluer la fonction de facilitation d'accès aux prestations sanitaires et sociales des dispositifs de RDR*

Les items retenus pour cette évaluation sont :

- i. Mesurer le nombre de structures proposant des activités sanitaires et sociales sur place et des accompagnements.
- ii. Mesurer le nombre de dispositifs de RDR gérés par des associations ayant aussi des missions de soins en addictologie (CSST, CCAA, Hôpitaux,...).
- iii. Mesure de la salubrité publique par le taux de collecte de matériel usagé.

### **2. L'institutionnalisation**

Suite à la loi de santé publique du 09/08/2004 les dispositifs de RDR doivent obtenir une autorisation en CROSMS qui impliquera un financement par l'Etat. Les réseaux souhaitent avoir une mesure de cette évolution tant sur le plan des agréments (ou de leurs difficultés) que de l'état des reprises de financements (dont les financements autres que de l'Etat)

*Objectifs :*

*a. Réaliser une photo à l'instant T de la situation des CAARUD (missions/moyens)*

*b. Mesurer l'évolution des dispositifs entre 2003 et 2005*

*c. Mesurer la réussite de l'institutionnalisation*

Les items retenus pour la mesure de la réussite de l'institutionnalisation sont :

- proportion de la file active suivie dans les CAARUD
- proportion du matériel de prévention donnée dans les CAARUD
- couverture territoriale par les CAARUD

### **3. Au regard de la lutte contre les maladies infectieuses**

Nous assistons à une évolution alarmante des contaminations par le VHC qui nécessite une remobilisation du dispositif de RDR, à la fois pour réduire le nombre de nouvelles contaminations et pour favoriser l'accès au dépistage et aux traitements. Le dispositif doit renforcer les messages de prévention, notamment sur le partage et la réutilisation du petit matériel servant à la préparation des injections et mettre en place des protocoles de dépistage et d'accès aux soins.

*Objectif : mesurer la capacité du dispositif à se mobiliser dans la lutte contre le VHC*

Les items d'enquête retenus sont :

- i. l'adéquation entre le nombre de seringues distribuées et le petit matériel servant à la préparation de l'injection ;
- ii. le nombre de lieux proposant le dépistage sanguin sur place ou en accompagnement ;
- iii. le nombre de lieux proposant le dépistage avancé par buvard ou salivette ;
- iv. le nombre d'équipes ayant obtenu les moyens de pratiquer le dépistage avancé ;
- v. la capacité d'hébergement de toxicomanes actifs – en posant le principe qu'une partie des places d'hébergement pour toxicomanes actifs est réservée pour permettre l'accès au traitement du VHC.

### **4. La question de la territorialité**

Depuis plus de 10 ans, les associations demandaient une plus grande proximité pour l'accès au matériel de prévention, ainsi qu'une égalité sur le territoire et une implantation rurale adaptée.

La proposition est d'ailleurs reprise par la circulaire DGS de 1998 pour les agglomérations de plus de 40000 habitants.

*Objectifs :*

- a. Mesurer la couverture territoriale dans les communes de plus de 40000 habitants.*
- b. Mesurer la couverture sur tout le territoire pour l'accès simple au matériel de prévention.*
- c. Mesurer la couverture sur tout le territoire pour l'accès aux équipes de RDR.*

### **5. La mesure des pratiques d'injection est sujette à controverse selon les observateurs**

Il n'existe pas, jusqu'à présent, de mesure nationale de la distribution de seringues par les acteurs de la RDR (les observations concernent exclusivement la vente en pharmacie). Il s'agit de mieux connaître ces pratiques à partir des éléments objectivables recueillis par les acteurs de terrain.

*Objectifs :*

- a. Mesurer la distribution de seringues par les structures de RDR.*
- b. Mesurer l'évolution de la distribution de seringues entre 2004 et 2005.*
- c. Rapprocher les données de distribution par les dispositifs RDR et la délivrance en pharmacie.*

### **6. Les files actives**

On sait que de nombreux usagers de drogues ne fréquentent pas encore le dispositif de soins. On sait que bon nombre d'entre eux sont dans des situations de grande précarité. On sait enfin que les missions de contact de la RDR vont faire entrer les personnes dans un processus d'insertion, car c'est un vecteur d'inclusion sociale.

*Objectifs :*

- a. Mesurer le nombre d'usagers rencontrés sur le territoire national.*
- b. Mesurer la complémentarité des modes de contacts dans la constitution de la file active.*

Les items de mesure sont :

- i. file active en accueil fixe.
- ii. file active en accueil mobile.
- iii. file active en milieu festif.

### **7. Les missions des structures de RDR**

La RDR a longtemps été considérée comme une activité centrée sur l'accès au matériel de prévention. Pour autant, le décret fixant les missions des CAARUD présente un champ d'activités obligatoires diversifié.

*Objectifs :*

- mesurer la diversité des actions réalisées par les CAARUD et non CAARUD ;*
- identifier la réalisation d'actions expérimentales.*

### **8. Les équipes de RDR et leur professionnalisation**

Avec la création des CAARUD est posée la question de la professionnalisation des équipes.

*Objectifs :*

- évaluer la quantité de personnels impliquée dans le champ de la RDR ;*
- évaluer la quantité de personnels concernée par l'impératif de professionnalisation ;*
- vérifier la cohérence du personnel en présence avec le nombre de missions obligatoires fixées par décret.*

## METHODOLOGIE

Le questionnaire d'enquête a été rédigé et validé par les associations « têtes de réseau » partenaires.

Il a été adressé en direction de 500 services :

associatifs, hospitaliers ou municipaux, assurément ou possiblement impliqués dans le champ de la réduction des risques.

Les destinataires de l'enquête ont été ciblés :

- selon les résultats de l'enquête SAFE / AFR réalisée en 2004 qui recensait les acteurs de la RDR (qui incluait les structures citées par les DDASS, les gestionnaires d'automates d'échange de seringues et les associations figurant dans l'annuaire de DATIS ayant répondu à l'AFR) ;
- selon l'annuaire actuel de DATIS (CSST et autres services de RDR).

Des relances ont été organisées avec les organisations « têtes de réseau » :

- les sièges de AIDES et Médecins du Monde ont relancé leurs antennes ;
- l'ANPAA et l'ANPREF ont relancé l'ensemble de leurs adhérents ;
- l'ANIT a relancé ses adhérents et fait vérifier par ses coordinateurs régionaux la réalisation ou non d'une action de RDR dans l'ensemble des CSST de chaque secteur : au total, 63 CSST ont déclaré une activité de RDR sur les 250 existant.
- SAFE a relancé les DDASS des départements sans structure RDR identifiée.

Les réponses ont été recueillies entre octobre 2006 et mars 2007.

Au final,

230 questionnaires ont été retournés

**213 ont été retenus**

17 n'ont pas été pris en compte car ils ne faisaient état d'aucune activité de réduction des risques identifiable.

## I- PROFIL ET EVOLUTION DES STRUCTURES DE RDR

Compte tenu de la diversité des statuts et forme juridique des répondants, nous avons choisi d'appeler « structure » chaque établissement ou service ou organisme qui déclare réaliser une action de réduction des risques.

### I.1.TYPOLOGIE DES STRUCTURES (N=213)

Nous avons choisi de classer les structures selon 3 catégories possibles : celles issues « du soin », celles dépendant d'un service municipal et celles issues d'associations d'autres types. La répartition des structures se présente comme suit :

**a) Structures associatives hors secteur de soin: N = 115**

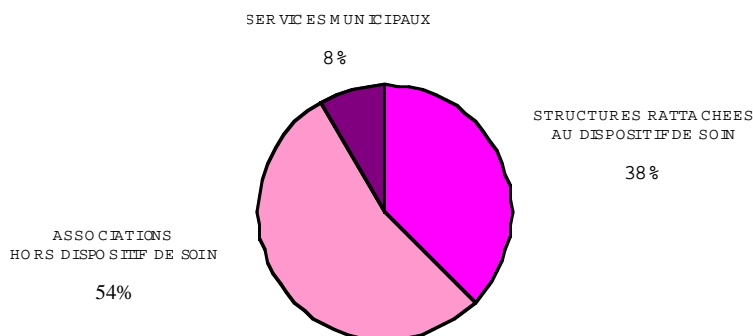
RDR réalisée dans le cadre d'un CAARUD: N = 68  
RDR réalisée hors cadre d'un CAARUD: N = 47

**b) Structures ou services liés au secteur de soin : N = 80**

RDR réalisée dans le cadre d'un CAARUD : N = 46  
RDR réalisée hors cadre d'un CAARUD : N = 34

**c) Communes et services municipaux : N = 18**

Graphique n°1 : répartition des structures par type



**La majorité des structures réalisant des actions de RDR sont des associations indépendantes du secteur du soin.**

**Cependant les CSST, CCAA et services hospitaliers représentent plus du tiers du dispositif.**

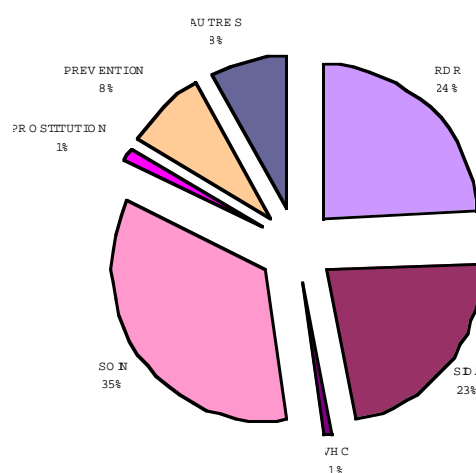
**Enfin, les services municipaux représentent 8% de ce dispositif, essentiellement par leur implication dans la gestion d'automates distributeurs de seringues.**

Cette répartition ne présente pas de variation par rapport à l'enquête réalisée en 2003/2004.

## I.2. MISSION D'ORIGINE DES 213 STRUCTURES RETENUES

Nous avons recherché le secteur d'activité d'origine des structures intervenant dans le champ de la réduction des risques, car pour une majorité d'entre elles, les actions de réduction des risques ne constituent ni leur mission initiale ni leur mission principale.

Graphique n°2 : répartition des structures selon leur mission d'origine



**- 1/3 des structures sont issues du soin, la plupart étant des services liés à des CSST.**

Sur les 73 structures revendiquant le « soin » comme mission d'origine, 64 sont des CSST, 3 des CCAA et 6 sont des services hospitaliers.

**- 1/4 du dispositif a été spécifiquement créé pour intervenir dans le champ de la RDR.**

**- 1/4 des structures sont issues de la lutte contre le SIDA.**

Il s'agit essentiellement (mais pas exclusivement) des antennes du réseau AIDES ;

- 8% sont issues de la prévention, 8% « autres » sont des services municipaux, 1% viennent de la lutte contre le VHC et 1% de l'aide aux personnes prostituées.

### I.3. REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES STRUCTURES DE RDR

#### a) Distribution régionale

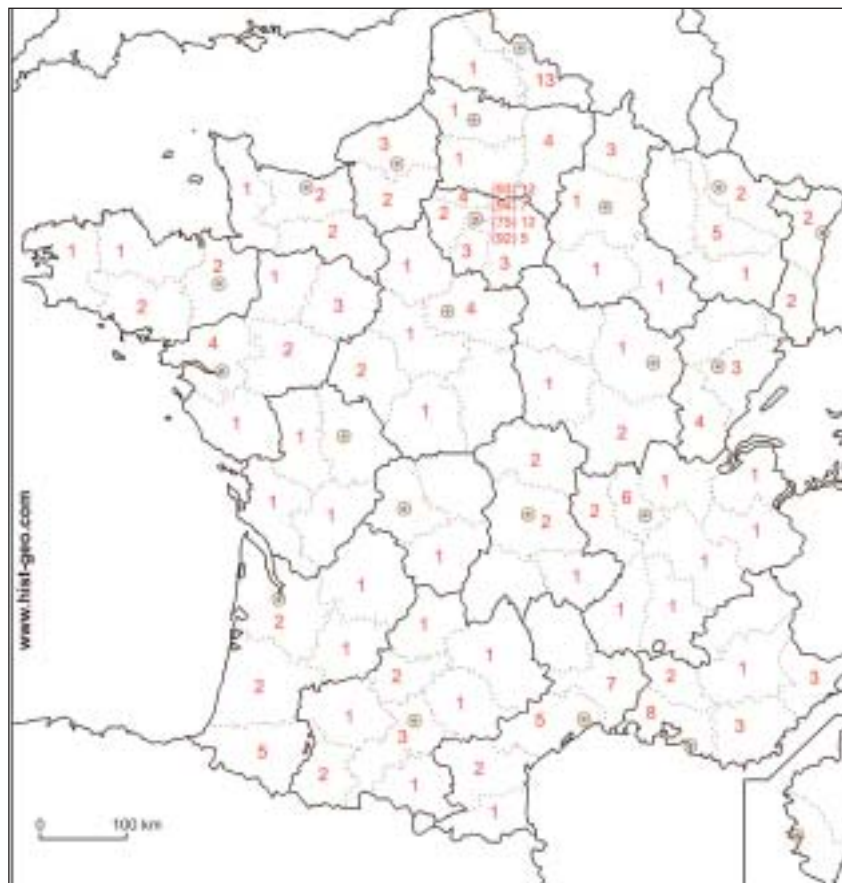
Parmi les 213 structures prises en compte dans cette enquête, 211 sont localisées en métropole et 2 dans les départements d’Outre-Mer (Réunion et Martinique).  
Les 211 structures de métropole sont réparties sur l’ensemble des régions à l’exception de la Corse.

	NOMBRE DE REGIONS
1 A 5 STRUCTURES	7
6 A 10 STRUCTURES	6
11 A 20 STRUCTURES	7
> 20 STRUCTURES	1

#### b) Distribution départementale

Les réponses que nous avons collectées proviennent de 83 départements de métropole et 2 départements d’Outre-mer ; la répartition des structures par département est présentée dans le tableau et la carte ci-dessous :

NOMBRE DE STRUCTURES	NOMBRE DE DEPARTEMENTS	POURCENTAGE
AUCUNE STRUCTURE	13	13,5 %
1 STRUCTURE	39	38,5 %
2 A 3 STRUCTURES	30	31,3 %
4 A 5 STRUCTURES	9	9,4 %
PLUS DE 5 STRUCTURES	7	7,3 %



**Carte n°3 :**  
Nombre de structures recensées par département  
(CAARUD et non CAARUD)

1/3 des départements ont une seule structure

2/3 des départements ont 2 ou 3 structures

13 départements n'ont aucune structure recensée

**c) Relance des DDASS des 13 départements sans structure RDR identifiée :**

13 départements n'ont renvoyé aucune donnée (Corse A et B, Hautes-Alpes, Lozère, Cantal, Creuse, Haute-Vienne, Vienne, Cher, Yonne, Haute-Saône, Meuse et Territoire de Belfort).

Pour autant, nous ne pouvons pas conclure à l'absence d'action de réduction des risques dans l'ensemble de ces départements. Aussi, nous avons interrogé les 13 DDASS concernées et nous indiquons leurs réponses dans le tableau suivant.

<b>DEPARTEMENT</b>	<b>INFORMATION COMMUNIQUEE PAR LA DDASS</b>
CORSE DU SUD	La DDASS ne sait pas.
HAUTE-CORSE	Il n'y a pas d'association de RDR, pas de PES. Le seul interlocuteur vers qui on nous renvoie est le CSST de Bastia.
HAUTES-ALPES (PACA)	Il n'y a pas d'association de RDR. AIDES diffuserait un peu de matériels, sans qu'un programme soit officialisé. Une évaluation des besoins est nécessaire, notamment à Gap où se pose un problème de gestion des DASRI. La rigidité des municipalités est un obstacle.
LOZERE (Languedoc-roussillon)	La DDASS ne sait pas et évoque la possibilité que l'ANPAA fasse quelque chose.
CANTAL (Auvergne)	L'interlocuteur informé n'était pas disponible. Le CSST APT, l'ANPAA et AIDES réalisent des actions de RDR sur Aurillac ; la DDASS aurait souhaité qu'un CAARUD soit créé mais cela lui a été refusé.
CREUSE (Limousin)	Il n'y a pas de CAARUD, pas d'action de RDR permanente. AIDES 87 et Entraide SIDA Limousin interviennent ponctuellement sur les concerts.
HAUTE-VIENNE (Limousin)	AIDES et Entraide SIDA Limousin interviennent sur Limoges. Alors que la DDASS pense qu'un CAARUD est nécessaire, il n'y a pas eu de création, au motif que le département n'est pas prioritaire.
VIENNE (Poitou-charentes)	Il existe une association intervenant en milieu festif (Ekinox).
TERRITOIRE DE BELFORT (Franche-Comté)	Une action comprenant accueil, PES, PES en pharmacie est gérée par ALTAU LE RELAIS, sur un financement réseau (DRDR) jusqu'à maintenant (pas encore un CAARUD).
HAUTE SAONE (Franche-Comté)	Il n'y a pas de CAARUD dans le département et a priori pas de RDR non plus.
MEUSE (Lorraine)	Il n'y a pas d'association de RDR. La DDASS avait demandé la création d'un CAARUD qui devait être porté par le CHRIS, en lien avec AIDES, mais cela a été <b>refusé. Depuis la délégation départementale de AIDES a fermé, le besoin est pourtant toujours là.</b>
YONNE (Bourgogne)	<b>Il existe un programme d'échange de seringues en pharmacies porté par l'ANPAA et qui concerne 5 pharmacies de l'Auxerrois. Il y avait un projet d'automates à Sens, la machine est stockée par les services techniques de la Ville et le CDPAT réfléchit à son implantation.</b>
CHER (Centre)	<b>Il n'y a pas d'association de RDR dans le département.</b>

## I.4. L'INSTITUTIONNALISATION DU DISPOSITIF

### a/ La transformation des structures en établissement médico-social CAARUD

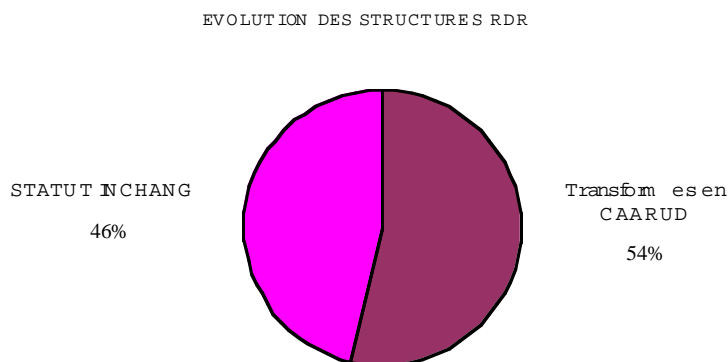
(Centre d'Accueil et d'Accompagnement pour la Réduction des Risques auprès des Usagers de Drogues)

Parmi les 213 structures retenues dans l'enquête:

114 sont devenues des CAARUD.

99 ne sont pas devenues des CAARUD mais quelques unes d'entre elles pourraient le devenir en 2007.

Graphique n°3 : mise en œuvre des CAARUD en 2006



**La majorité des structures réalisant des actions de réduction des risques ont obtenu le statut CAARUD, mais la part de celles n'ayant pas bénéficié de l'institutionnalisation reste importante puisqu'elle atteint 46%.  
Cependant, toutes n'ont pas vocation à devenir des CAARUD.**

Il semble que les structures rattachées au dispositif de soin aient davantage bénéficié de l'institutionnalisation du dispositif :

	Nombre de structures	%
CAARUD rattaché à STRUCTURES DE SOIN	46	57,5%
NON CAARUD rattaché à STRUCTURES DE SOIN	34	42,5 %
CAARUD hors STRUCTURES DE SOINS	68	51,13 %
NON CAARUD hors STRUCTURES DE SOINS	65	48,87 %

### Avis des CROSMS, autorisations et recommandations

La grande majorité des CAARUD a été autorisée pour 3 ans mais quelques uns ont été autorisés pour 15 ans (5 structures).

Les recommandations formulées par les CROSMS concernent toujours les deux mêmes thématiques à savoir :

- la mise en œuvre de l'évaluation interne ;
- la mise en place de conventions.



### c) L'accès aux seringues dans les départements sans CAARUD (données 2005)

Le tableau ci-dessous indique le nombre de seringues diffusées dans les 33 départements non pourvus de CAARUD, soit un total de **1 073 212 seringues**.

Ce tableau montre qu'il n'y a pas toujours de concordance entre la création de CAARUD et les besoins estimés à partir des indicateurs de vente et de distributions de seringues.

On relève ainsi l'exemple du département des Vosges qui se classe au premier rang pour le nombre de stéribox achetés rapporté à la population âgée de 20 à 39 ans. (Figurent en rouge les départements où on relève l'importance du nombre de stéribox vendus par rapport à la population âgée de 20 à 39 ans.)

DEPARTEMENT		Nombre seringues données par les PES	Nombre seringues vendues en pharmacies dans stéribox*	Rang (classement du département / à l'ensemble des départements) **
1	AIN	0	44 914	38
2	AISNE	14 290	28 928	67
4	ALPES DE HAUTE PROVENCE	2 282	6 482	70
5	HAUTES ALPES	0	9 544	37
12	AVEYRON	7 928	20 214	34
14	CALVADOS	17 996	63 772	29
15	CANTAL	0	8 362	60
16	CHARENTE	0	24 450	43
18	CHER	0	22 316	40
19	CORREZE	54	13 624	55
23	CREUSE	0	3 338	88
27	EURE	0	43 486	42
28	EURE ET LOIR	5 700	18 070	80
37	INDRE ET LOIRE	20 316	56 250	26
39	JURA	16 076	25 894	17
46	LOT	6 910	9 790	50
48	LOZERE	0	2 556	85
50	MANCHE	310	21 410	77
51	MARNE	2 702	87 194	12
52	HAUTE MARNE	25 906	26 370	11
53	MAYENNE	5 950	4 404	95
55	MEUSE	0	28 148	9
70	HAUTE SAONE	0	23 704	20
72	SARTHE	34 420	16 060	91
74	HAUTE SAVOIE	9 920	77 068	18
82	TARN ET GARONNE	22 748	18 630	27
86	VIENNE	0	25 746	62
87	HAUTE VIENNE	0	23 440	56
88	VOSGES	2 898	71 314	1
89	YONNE	0	21 478	53
90	TERRITOIRE DE BELFORT	0	10 858	49
2A	CORSE DU SUD	0	15 868	13
2B	HAUTE CORSE	0	3 124	94
<b>TOTAL DES 33 DEPARTEMENTS sans caarud</b>		<b>196 406 (18,3%)</b>	<b>876 806 (81,7%)</b>	

(\* source SIAMOIS) \*\*nombre de steribox vendus / pop° 20-39 ans / Rang par département

## II. COUVERTURE TERRITORIALE

### II.1. Les communes bénéficiaires de prestations RDR

**Les actions de réduction des risques sont réalisées dans 314 communes et agglomérations ; s'ajoutent à cela les interventions en milieu festif.**

Les interventions en milieu festif (au nombre de 687 sorties) sont des actions ponctuelles et varient selon les lieux de rassemblement ; nous ne les retenons pas dans l'étude territoriale.

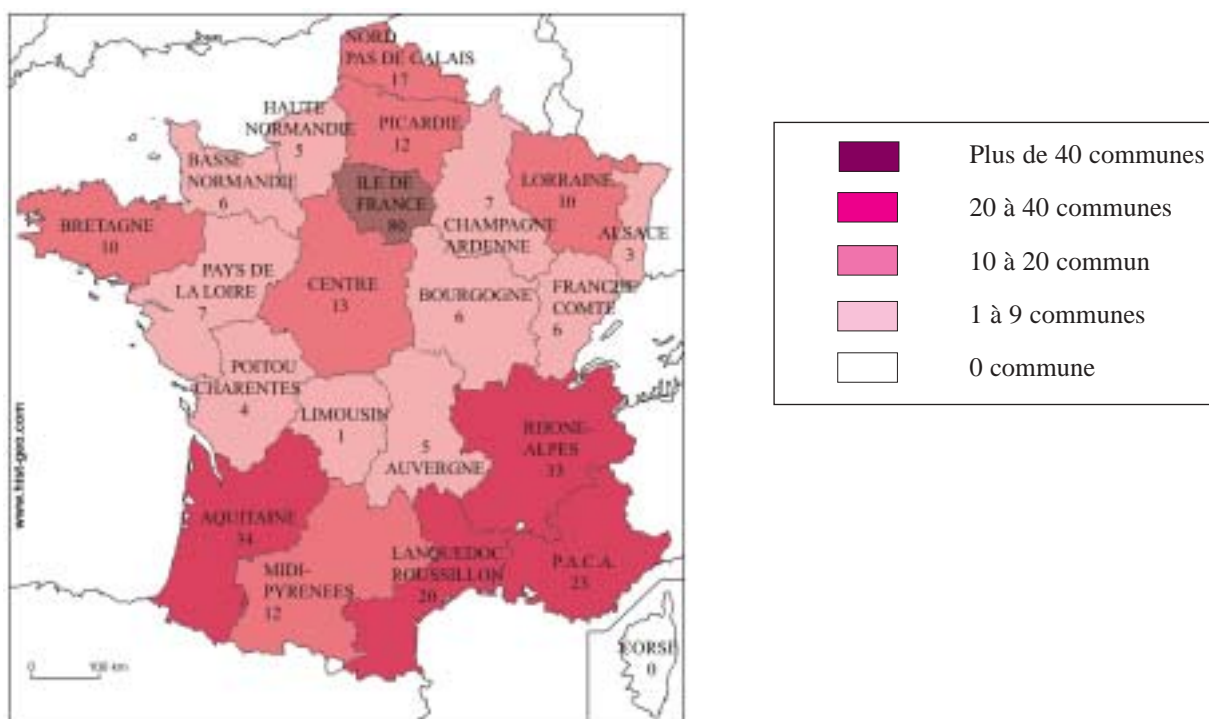
1) L'ensemble de ces 314 communes ne bénéficie cependant pas de toutes les prestations de RDR, comme le montre le tableau ci-dessous :

PRESTATIONS	NOMBRE DE COMMUNES BENEFICIAIRES
ACCUEIL	157
EQUIPE MOBILE	143
AUTOMATES	131
P.E.S. EN PHARMACIE	102

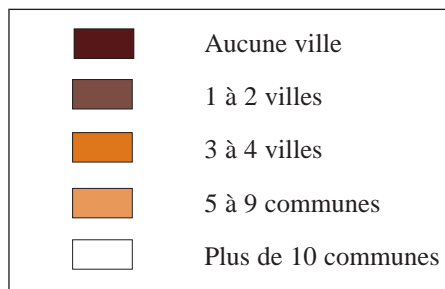
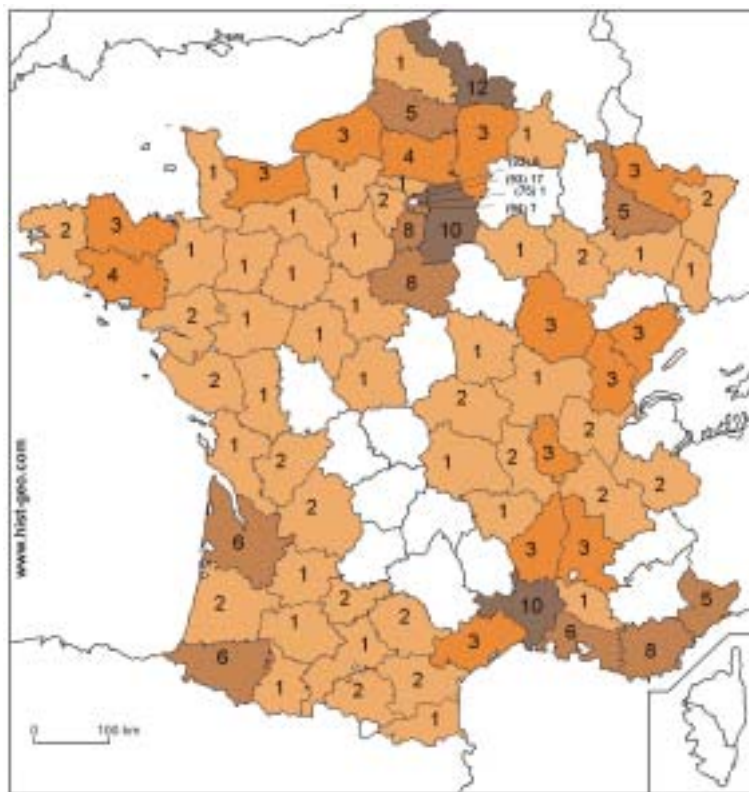
En particulier, nous relevons que 82 des 314 communes (soit 26%) ne disposent pas d'équipes de RDR ; les actions sont menées soit par le biais d'automates seuls (36 communes), ou de PES en pharmacies seuls (36 communes) ou d'automates et PES en pharmacies (10 communes).

2) Le nombre de communes où les actions sont proposées varie fortement d'une région à l'autre, comme le montrent les cartes ci-dessous :

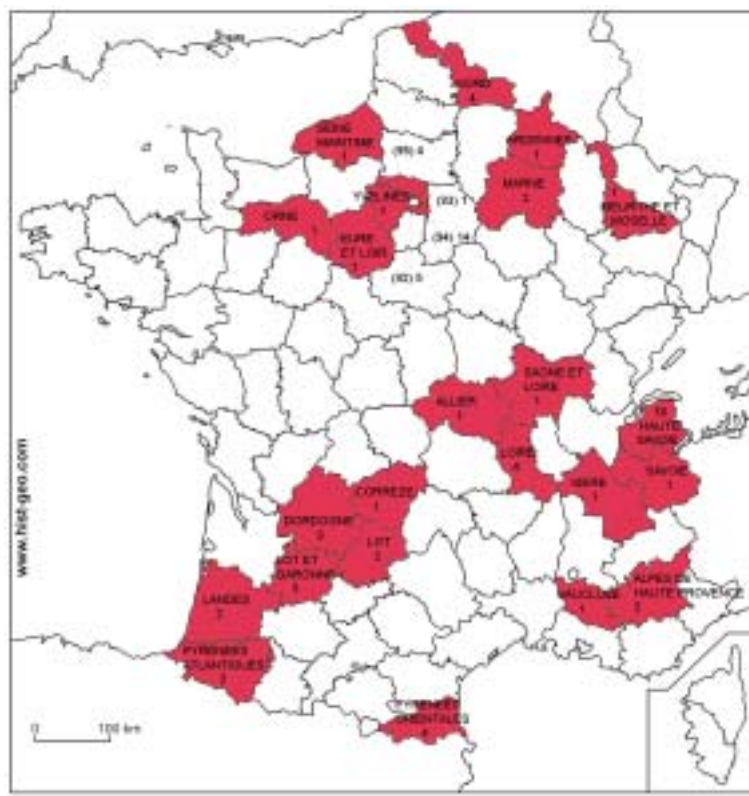
**Carte n°4 : nombre de communes où sont réalisées des actions de RDR, par région**



**Carte n°5 : nombre de villes dotées d'une activité RDR comprenant un lieu d'accueil,**



**Carte n°6 : nombre de villes dotées d'un PES mais dépourvues de lieu d'accueil**



La lecture conjointe de ces deux cartes montre que :

**dans 5 départements, la RDR est assurée exclusivement par des PES par automates ou en pharmacie, sans aucun lieu d'accueil :**

les Alpes de Haute-Provence, la Corrèze, le Lot, la Marne et la Haute-Savoie.

## II.2. Ecart avec les objectifs de la MILDT

En matière de couverture territoriale, le plan quinquennal de la MILDT de 1999 prévoyait de doter d'un dispositif de RDR les villes de plus de 70 000 habitants et la circulaire DGS de 1998 prévoyait de donner priorité aux villes de plus de 40 000 habitants ne disposant encore d'aucune activité de RDR en 1998, soit 70 villes sur 160.

Neuf ans plus tard, l'objectif n'est toujours pas atteint puisque près de 50 villes de plus de 40 000 habitants ne disposent encore d'aucun programme de réduction des risques (caarud, équipe de rue ou autre PES) :

<b>TAILLE DES COMMUNES</b>	<b>NOMBRE DE VILLES COUVERTES</b>	<b>NOMBRE DE VILLES NON COUVERTES</b>
> 100 000 HABITANTS	38	1
> 70 000 HABITANTS et < 100 000 HABITANTS	18	7
> 40 000 HABITANTS et < 70 000 HABITANTS	65	40
> 20 000 HABITANTS et < 40 000 HABITANTS	80	177
< 20 000 HABITANTS		114

### Villes ne disposant d'aucun programme de RDR :

#### > 100 000 habitants

- Saint-Denis (DOM - La Réunion)

#### > 70 000 habitants

##### Région Ile-de-France

- Asnières sur Seine (Hauts-de-Seine)
- Courbevoie (Hauts-de-Seine)
- Rueil-Malmaison (Hauts-de-Seine)
- Saint-Maur des Fossés (Val-de-Marne)

##### Région Centre

- Bourges (Cher)

##### Région Nord-Pas-de-Calais

- Calais (Pas-de-Calais)

##### Région Poitou-Charentes

- Poitiers (Vienne)

#### > 40 000 habitants

##### Région Alsace

- Colmar (Haut-Rhin)

##### Région Aquitaine

- Mérignac (Gironde)
- Pessac (Gironde)

### Région Bretagne

- Saint-Malo (Ille-et-Vilaine)

### Région Corse :

- Ajaccio (Corse du Sud)

### Région Ile-de-France :

- Le Blanc Mesnil (Seine-Saint-Denis)
- Drancy (Seine-Saint-Denis)
- Noisy-le-Grand (Seine-Saint-Denis)
- Suresnes (Hauts-de-Seine)
- Neuilly-sur-Seine (Hauts-de-Seine)
- Levallois-Perret (Hauts-de-Seine)
- Puteaux (Hauts-de-Seine)
- Saint-Germain-en-Laye (Yvelines)
- Sartrouville (Yvelines)
- Vincennes (Val-de-Marne)
- Garges-lès-Gonesse (Val-d'Oise)
- Meaux (Seine-et-Marne)

### Région Lorraine

- Thionville (Moselle)

### Région Nord-Pas-de-Calais :

- Douai (nord)
- Villeneuve-d'Ascq (Nord)
- Wattrelos (Nord)
- Arras (Pas-de-Calais)
- Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais)

### Région P.A.C.A.

- Arles (Bouches-du-Rhône)
- Istres (Bouches-du-Rhône)
- Martigues (Bouches-du-Rhône)
- Cagnes-sur-Mer (Alpes-Maritimes)
- Le Cannet (Alpes-Maritimes)

### Région Pays de la Loire

- Cholet (Maine et Loire)
- Saint-Herblain (Loire-Atlantique)

### Région Picardie

- St Quentin (Aisne)

### Région Rhône Alpes

- Caluire-et-Cuire (Rhône)
- Saint-Priest (Rhône)
- Vénissieux (Rhône)
- Roanne (Loire)

### Dom – tom

- Cayenne (Guyane)
- Saint-André (La Réunion)
- Saint-Louis (La Réunion)
- Le Tampon (La Réunion)
- Saint-Pierre (La Réunion)

### **III- LES BENEFICIAIRES DES STRUCTURES DE RDR (ANNEE 2005)**

#### ***PREAMBULE :***

139 questionnaires sur 213 communiquent une réponse à cette question (soit 65%). Parmi elles, 95 CAARUD et 44 non CAARUD.

Si le taux de réponse paraît faible a priori, il est cependant justifié. En effet, bon nombre de structures n'ont pas pu répondre à cette question pour les raisons suivantes :

- 4 n'étaient pas créées en 2005 et n'avaient donc pas de file active,
- 5 n'ont pas de file active hors du milieu festif,
- 36 ont une activité de RDR exclusivement par le biais d'automates et ne comptabilisent donc pas de file active, le dispositif étant en voie publique et anonyme.
  
- Enfin, 10 structures ne distinguent pas la file active d'usagers de drogues vus pour la réduction des risques du reste de leur file active et les chiffres ne sont donc pas communiqués ou ne peuvent pas être intégrés à l'enquête.

Au final, seules 19 structures n'ont pas répondu à la question, sans justification.

#### **III.1. File active**

Nous appelons file active le nombre d'usagers différents vus au moins une fois au cours de l'année par une structure (parfois dans différents lieux).

L'année de référence de cette enquête est l'année 2005.

#### **Résultat national**

**En 2005, la file active globale d'usagers de drogues est de 60 536 personnes.**

**La file active moyenne est de 435 usagers.**

Parmi cette file active de 60 536 usagers, 52 478 sont réellement comptés dans les lieux d'accueil et 8 058 usagers supplémentaires sont estimés : il s'agit essentiellement des usagers rencontrés dans le cadre du travail de rue.

Les structures accueillent de 5 à 5 291 usagers. Néanmoins, seules 41 structures sur 139 (soit 29,5%) sont au-dessus de la moyenne, comme le montre le tableau ci-dessous :

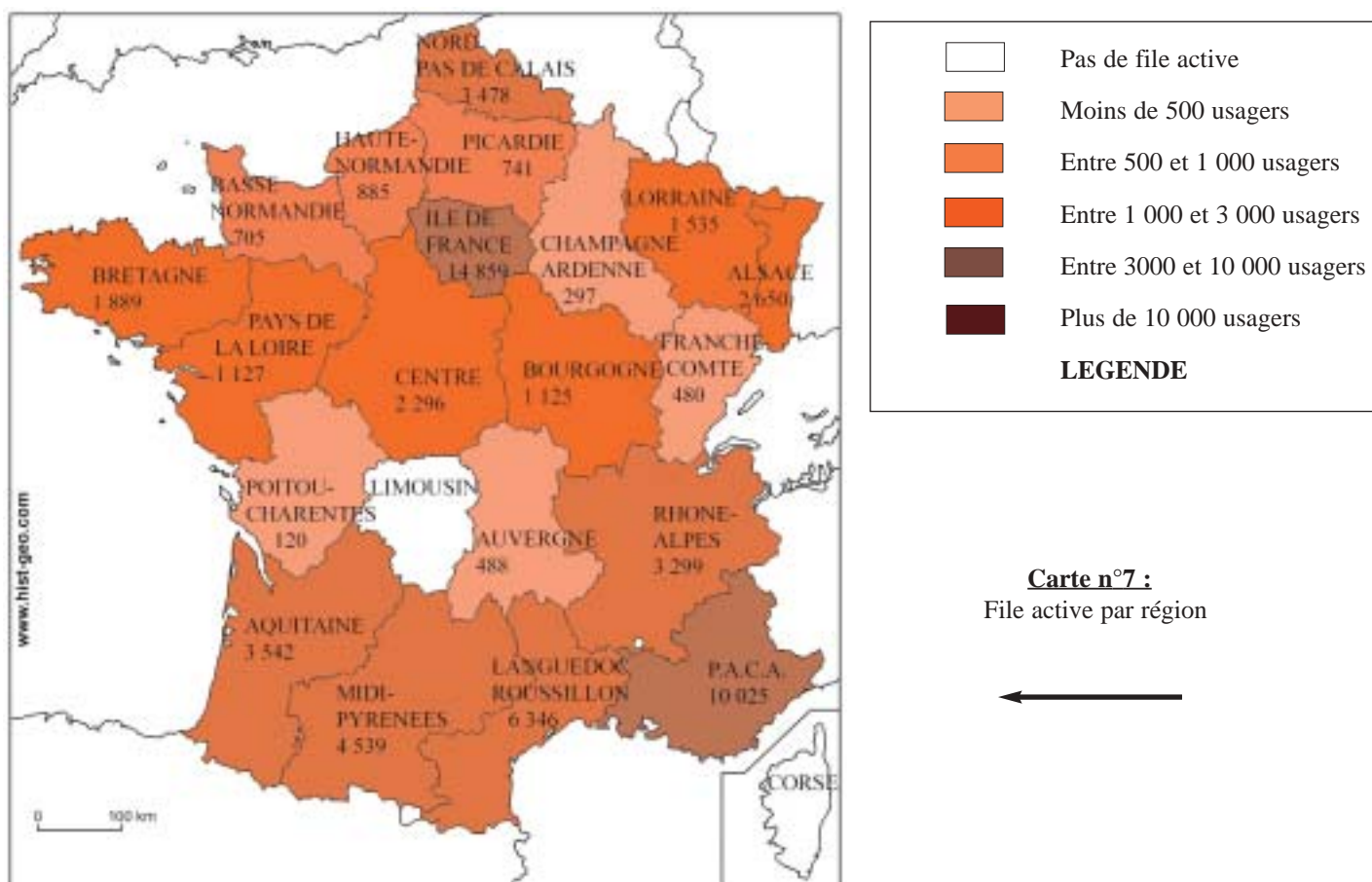
<b>FILE ACTIVE ACCUEILLIE</b>	<b>NOMBRE DE STRUCTURES</b>
Moins de 100 personnes	40 structures
100 à 435 personnes	58 structures
436 à 999 personnes	24 structures
Plus de 1000 personnes	17 structures

**La très grande majorité de cette file active est suivie dans des CAARUD (54 027 personnes soit 89% sont vues dans les CAARUD contre 6 509 personnes soit 11% vues en dehors).**

Néanmoins, ces résultats ne peuvent être interprétés en l'état pour deux raisons :

- d'une part, les dispositifs de RDR par automates indépendants de CAARUD atteignent un public méconnu et non pris en compte ici, alors qu'ils délivrent une quantité de matériel importante
- il semble parfois difficile aux associations non CAARUD d'organiser le comptage des files actives ou de distinguer clairement parmi leur active celle qui relève spécifiquement de l'activité réduction des risques. Ceci explique probablement que moins de la moitié d'entre elles ont répondu à cette question.

### Résultat par régions



**Carte n°7 :**  
File active par région



### **III.2. Fréquentation des structures / passages**

Nous appelons PASSAGES le nombre de fois où des usagers ont été vus dans les structures.

**105 structures ont répondu à cette question et totalisent un nombre de 459 678 passages soit une moyenne de 4 378 passages par structure.**

La majorité des passages a été enregistrée dans des CAARUD (397 656 passages soit 86,5%) mais là encore, il semble que le comptage dans les non CAARUD ne soit le plus souvent pas réalisé, pour les mêmes raisons que celles évoquées pour le comptage des files actives.

### **III.3. Contacts en milieu festif**

Nous avons demandé aux structures d'estimer le nombre de personnes consommatrices de drogues vues en milieu festif.

Ces chiffres ne peuvent être comparés directement avec ceux de l'environnement hors-festif :

- d'une part, en raison de la diversité des actions menées en Espaces Festifs et des différences de méthodologies employées pour le comptage des files actives et passages ;
- d'autre part, parce que la recherche de concordance dans la réalisation d'actes d'accueil, d'information, d'orientation et d'accès au matériel, mettrait en évidence certaines activités au détriment d'autres, posant un regard incomplet sur les activités de RDR en milieux festifs.

**L'estimation du nombre de personnes vues en milieu festif est de 185 662 personnes. Ces personnes sont vues par 38 structures dans 19 régions.**

Plus précisément :

- 25 CAARUD voient 118 257 personnes ;
- 13 non CAARUD voient 67 405 personnes.

## **IV- LES ACTIONS REALISEES PAR LES STRUCTURES DE RDR**

### ***IV.1. LES PRESTATIONS REALISEES***

Le tableau ci-dessous présente les actions menées dans les structures en 2006 (N=213) :

	<b>Nb de CAARUD réalisant la prestation</b>	<b>NON CAARUD réalisant la prestation</b>	<b>TOTAL DE STRUCTURES réalisant la prestation</b>
Echange de seringues	104	92	196
Accueil	106	60	166
Accompagnement vers le soin	87	35	122
Accompagnement aux droits	85	33	118
Petits soins	71	24	95
Travail de rue	70	15	85
Consultation infirmière	51	21	72
Interventions en milieu festif	41	28	69
Consultation médicale	40	26	66
Entretiens psychologiques	35	28	63
Insertion	39	21	60
Hébergement	16	9	25
Consultation juridique	16	6	22
Travail rémunéré	4	0	4

Il convient de noter que ce tableau indique les actions qui étaient **réellement menées** dans les structures lorsque l'enquête a été réalisée. Aussi, il n'intègre pas l'extension d'activité prévue et notamment pas les ouvertures d'accueil demandées par les DDASS ou les CROSMS, car la prestation n'était pas encore réalisée en 2006.

**113 des 114 CAARUD** devraient proposer un accueil fixe et/ou mobile en 2007.

Ce tableau fait apparaître qu'outre les actions traditionnelles de la RDR telles que l'accueil, les activités de type « boutique » (comme la mise à disposition de boissons, de machine à laver, de douches...) et les programmes d'échange de seringues, se développent de plus en plus les actions de prise en charge et de suivi au long cours.

Les structures réalisent de plus en plus fréquemment un suivi médical et infirmier, une prise en charge psychologique, et un réel accompagnement social incluant le conseil juridique, l'hébergement, l'insertion. Dans ce sens, se développent également quelques expériences de « travail bas seuil » pour permettre à des usagers d'accéder à un travail rémunéré alors qu'ils ne peuvent pas s'intégrer au système de droit commun.

## IV.2. LE DEPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES

### IV.2.1. Le dépistage sanguin

Nous avons tout d'abord cherché à identifier les structures proposant une solution de dépistage des maladies infectieuses sur place ou ayant une convention avec un CDAG ou un laboratoire.

	<b>NOMBRE DE STRUCTURES PROPOSANT LA PRESTATION</b>	<b>Dont CAARUD</b>	<b>Dont structure rattachée à un établissement de soin</b>
DEPISTAGE DU VHB SUR PLACE	38	23	30
DEPISTAGE DU VHC SUR PLACE	42	27	34
DEPISTAGE DU VIH SUR PLACE	41	25	33
CONVENTION AVEC UN CDAG OU UN LABORATOIRE	49	34	31
SOLUTION SUR PLACE ET/OU PAR CONVENTION POUR LE DEPISTAGE DU VHC	65	43	47

**A ce jour, seules 65 structures sur 166 réalisant un accueil proposent une solution de dépistage du VHC pour leurs usagers, soit seulement 39,2 % des structures. La plupart d'entre elles (72%) sont rattachées à un établissement de soin (le plus souvent un CSST).**

### IV.2.2. Le « dépistage avancé »

**15 structures ont expérimenté le « dépistage avancé » du VHC, 13 avec la « salivette » et 2 avec le « buvard ».**

Plusieurs commentaires ont été formulés :

1°) seul un tiers des structures désirant expérimenter la salivette a pu le réaliser (13 sur 41) ; la proportion est de 10% pour le buvard (2 réalisations pour 20 structures souhaitant l'expérimenter). Alors que ces pratiques sont préconisées dans les recommandations du plan national hépatites virales, il semble que la plupart des expérimentations aient été refusées en raison d'absence de validation officielle de l'outil.

2°) 2 structures ayant expérimenté le dépistage par salivette ont choisi d'arrêter en raison du manque de fiabilité des résultats (nombre important de « faux positifs »).

### IV.3. DIFFUSION DE SERINGUES PAR LE RESEAU ASSOCIATIF

#### Résultat national

**En 2004, 3 458 247 seringues ont été distribuées en France par le dispositif de réduction des risques, hors officines de pharmacies.**

58,23% de ces seringues ont été données « à l'unité » (soit 2 013 569 seringues) et 41,77% dans des trousse de prévention de type Kit+, et dans une faible proportion de Stéribox ou de Kap (soit 722 339 trousse).

2 855 787 seringues ont été données par les CAARUD et 602 460 seringues données par les non CAARUD (\*).

**En 2005, 4 146 961 seringues ont été distribuées en France par le dispositif de réduction des risques, hors officines de pharmacies.**

56,87% de ces seringues ont été données « à l'unité » (soit 2 358 249 seringues) et 43,13% dans des trousse de prévention de type Kit+ et dans une faible proportion de Stéribox ou de Kap (soit 894 356 trousse).

3 391 405 seringues ont été données par les CAARUD et 755 556 seringues données par les non CAARUD (\*).

**La distribution de seringues par le dispositif national de RDR est en hausse significative de 19,9% entre 2004 et 2005.**

(\* ) les données concernant la diffusion de seringues par les non-CAARUD doivent être interprétées avec précaution, une seule association réalisant à elle seule un tiers du résultat.

#### SYNTHESE :

	2004	2005
Nombre de seringues distribuées à l'unité	2 013 569	2 358 249
Nombre de seringues distribuées dans des kits	1 444 678	1 788 712
<i>Part des CAARUD</i>	<i>2 855 787 (82,5%)</i>	<i>3 391 405 (81,8%)</i>
<i>Part des non CAARUD</i>	<i>602 460 (17,5%)</i>	<i>755 556 (18,2%)</i>
<b>TOTAL DES SERINGUES DISTRIBUEES PAR LES STRUCTURES DE RDR</b>	<b>3 458 247</b>	<b>4 146 961</b>
<b>TOTAL DE SERINGUES DIFFUSEES PAR LA VENTE DE STERIBOX</b>	<b>5 169 804</b>	<b>6 121 532</b>
Source SIAMOIS/ InVS, INSEE		

Pour approcher la globalité de la diffusion de seringues en France, nous avons agrégé les données de diffusion par le dispositif de réduction des risques avec celles des ventes de seringues en officines. Mais seules les données de vente des trousse Stéribox sont disponibles.

## CUMUL DES VENTES EN OFFICINE ET DE LA DISTRIBUTION ASSOCIATIVE

### Comparaison et évolution de la diffusion de seringues en 2004 et 2005

**En 2005, le dispositif associatif RDR assure 44,75% de la diffusion de seringues et les ventes de stéribox en pharmacie 55,25%.**

Pour la France métropolitaine, l'augmentation globale est de 7,5%. Le léger recul des ventes et l'augmentation importante de la distribution par les associations ne sont pas homogènes sur tout le territoire :

- 13 régions sur 22 présentent une hausse des ventes en officine
- 6 régions présentent une baisse de la diffusion associative
- 9 régions sont en hausse des ventes et des distributions
- 6 régions sont en hausse pour la distribution mais en baisse pour les ventes
- 4 régions sont en baisse pour la distribution mais en hausse pour les ventes
- 2 régions sont en baisse pour la distribution et pour les ventes

Au total, 18 régions sur 22 présentent une hausse globale de la diffusion de seringues.

REGION	ANNEE 2004			ANNEE 2005			Evolution globale 2004 / 2005 (en %)
	données / associations	vente / stéribox	total seringues	données / associations	vente stéribox	total seringues	
Alsace	165 470	296 932	<b>462 402</b>	142 160	283 418	<b>425 578</b>	-7,96
Aquitaine	360 229	255 886	<b>616 115</b>	344 820	260 308	<b>605 128</b>	-1,78
Auvergne	124 091	63 260	<b>187 351</b>	108 563	63 294	<b>171 857</b>	-8,27
Basse-Normandie	30 572	86 684	<b>117 256</b>	23 900	94 780	<b>118 680</b>	1,21
Bourgogne	90 978	96 132	<b>187 110</b>	84 076	94 732	<b>178 808</b>	-4,44
Bretagne	35 048	148 720	<b>183 768</b>	130 562	161 106	<b>291 668</b>	58,72
Centre	47 097	176 188	<b>223 285</b>	85 038	166 200	<b>251 238</b>	12,52
Champagne-Ardenne	44 646	167 808	<b>212 454</b>	41 119	174 574	<b>215 693</b>	1,52
Corse	0	18 900	<b>18 900</b>	0	18 992	<b>8 992</b>	0,49
Franche-Comté	624	94 226	<b>94 850</b>	35 644	100 574	<b>136 218</b>	43,61
Haute-Normandie	51 542	172 118	<b>223 660</b>	54 070	176 040	<b>230 110</b>	2,88
Ile-de-France	697 445	872 504	<b>1 569 949</b>	768 903	816 922	<b>1 585 825</b>	1,01
Languedoc-Roussillon	494 241	334 948	<b>829 189</b>	536 828	337 670	<b>874 498</b>	5,46
Limousin	0	38 448	<b>38 448</b>	54	40 402	<b>40 456</b>	5,22
Lorraine	97 021	424 580	<b>521 601</b>	147 145	413 658	<b>560 803</b>	7,52
Martinique	NC	nc	<b>0</b>	NC	nc	<b>0</b>	NC
Midi-Pyrénées	354 781	227 126	<b>581 907</b>	406 940	215 082	<b>622 022</b>	6,89
Nord-Pas-de-Calais	118 911	327 138	<b>446 049</b>	149 093	314 224	<b>463 317</b>	3,87
Pays de la Loire	161 336	113 022	<b>274 358</b>	188 371	119 360	<b>307 731</b>	12,16
Picardie	53 946	127 412	<b>181 358</b>	64 630	128 054	<b>192 684</b>	6,25
Poitou-Charentes	40 200	142 228	<b>182 428</b>	51 000	157 986	<b>208 986</b>	14,56
Provence-Alpes-Côte d'Azur	374 591	554 976	<b>929 567</b>	509 568	542 246	<b>1 051 814</b>	13,15
Rhône-Alpes	115 478	430 568	<b>546 046</b>	274 477	441 910	<b>716 387</b>	31,20
Guadeloupe	NC	nc	<b>0</b>	NC	nc	<b>0</b>	NC
Guyane	NC	nc	<b>0</b>	NC	nc	<b>0</b>	NC
Réunion	NC	nc	<b>0</b>	NC	nc	<b>0</b>	NC
<b>TOTAL NATIONAL</b>	<b>3 458 247</b>	<b>5 169 804</b>	<b>8 628 051</b>	<b>4 146 961</b>	<b>5 121 532</b>	<b>9 268 493</b>	<b>7,42</b>

## La récupération des seringues usagées

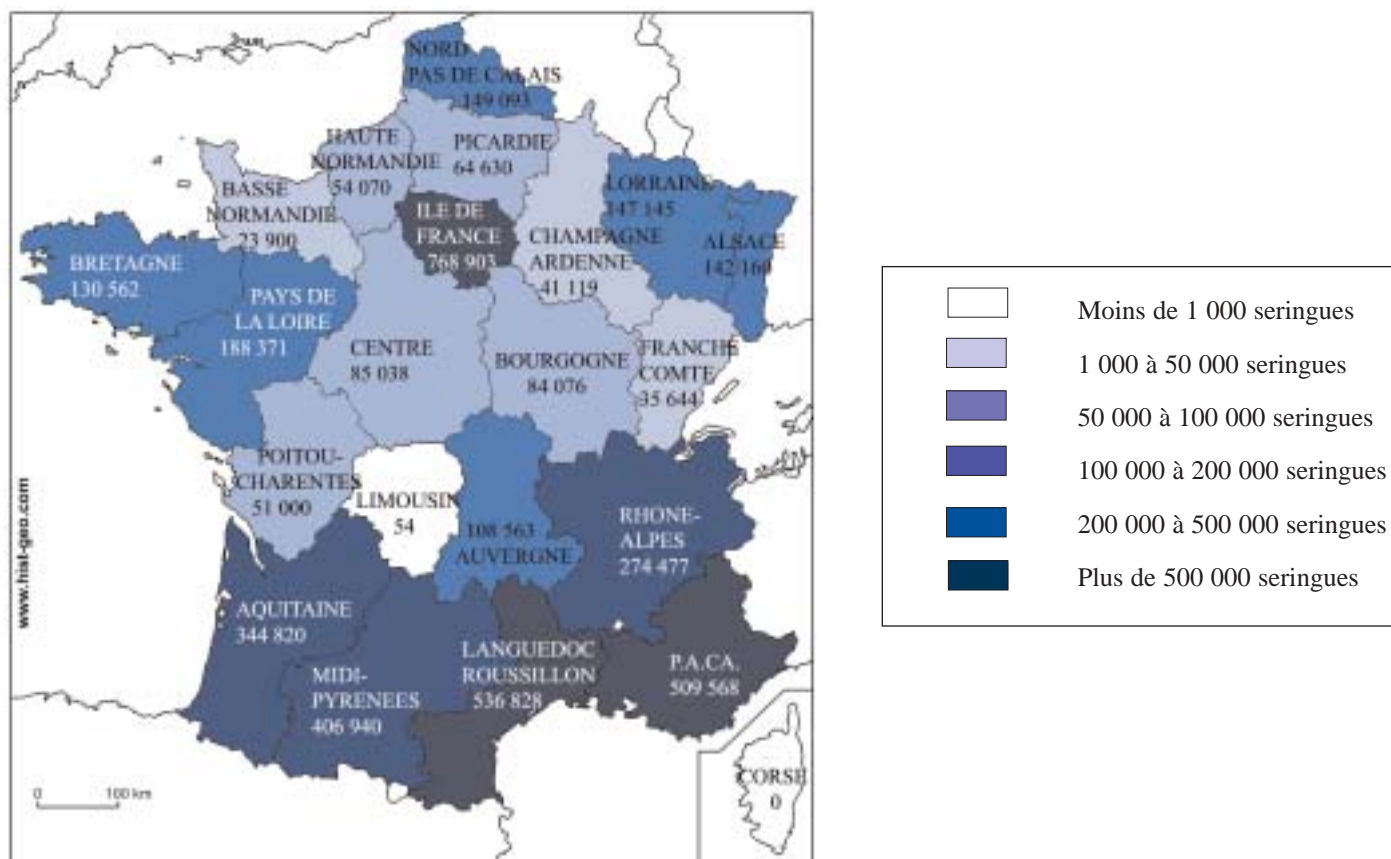
La récupération des seringues usagées est difficile à évaluer précisément car si la majorité des structures comptent en unités de seringues, d'autres les comptent en litres ou encore en containers. Cependant, nous avons pu obtenir des informations précises sur la taille des containers pour convertir les données en litres puis en seringues, avec le postulat qu'un litre contient en moyenne 90 seringues.

**En 2005, 2 340 802 seringues usagées ont été récupérées, soit 56,45% des seringues distribuées.**

### DIFFUSION DE SERINGUES PAR LE RESEAU ASSOCIATIF

#### Résultats régionaux

Carte n°8 : diffusion de seringues par région en 2005



S'ajoute à ces résultats l'activité des programmes d'échange de seringues en pharmacies. 469 pharmacies sont impliquées, elles sont réparties dans 102 communes ; pour autant, nous ne disposons pas de résultats quantitatifs sur l'activité d'échange de seringues en officines et nous ne connaissons pas non plus les modalités de réalisation de l'activité.

#### IV.4. LES AUTRES MATERIELS DE PREVENTION DIFFUSES EN 2005

##### Concernant l'injection,

ont été distribués au niveau national :

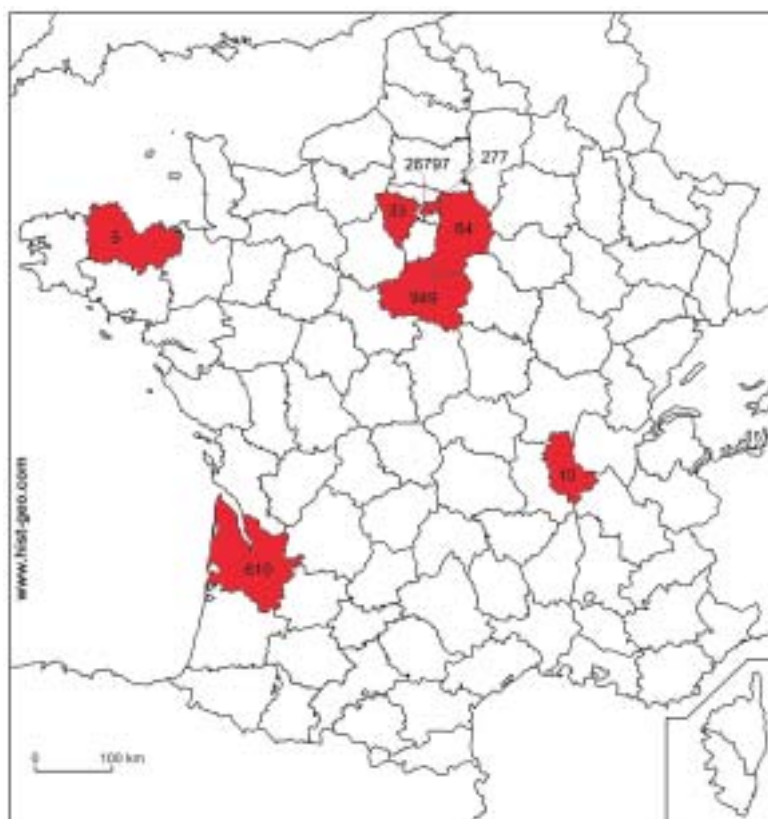
- 668 679 stéricups (pour 100 seringues à l'unité diffusées, on donne 28 stéricups) ;
- 310 055 stérifilts (pour 100 seringues à l'unité diffusées, on donne 13 stérifilts).

Ces ratios ne permettent pas de mesurer le succès de ces outils dans la mesure où ils ne sont pas proposés dans l'ensemble des structures ; aussi, nous avons choisi de calculer les taux de diffusion des stéricups et stérifilts pour les seules structures mettant à disposition ces produits :

- 61 structures diffusent le stéricup en plus de ceux distribués dans les trousse de prévention ; ces structures distribuent un total de 2 039 707 seringues à l'unité et 668 679 stéricups, soit **32,78 stéricups pour 100 seringues** ;
- 57 structures diffusent le stérifilt ; elles distribuent un total de 1 507 370 seringues à l'unité et 310 055 stérifilts, soit 20,57 stérifilts pour 100 seringues.

##### Concernant les autres pratiques de consommations, ont été distribués au niveau national :

- 65 632 kits sniff (de formes différentes) par 82 structures ;
- 28 745 kits crack (de formes différentes) par 14 structures.



**Les « kits crack » sont distribués dans 8 départements.**

**93% de ces kits sont distribués à Paris.**

Viennent ensuite le département du Loiret (3,5%), de la Gironde (2%) et de la Seine-Saint-Denis (1%).

De faibles quantités de kits crack sont également diffusés en Seine-et-Marne, dans les Yvelines, dans le Rhône et dans les Côtes d'Armor.

**L'usage de cocaïne base ne concerne plus uniquement le 18<sup>ème</sup> arrondissement de Paris mais est en voie de diffusion ; cette évolution est à surveiller.**

Carte n°9 : diffusion des kits crack par département en 2005

##### Concernant les risques sexuels, ont été distribués au niveau national :

- 2 427 909 préservatifs masculins (894 356 contenus dans les trousse de prévention + 1 533 553 distribués séparément), par 126 structures ;
- 48 214 préservatifs féminins, par 84 structures.

## IV.5. LES INTERVENTIONS EN MILIEU FESTIF

Parmi les 69 structures déclarant intervenir en milieu festif, seules 68% ont communiqué des données sur leur activité dans ce domaine.

**47 structures ont totalisé 687 sorties en milieu festif au cours de l'année 2005.**

Le questionnaire ne posait pas de questions précises sur les interventions en milieu festif ; néanmoins les commentaires laissent apparaître que le terme de « festif » désigne des scènes très disparates, en milieu ouvert ou privé, avec des publics pouvant être limités ou au contraire très nombreux.

**Les structures intervenant en milieu festif déclarent avoir réalisé 520 actes de testing (avant l'interdiction).**

Le chiffre est important, d'autant plus que l'activité de l'une des principales associations ayant proposé le testing ne figure pas dans ce résultat.

*Il nous semble globalement que les outils de mesure retenus pour cette enquête sont inadaptés pour évaluer convenablement l'activité réalisée en milieu festif et en restituer la diversité et la qualité ; une exploration plus ciblée sur le milieu festif devrait être réalisée.*

## IV.6. L'HEBERGEMENT

Sur 25 structures proposant des solutions d'hébergement, seuls 2 tiers ont précisé leur activité en la matière.

L'activité d'hébergement est la suivante pour l'année 2005 :

<b>Nombre de places d'hébergement réservées à l'année</b>	<b>90</b>	
<b>Nombre de personnes différentes hébergées</b>	<b>1 424</b>	
<b>Total de nuitées accordées</b>	<b>31 150</b>	
Dont nuitées sur les places d'hébergement réservées à l'année	26 077	83,71 %
Dont nuitées d'hôtel, hors places à l'année	5 073	16,29 %

## V- LE PERSONNEL DES STRUCTURES DE RDR

146 structures sur 213 ont répondu aux questions relatives au personnel intervenant dans le cadre des actions de RDR (soit 68,5%).

Nous avons distingué les salariés, les volontaires et les personnels mis à disposition.

	CAARUD (N=94)	NON CAARUD (N=52)	TOTAL	MOYENNE PAR CAARUD	MOYENNE PAR NON CAARUD	MOYENNE PAR STRUCTURE
ETP SALARIES	383,93	117,85	501,8	4,08	2,27	3,44
ETP VOLONTAIRES	158,11	93,43	251,54	1,68	1,79	1,72
ETP PERSONNEL MIS A DISPOSITION	48,86	25,65	74,51	0,52	0,49	0,51
TOTAL	590,9	236,95	827,85	6,29	4,55	5,67

On remarque une forte proportion de personnels volontaires et mis à disposition, en particulier dans les structures non CAARUD où ils représentent la moitié des effectifs (contre un tiers dans les CAARUD) : cette situation est le signe de la faiblesse structurelle et de la fragilité de certaines associations.

De plus, avec une moyenne de 4,09 ETP salariés par CAARUD et de 2,27 ETP salariés dans les structures non CAARUD, se pose la question de la capacité des équipes à supporter la palette des actions exigées des CAARUD.

En particulier, on note que plus de 60% des CAARUD qui ont indiqué la composition de leur équipe ont moins de 4 ETP salariés, comme le montre le tableau ci-dessous :

<b>NOMBRE D'ETP SALARIES</b>	<b>NOMBRE DE STRUCTURES (N=92)</b>
< 2 ETP	29 structures
Entre 2 et 4,09 ETP	27 structures
Entre 4,1 et 8 ETP	24 structures
> 8 ETP	12 structures

## CONCLUSIONS

### 1. RDR et santé publique

Face aux attaques menées contre la politique de RDR, présentant celle-ci comme une politique de « facilitation de l'usage » plus que de l'incitation aux soins, les résultats de l'enquête montrent tout au contraire le rôle central de la RDR au cœur du dispositif médico-social. Ainsi :

1.1. Sur 166 structures accueillant les usagers de drogues :

- 122 proposent un accompagnement des usagers vers le dispositif de soin (74%) ;
- 66 proposent des consultations médicales sur place (40%) ;
- 72 proposent des consultations infirmières sur place (43%) ;
- 63 réalisent des entretiens psychologiques sur place (38%) ;
- 95 réalisent des petits soins (58%) ;
- 65 structures proposent une solution de dépistage des maladies infectieuses, soit sur place soit par convention avec un laboratoire ou un CDAG.

Au total 139 structures sur 166 réalisant de l'accueil accompagnent vers le soin et/ou proposent directement une prestation de soin (soit 84%).

1.2. Près de 40% des structures impliquées dans le champ de la RDR sont gérées par des associations ayant aussi des missions de soins en addictologie (80% sont des CSST, 0,5% des CCAA) et 19,5% des hôpitaux.

1.3. Les programmes d'échange de seringues ont permis de collecter 2 340 802 seringues usagées en 2005 (soit 56,45% de ce que les associations ont distribué). Sachant qu'une majorité de la population injectant des drogues est porteuse du virus de l'hépatite C, cette collecte est déterminante pour la salubrité publique.

*Au total : la très grande majorité des structures accueillant des usagers de drogues permettent directement l'accès aux soins sur place ou accompagnent les usagers vers une démarche de soin ; la fonction de facilitation de l'accès aux soins du dispositif de réduction des risques est donc clairement mise en œuvre sur le terrain.*

*Dans près de la moitié des structures, l'accès aux soins est d'autant plus facilité qu'elles sont gérées par des institutions ayant également une mission de soins en addictologie.*

*Enfin, les dispositifs de collecte de seringues usagées, répartis sur plus de 300 communes, permettent d'assurer une mission de salubrité publique, très peu développée pour les autres publics de patients ayant recours à des injections régulières (par exemple les malades insulinodépendants).*

### 3. Mobilisation dans la lutte contre le VHC

#### 2.1. Capacité d'accueil

Les CAARUD reçoivent 89% de la file active fréquentant les lieux d'accueil et les équipes de rues ; 64% de la file active identifiée en milieu festif sont vus par des CAARUD.

#### 2.2. Rôle dans l'accès au matériel de prévention

Les CAARUD délivrent 82% du matériel d'injection distribué hors officines mais la part donnée par les non CAARUD est en hausse entre 2004 et 2005.

#### 2.3. Généralisation du dispositif

Nous n'avons pas recensé de CAARUD dans 2 régions (Corse et Limousin) et dans 33 départements.

*L'institutionnalisation semble donc être une réussite puisque la grande majorité de la file active repérée est suivie dans les CAARUD et qu'une large partie de l'activité de RDR est réalisée par ces établissements.*

*Néanmoins, il convient de relativiser ces résultats :*

*- plus d'1 million de seringues sont diffusées dans les départements non dotés de CAARUD (par les pharmaciens et PES associatifs), ce qui signifie qu'un nombre important de toxicomanes injecteurs y est présent et devrait pouvoir bénéficier de l'ensemble des prestations de réduction des risques ;*

*- les dispositifs d'automates et d'échange de seringues en pharmacies atteignent un public méconnu et non comptabilisé ; ils sont souvent gérés par des associations non CAARUD ;*

*- certaines associations non CAARUD ne peuvent parfois pas organiser un comptage rigoureux ou distinguer les usagers de drogues du reste de leur file active, ce qui explique que plus de la moitié d'entre elles n'ont pas communiqué d'information à ce sujet. Leur part est donc sous-évaluée dans cette étude.*

## 2. Quid de l'institutionnalisation du dispositif (les CAARUD) ?

### 3.1. Le petit matériel

Le petit matériel servant à la préparation de l'injection n'est pas proposé dans toutes les structures accueillant les usagers de drogues. Sur 87 structures distribuant des seringues à l'unité, seules 61 diffusent le stéricup et 57 le sterifilt.

La proportion de petit matériel servant à la préparation de l'injection est très faible par rapport à la diffusion de seringues. Pour réaliser une protection efficace, il faut utiliser pour chaque injection une seringue neuve, une cuillère neuve et un filtre neuf.

Or dans les structures diffusant le petit matériel, le taux de diffusion des cuillères ou cupules rapporté à la distribution de seringues est de 32,78% et le taux de diffusion des filtres stériles rapporté à la distribution de seringues est de 20,57%.

### 3.2. Le dépistage

Seuls 39,2% des lieux d'accueils proposent aujourd'hui une solution du dépistage sanguin du VHC, soit sur place soit en convention avec un laboratoire ou un CDAG.

Seules 15 structures ont expérimenté le dépistage avancé de l'hépatite C, 13 avec la méthode de la « salivette » et 2 avec la méthode du « buvard ». Notons que 61 structures avaient le projet d'expérimenter le dépistage avancé en 2006, conformément aux recommandations du plan national « hépatites virales » et que plus des 3/4 d'entre elles se sont vu refuser le financement de cette action au motif que les outils n'étaient pas homologués. De plus, des problèmes de fiabilité des tests ont été rencontrés par les équipes.

### 3.3. L'hébergement

La capacité d'hébergement des toxicomanes actifs est de 90 places pour tout le territoire national. 1424 personnes différentes ont bénéficié de nuitée(s) dans ces places réservées ainsi que dans des chambres d'hôtel ; cela représente une moyenne de 15 nuits par personne accueillie. Le dispositif ne permet donc pas, dans sa configuration actuelle, de proposer un hébergement de stabilisation, nécessaire à l'accès au traitement du VHC pour les patients les plus précaires (tant pour l'observance que pour supporter la pénibilité du traitement).

*La mobilisation dans la lutte contre l'hépatite C est actuellement difficile à mettre en œuvre dans plus de la moitié des structures, notamment en raison d'un décalage important entre les directives ou recommandations et les moyens disponibles.*

*Concernant le matériel d'injection, le nombre important de seringues diffusées n'est pas corrélié avec une distribution à l'identique de petit matériel ; plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette situation, comme le manque d'outils diversifiés adaptés aux pratiques et le manque de formation de certains personnels pour aider à réduire les risques liés à l'injection.*

*Concernant le dépistage du VHC, de nombreuses structures d'accueil avaient basé leur projet d'établissement sur la mise en place du dépistage avancé, présenté comme un outil plus adapté aux CAARUD et plus facile à proposer aux usagers, puisque ne demandant pas une ponction veineuse ; or le plus souvent les services de l'Etat ont refusé de financer ces actions et par ailleurs des problèmes de fiabilité des tests se sont posés.*

*Enfin, concernant la facilitation de l'accès aux traitements, les structures ne disposent pas de moyens pour assurer l'hébergement de stabilisation (entre 3 et 6 mois au minimum) qui permet l'accès au traitement des plus précaires.*

## 4. Couverture territoriale

### 4.1. Répartition géographique

9 départements ne disposent d'aucun service de réduction des risques.

4.2. Les actions de RDR sont réalisées dans 314 communes et agglomérations. 121 communes de plus de 40 000 habitants sont dotées de programme(s) de réduction des risques mais 48 ne disposent encore d'aucune activité.

4.3. 82 des 314 communes ne disposent pas d'équipes de RDR : les actions y sont menées soit par le biais d'automates (36 communes), soit de PES en pharmacies (36 communes) soit d'automates et PES en pharmacies (10 communes). Dans 5 départements, la RDR est assurée exclusivement par des PES par automates et/ou en pharmacie.

4.4. Les accueils fixes sont proposés dans 157 villes ; les équipes mobiles couvrent 143 communes.

*L'accès à la réduction des risques n'est pas rendu possible dans tous les départements. Les objectifs de la circulaire DGS de 1998 prévoyant l'équipement en priorité des villes de plus de 40 000 habitants ne sont pas atteints.*

## 5. La mesure de la vente et de la distribution des seringues

5.1. En 2005, les structures de RDR ont distribué 4 146 961 seringues, accompagnées de messages de prévention.

5.2. Nous constatons une progression de 19,9% de la distribution de seringues par les structures de RDR entre 2004 et 2005 (la diffusion était de 3 458 247 seringues en 2004).

5.3. Les données actuellement disponibles ne nous ont permis que de rapprocher ces données avec celles de la vente de stéribox en pharmacies (source InVS/SIAMOIS, INSEE). En effet, les données concernant les ventes de seringues seules en officine ne sont pas communiquées, ni par l'InVS ni par le laboratoire Becton-Dickinson.

Ce rapprochement permet d'établir que la baisse des ventes de trousse de prévention en pharmacie (5 121 532 seringues en 2005 contre 5 169 804 seringues en 2004) est largement compensée par la hausse de la distribution par les associations. Au total, la diffusion de seringues progresse de 7,42% au niveau national, seules 4 régions présentant des résultats à la baisse.

*La mesure des pratiques d'injection est sujette à controverse selon les observateurs. Si nous disposons pour la première fois d'une évaluation de la diffusion de seringues par l'ensemble du dispositif de RDR, nous ne sommes toujours pas en mesure de fournir une mesure nationale de la distribution de seringues pour les usagers de drogues, puisque les statistiques de ventes de seringues seules ne sont pas rendues publiques.*

*Les données recueillies montrent néanmoins une hausse significative de la diffusion de seringues entre 2004 et 2005 (+7,4%) ; hors ventes à l'unité, 9 268 493 seringues ont été distribuées en 2005 aux usagers de drogues (5 121 532 seringues par la vente de stéribox et 4 146 961 seringues par le dispositif de RDR – source INVS/SIAMOIS, INSEE).*

## **6. Les files actives**

6.1. Le nombre total d'usagers de drogues rencontrés sur le territoire national est de 246 198 personnes.

6.2. Plus précisément :

- 52 478 personnes fréquentent les lieux d'accueil ;
- 8 058 autres personnes sont rencontrées dans le cadre du travail de rue ;
- autour de 185 000 personnes sont contactées en milieu festif.

6.3. Dans certaines régions où l'on diffuse beaucoup de seringues, les files actives d'usagers pris en charge par les associations sont faibles, car il y a peu de lieux d'accueil ou de CAARUD. A titre d'exemples, une file active de 120 usagers pour 208 986 seringues diffusées en Poitou-Charentes, une file active de 297 usagers pour 215 693 seringues diffusées en Champagne-Ardenne, contre une file active de 741 personnes pour 192 684 seringues diffusées en Picardie ou encore une file active de 2 296 personnes pour 251 238 seringues diffusées en région Centre.

*Certaines régions sont manifestement sous dotées en dispositifs d'accueils pour les usagers de drogues.*

*Depuis longtemps, les acteurs demandent que les modes d'approche soient complémentaires et que toutes les régions soient dotées de dispositifs pour contacter et accueillir les usagers de drogues, qu'ils soient usagers occasionnels ou dépendants.*

## **7. Les actions réalisées**

7.1. Certains CAARUD sont des structures en création, d'autres doivent développer leur activité pour se mettre en conformité. Aujourd'hui, certains CAARUD ne réalisent pas encore l'ensemble des missions obligatoires qui leurs sont confiées.

7.2. Nous ne disposons pas encore de description qualitative des files actives mais les rapports d'activités envoyés et les descriptions des prises en charge au long cours montrent la diversité des problématiques associées à la prise de produits (mauvais état de santé général, troubles psychiatriques, grossesses non désirées ou non suivies...).

*Au total, les structures de RDR, CAARUD ou non, réalisent une palette d'actions assez diversifiée. Au regard de la difficulté d'obtenir des réponses globales par le dispositif de droit commun, face aux difficultés d'orientation, les associations ont développé de plus en plus de réponses complémentaires au droit commun.*

## **8. La question de la professionnalisation**

8.1. le taux d'encadrement dans les structures est totalement hétérogène sur le territoire national ; le faible nombre d'ETP salariés dans une cinquantaine de CAARUD (moins de 4) est préoccupant, au regard de la liste des missions à remplir.

8.2. La place des professionnels volontaires et mis à disposition est importante (plus du tiers des ETP globaux), d'abord dans les structures non CAARUD où ils représentent 50% des effectifs, mais aussi dans les CAARUD où ils représentent un tiers des effectifs.

*Le taux d'encadrement dans les structures semble faible par rapport à la palette de missions exigées. L'effort de professionnalisation ne sera pas suffisant pour répondre à ces exigences ; le renforcement des équipes sera aussi déterminant pour en améliorer l'efficacité.*

## **RECOMMANDATIONS**

### **1) VALORISER LES RESULTATS DE LA POLITIQUE DE RDR**

Les résultats de la politique de RDR sont méconnus, notamment des décideurs. Nous préconisons d'envoyer les résultats de cette étude aux députés et sénateurs, accompagnés de données épidémiologiques complémentaires.

### **2) RENFORCER LA COLLECTE ET LA DIFFUSION DES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES**

Au-delà de cette enquête, il est nécessaire de rapprocher les différents recueils de données pour avoir une évaluation plus juste de la réalité, notamment en matière de recours à l'injection.

Il est ainsi indispensable de pouvoir rapprocher les données de diffusion de seringues par les associations de la vente de stéribox et seringues à l'unité en pharmacie (travaux de l'InVS, de Becton-Dickinson, etc.) ou encore de disposer de données épidémiologiques régulièrement actualisées permettant de suivre les évolutions locales de l'épidémie de VHC, par exemple en généralisant les enquêtes de type « coquelicot ».

### **3) POURSUIVRE LA SECURISATION DU DISPOSITIF (PES NON CAARUD) ET AMELIORER LA COUVERTURE TERRITORIALE**

L'institutionnalisation du dispositif de RDR est globalement une réussite mais plusieurs problèmes subsistent et doivent être rapidement pris en considération :

#### A/ compléter l'équipement des grandes agglomérations :

un effort doit être prioritairement conduit vers les villes de plus de 40 000 habitants ne disposant encore d'aucun dispositif de RDR, mais aussi vers certains secteurs ruraux qui sont sous dotés en offre de prévention et de soins, alors que largement confrontés aux problématiques d'usage de substances psycho-actives.

#### B/ relancer la participation des collectivités territoriales :

l'implantation ou l'extension des structures de RDR se heurte souvent à des résistances locales. Une nouvelle impulsion est nécessaire pour atteindre les objectifs de la circulaire de 1998.

#### C/ assurer la présence d'au moins 1 CAARUD par département :

les dispositifs isolés fonctionnent peu ou mal (par exemple un automate isolé dans un département). Nous préconisons que dans chaque département, l'offre de RDR soit organisée autour d'un CAARUD (au minimum) renforcé par des antennes mobiles, interventions en milieu festif, automates, PES en pharmacie et l'appui des CSAPA, sur les zones non couvertes de son territoire d'intervention.

#### **4) RENFORCER LA LUTTE CONTRE LE VHC :**

Une lutte efficace contre l'hépatite C demande d'intensifier la mobilisation en facilitant concrètement le travail des équipes. Cela suppose l'identification des stratégies les plus pertinentes, le développement d'outils adaptés, l'amélioration des connaissances et le déploiement d'actions innovantes.

A/ Etablir un consensus sur les risques de contamination lors des consommations par voie nasale ou buccale et produire des outils de RDR adaptés et homologués (kit crack et kit sniff).

B/ Faciliter la diversification et l'accès aux matériels de consommations par voie IV (différentes tailles de seringues et d'aiguilles, différents types de filtres, mise à disposition de matériels à l'unité...).

C/ Etablir un consensus sur la validité et les protocoles d'utilisation des tests de dépistage rapide et mettre à disposition les moyens financiers et humains et les outils en conséquence.

D/ Permettre des actions expérimentales : de nombreux témoignages indiquent que les stratégies actuelles ne sont pas adaptées à certaines situations particulières d'injection et à l'inexpérience des nouveaux usagers. Actuellement des projets existent pour expérimenter de nouveaux dispositifs tels que l'accompagnement à l'injection, le développement de salles de consommation, la mise en place de PES en milieu carcéral.

E/ Renforcer le nombre de place d'hébergement de stabilisation : sur une file active nationale suivie de 60 000 personnes, on pourra estimer à 50% soit 30 000 ceux susceptibles d'être porteurs du VHC ; parmi elles, on pourrait estimer à 10%, soit 3000, ceux qui ont besoin d'un traitement et 50% d'entre eux – soit 1500 personnes – sont en grande précarité. Or le nombre de place total actuellement est de 90. Il faudrait donc multiplier au moins par 15 le nombre de place d'hébergement de stabilisation, en plus de la consolidation de places d'hébergement d'urgence indispensables mais qui ne sont pas, quant à elles, adaptées à la mise en place du traitement. Il pourrait être envisagé la création de CAARUD résidentiels (collectifs ou éclatés) avec mission de stabilisation, au même titre que ce que réalisent les CSAPA dans une visée thérapeutique.

#### **5) POURSUIVRE LE SUIVI DE L'INSTITUTIONNALISATION DU DISPOSITIF**

Nous préconisons une reconduction de l'enquête en 2008 portant sur les résultats de l'activité 2007, notamment pour mesurer l'évolution des structures sur les années 2003, 2005 et 2007 et les moyens budgétaires dont elles disposeront.

#### **6) RENFORCER LA CAPACITE DE TRAVAIL DES EQUIPES**

Nous attirons l'attention sur le risque qu'il y aurait à considérer uniquement le ratio file active / nombre d'ETP pour seule mesure de l'adéquation entre le nombre de personnels et la réponse aux besoins, notamment en raison de la diversité des prestations

réalisées dans les structures, qui nécessitent parfois une prise en charge lourde et complexe.

Nous préconisons d'augmenter le nombre minimum de personnels salariés dans les équipes afin qu'il corresponde mieux à l'exigence des 6 missions imposées et que les structures soient consolidées.

Enfin, il faudra fournir des efforts importants pour assurer une qualification spécifique des effectifs.

## Synthèse des recommandations

### **1) Valoriser les résultats de la politique de RDR**

### **2) Renforcer la collecte et la diffusion des données épidémiologiques**

### **3) Poursuivre la sécurisation du dispositif (PES non CAARUD) et améliorer la couverture territoriale**

A/ compléter l'équipement des grandes agglomérations :

B/ relancer la participation des collectivités territoriales :

C/ assurer la présence d'au moins 1 CAARUD par département :

### **4) Renforcer la lutte contre VHC :**

A/ Etablir un consensus sur les risques de contamination par voie nasale ou buccale

B/ Faciliter la diversification et l'accès aux matériels de consommations par voie IV

C/ Etablir un consensus sur l'utilisation des tests de dépistage rapide

D/ Permettre des actions expérimentales

E/ Renforcer le nombre de place d'hébergement de stabilisation

### **5) Renforcer la capacité de travail des équipes**

### **6) Poursuivre le suivi de l'institutionnalisation du dispositif**