

Rapport d'Activité 2015



Sommaire

L'Association ARIA

Rapport Moral	3
<i>Jeanine FRIESS, Présidente.</i>	
Liste des membres du Conseil d'Administration de l'Association ARIA au 14/09/2015	5
Les établissements et services d'ARIA	7
Introduction Générale	9
<i>Damien THABOUREY, Directeur.</i>	

Le CAARUD RuptureS

Patchwork	17
<i>Florent Martel, Chef de Service Educatif.</i>	
Vignette	19
<i>Christine DERIS, Intervenante de Prévention Santé.</i>	
Comment passer d'un public à un autre en matière de conversation :	21
de la prévention à la RDR	21
<i>Cyril PERRONNET, Intervenant de Prévention Santé.</i>	
Les malentendus	23
<i>Ketevan GREMILLON, Intervenante de Prévention Santé/Interprète russophone.</i>	
Là où ça s' fait, quand ça s'fait, comment ça s'fait ?	25
<i>Nina TISSOT, Educatrice Spécialisée/Intervenante de Prévention Santé.</i>	
Mieux vaut tard que jamais	31
<i>Philippe GRANDJEAN, Educateur Spécialisé/Intervenant de Prévention Santé.</i>	
Marcus ad vitam æternam, effets de dé-formation de la RdR	35
<i>Stéphanie PITTET, Infirmière.</i>	
Cette malheureuse surprise	39
<i>Thomas PETIT, Educateur Spécialisé/Intervenant de Prévention Santé.</i>	
La fumée s'en mêle	41
<i>Camille LOUPIAC, stagiaire Educatrice Spécialisée.</i>	
Evaluation des actions 2015	45
Annexes	81
Items d'entretiens conduits en 2014	
Le Décret du 19/12/2005	

Rapport Moral

Jeanine FRIESS, Présidente.

Cette assemblée générale est un peu particulière cette année. Sans doute s'agit-il de la dernière d'ARIA.

En effet, depuis plusieurs années (j'en ai d'ailleurs fait état dans mon rapport moral chaque année), nous avons eu la préoccupation de repenser le positionnement stratégique de notre association. C'est ainsi que nous nous étions efforcés de favoriser un regroupement régional des associations gestionnaires du secteur de l'addictologie qui ont une histoire commune. Nous répondions mieux ainsi à l'organisation de notre administration de contrôle, désormais régionale (l'Agence Régionale de Santé) et, l'union faisant la force, nous nous rendions plus solides, plus efficaces et plus pertinents à l'égard de nos usagers, plus cohérents, plus crédibles et plus adaptables à l'égard de nos différents partenaires.

Malgré notre engagement, nous avons dû nous résoudre à l'idée que ce projet n'aboutirait pas, chacun des autres dirigeants associatifs, dans les autres départements, suivant une évolution différente. Ayant conservé la conviction qu'un projet de regroupement restait incontournable si l'on voulait assurer l'avenir de notre association, la qualité et l'évolution et ses services, nous avons étudié différents scénarios.

Nous avons, finalement, arrêté notre choix sur OPPELIA, association nationale qui nous a paru défendre les mêmes conceptions et les mêmes valeurs, en ce qui concerne l'accompagnement et la prise en charge des usagers, que celles qu'ARIA a toujours défendu dans son histoire.

Après plusieurs rencontres entre les membres des deux conseils d'administration et ses directeurs, nous avons engagé ce processus de rapprochement tout début 2016. Le travail devra se poursuivre encore plusieurs mois pour aboutir à une fusion/absorption par OPPELIA et par conséquent à la disparition d'ARIA comme entité juridique indépendante. Nous aurons à voter dans un instant à la validation de ce processus visant cette fusion avec OPPELIA.

Nous sommes convaincus que notre fusion avec OPPELIA nous permettra de défendre et de soutenir les projets qu'ARIA porte actuellement. Certains administrateurs resteront présents au sein des instances d'OPPELIA pour défendre, aux côtés des dirigeants, les intérêts de nos établissements dans notre région et la réalisation de leurs projets. En outre, nous devons créer des comités locaux composés d'administrateurs, de professionnels et d'usagers afin d'assurer les liens nécessaires à un fonctionnement de qualité entre nous puis entre la région et le national.

D'autres points ont été abordés cette année sur lesquels notre association a dû statuer. Mais tout d'abord, la très mauvaise nouvelle qui aura marqué la fin d'année 2015.

Il s'agit de la suppression, par les administrations concernées, du financement d'une action que nous réalisons depuis 1996, par l'APUS puis ARIA en 2010, intitulée « Préparation à la sortie de prison ». Dans une logique de préparation à la sortie et de prévention de la récidive, cette action visait à favoriser l'insertion sociale et professionnelle des détenus libérés.

Non pas que cette intervention ne soit plus considérée comme pertinente. Cette action menée par une équipe de deux assistantes de service social très engagées avait toujours donné toute satisfaction. Mais elle ne faisait, semble-t-il, plus partie des priorités. S'il appartient aux décideurs politiques de choisir les interventions qu'ils souhaitent (ou ne souhaitent plus) financer, nous ne pouvons que nous étonner que l'aide sociale et l'accès aux droits pour les personnes détenues puissent ne plus faire partie des priorités des pouvoirs publics.

Ainsi, ces restrictions budgétaires et ces choix politiques nous ont contraints, la mort dans l'âme, à la suppression des deux postes de travail concernés et, donc à procéder à deux licenciements pour motif économique.

Par ailleurs, le Conseil d'administration a pris acte que les locaux sur trois étages de l'immeuble d'habitation que nous louons place du Griffon ne sont plus adaptés à notre activité. Plus de 800 personnes y sont accueillies chaque année. Les incidents se sont multipliés ces derniers temps, le maintien de la sécurité et de la sérénité des personnes accueillies, des professionnels et du voisinage est désormais difficilement garanti. Par conséquent, nous recherchons activement des locaux pour le CSAPA du Griffon, le CHRS APUS et le siège.

Pour terminer, je souhaite vous informer de ma décision de ne pas re-solliciter cette année la fonction de présidente. J'ai demandé à notre collègue et ami, Jo-Marie COLLARD, ici présent, de me succéder à la Présidence. Il a soutenu activement ce projet de fusion à mes côtés et tient à continuer, après la fusion, à défendre l'intérêt de nos structures, tant au sein d'OPPELIA qu'auprès de ses différents partenaires. Une des raisons de cette prise de relais, ce sont ses compétences techniques indéniables dues à un long parcours comme dirigeant d'établissements médico-sociaux, ce qui lui donne les qualités requises, outre ses qualités humaines, pour accompagner l'évolution juridique dans laquelle nous nous engageons. Je vous assure, quant à moi, de la poursuite de mon engagement au sein de la nouvelle organisation.

Je remercie très sincèrement et chaleureusement les professionnels d'ARIA, pour leur travail, leur implication, leur dynamisme, ils nourrissent la vitalité actuelle de notre association. C'est cette vitalité qui nous amène à vouloir un meilleur portage dans les années qui viennent, pour lesquelles, nous le savons, les temps sont aux restrictions budgétaires et, par conséquent, à davantage d'innovations et de créativité.

Liste des membres du Conseil d'Administration de l'Association ARIA au 14 septembre 2015

(après élection du Bureau)

	Nom, prénom	Fonction
1.	FRIESS Jeanine	Présidente
2.	GEREY Nicole	Vice Présidente
3.	MEUNIER Frédéric	Vice Président
4.	COLLARD Joseph -Marie	Trésorier
5.	FAILLA Gemma	Trésorière Adjointe
6.	RELAVE Thierry	Secrétaire
7.	ARNAUD Jacques	Membre
8.	COR Jean-Louis	Membre
9.	DURAND Jean	Membre
10.	GERFAUD Emmanuel	Membre
11.	HERRMANN Monik	Membre
12.	HOESTLANDT Benoît	Membre
13.	MORLOT Michel	Membre
14.	RAGUIN Gilles	Membre

Les établissements et services d'ARIA



Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.
(toutes addictions y compris sans produit).

7 Place du Griffon – 3^e étage
BP 1111 – 69202 – LYON CEDEX 01
Tel. : 04.72.10.13.13 – Fax : 04.72.10.13.19
Csapa-griffon@aria-asso.fr



Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues.

36 rue Burdeau
69001 Lyon
tél.: 04 78 39 34 89 - fax : 04 78 30 10 08
caarud.ruptures@aria-asso.fr



Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
Action spécifique auprès des hommes et des femmes concerné(e)s par la prostitution, rencontrant des difficultés liées à l'orientation sexuelle ou l'identité de genre.

7 place du Griffon – 5^e étage
69001 Lyon
tél.: 04 72 00 32 90 - fax : 04 72 10 13 19
chrs.apus@aria-asso.fr



APUS Préparation à la sortie de prison
auprès des détenus des prisons de Lyon-Corbas et Villefranche sur Saône.

Maison d'arrêt de Lyon-Corbas
Service pénitentiaire d'insertion et de probation
40 boulevard des Nations
BP 351 / 69962 Corbas
tél.: 04 72 48 35 92 + 04 72 48 35 93
fax : 04 72 48 36 01
rsa.prison@aria-asso.fr



Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.
(addictions aux produits illicites et sans produits).

131 rue de l'Arc
69400 Villefranche sur-Saône
tél.: 04 74 62 15 92 - fax : 04 74 03 95 47
csapa.jonathan@aria-asso.fr



Point Accueil Ecoute Jeunes et Consultations Jeunes Consommateurs de cannabis et autres substances psychoactives.

Maison Des Adolescents
22 rue Dessaigne
69400 VILLEFRANCHE SUR SAONE
tél.: 04 74 60 59 00
lintermede@aria-asso.fr

Introduction Générale

Damien THABOUREY, Directeur.

Initiée il y a maintenant quelque années, l'orientation donnée à nos activités de sortir de nos murs, de s'ouvrir aux autres, vers l'extérieur, de s'appuyer sur les compétences et les forces de nos partenaires, d'aller à la rencontre des personnes qui pourraient bénéficier de nos actions sans attendre qu'elles ne passent la porte de nos structures, cette orientation donc, a été particulièrement renforcée cette année 2015.

Vous trouverez dans les différents rapports d'activités la présentation de ces actions et souvent, pour aller plus loin, une réflexion sur le sens que nous donnons à ce travail. Cela me donne l'occasion de remercier ici les professionnels d'ARIA qui ont accepté d'écrire pour le rapport d'activité de leur établissement. Leur participation à ce travail de restitution vient renforcer la dimension collective de notre action et apporte sans aucun doute une plus-value à ces documents qui sont, nous avons eu plusieurs retours en ce sens, particulièrement appréciés.

En tant qu'acteurs associatifs, gestionnaires d'établissements et services sociaux et médicosociaux, nous défendons cette volonté d'ouverture pour répondre à une impérieuse nécessité de nous adapter à trois évolutions majeures.

La première concerne indiscutablement les mutations que connaît depuis plusieurs années le secteur social et médicosocial. Avec les deux grands textes que sont la loi 2002-2 et la loi HPST, les pouvoirs publics ont intensifié leur rôle en termes de normalisation des interventions, de régulation des autorisations et de leur renouvellement. Evaluation interne et externe, droits des usagers, appels à projets, démarche qualité, contraintes budgétaires, hyper-réglementation sont autant d'éléments devant être pris en compte par les dirigeants associatifs pour positionner leurs structures dans cet environnement en mouvement, de plus en plus concurrentiel, de plus en plus exigeant. Nous devons donc nous adapter aux évolutions que connaît notre secteur. Cela nous demande, en plus d'une organisation administrative solide, de mettre en place des actions innovantes et performantes, plus légères et plus réactives. Et moins chères. Les contraintes budgétaires nous obligeront de toute façon à faire mieux, avec moins... C'est ce que nous faisons lorsque nous développons, pour prendre deux exemples, l'intervention mobile sur le nord du département par l'équipe de RuptureS ou le partenariat fort sur les missions des CJC du CSAPA du Griffon avec nos collègues de Lyade. La très forte implication de l'équipe du CHRS APUS dans les évaluations interne et externe que nous avons réalisées en 2015 montre également notre capacité à faire la synthèse entre respect des textes réglementaires, renforcement du sens et amélioration des pratiques professionnelles.

La deuxième évolution que nous devons intégrer dans notre positionnement d'acteur est celle du champ des addictions lui-même. Nous avons parfois tendance à l'oublier, mais ce champ d'intervention est très jeune. En France, l'addictologie en tant que « discipline » n'a pas encore 20 ans. Les premiers CAARUD ont fêté leurs 10 ans en 2015 et les premiers CSAPA ont été créés en 2009... Nous intervenons donc dans un champ professionnel en construction, tant sur le fond que sur la forme. Comment intégrer les fondamentaux de la réduction de risques dans l'ensemble de nos actions ? Comment développer la prévention et l'intervention précoce pour intégrer ces nouvelles missions obligatoires dans les CSAPA ? Comment positionner les structures dans leurs missions à la fois comme pivot et ressources sur les territoires ? Bien d'autres questions vont se présenter à nous – et la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 en apportera également – et nous devons être en capacité d'y apporter des réponses concrètes, en phase avec les enjeux du champ des addictions et du secteur social et médicosocial dans son ensemble. Le travail initié cette année par le CSAPA Jonathan auprès des médecins généralistes et le projet de microstructures qui pourrait en découler va dans ce sens. L'implication des professionnels des CJC de Lyon et de Villefranche dans un programme de formation de formateurs à l'entretien motivationnel en lien avec l'Education Nationale participe également de cette évolution de nos pratiques et de notre place d'acteur privilégié.

Troisième et dernière évolution qui me semble primordiale de prendre en compte : celle des personnes accompagnées et de leurs besoins. Dans une société de l'information, du 2.0 voire du 3.0..., avec un mouvement de fond qui replace les personnes, et en particulier dans le champ de la santé, comme les acteurs principaux de leur choix et de leur destinée, nous accueillons et accompagnons des usagers mieux informés de leurs droits et plus exigeants sur les prestations et leur qualité. La relation soignant/soigné se modifie, la place des usagers dans les structures évolue au profit d'une citoyenneté et d'une responsabilité individuelle réaffirmée. Nous devons continuer et intégrer cette évolution au cœur de nos pratiques professionnelles, d'une part dans la relation que nous proposons à partir des accueils et des accompagnements, mais aussi dans les bases mêmes de nos actions, en prenant appui sur les compétences et l'expérience des usagers, en les associant encore plus à l'élaboration, à la réalisation et à l'évaluation de nos activités. La mise en place des réunions de participation des usagers au sein des établissements d'ARIA, et même si celles-ci ne répondent pas encore à l'ensemble de ces objectifs, est une première étape dont les équipes ont su se saisir pour soutenir leur réflexion.

Tous ces enjeux liés aux mutations que connaît notre champ professionnel sont régulièrement évoqués et débattus dans les différentes instances de notre association. Et c'est parce que le Conseil d'Administration en a pleinement conscience qu'un rapprochement était indispensable, et que le projet de fusion avec Oppelia est rapidement apparu comme une évidence. Nous sommes convaincus qu'ensemble, plus forts, nous pourrions faire de ces contraintes des opportunités pour permettre à nos établissements de s'inscrire dans la durée en étant capables d'intégrer ces différentes dimensions.

Malheureusement, comme souvent, les bonnes nouvelles sont accompagnées de mauvaises... La baisse de financements publics et la définition de nouvelles priorités pour l'attribution des subventions auront finalement eu raison de l'action RSA Prison. Les trois financeurs, la Métropole de Lyon, l'Etat et le Conseil Départemental du Rhône nous ont informés, en fin d'année 2015, du non-renouvellement de leur soutien. Faute de pouvoir mobiliser des financements alternatifs, et ce malgré le soutien de nos partenaires dont en premier lieu le SPIP du Rhône, le Conseil d'Administration d'ARIA n'a malheureusement pas eu d'autre choix que de mettre fin à l'action. Avec toutes les conséquences qui s'ensuivent et, en premier lieu, le licenciement pour motif économique de nos deux collègues. Portée dès 1996 par l'APUS, puis par ARIA, cette intervention originale et tellement utile pour les détenus bénéficiaires du RSA s'arrête donc, après vingt années d'activité. Que tous les professionnels ayant œuvré à la réalisation de cette action soient ici vivement remerciés pour la qualité de leur travail et pour avoir porté, parfois à bout de bras, cette action qui nous paraissait pourtant être indispensable à l'accès aux droits des personnes incarcérées. Cette disparition de l'action RSA Prison nous rappelle, et assez durement, que notre secteur n'est malheureusement pas épargné par les restrictions budgétaires et, que nous les approuvions ou pas, par les orientations politiques des financeurs. Une raison de plus pour rester attentifs aux évolutions de notre société et pour nous engager sur la voie de ce rapprochement avec Oppelia.

Pour conclure, je remercierai tous les salariés d'ARIA qui œuvrent au quotidien pour faire vivre notre association, pour inscrire ses activités au plus près des personnes que nous accueillons et accompagnons, dans une recherche de sens, de pragmatisme et de qualité. Nous avons devant nous, nous l'avons vu, un certain nombre de défis à relever... et j'ai de bonnes raisons de penser que, collectivement, nous allons y arriver.

Bonne lecture !



Remerciements :

Comme chaque année, certaines actions décrites dans ce document ne pourraient pas avoir lieu sans les bénévoles qui nous épaulent. Nous leur adressons donc nos plus sincères remerciements et leur disons tout notre intérêt à poursuivre avec eux le dialogue et la collaboration.

Patchwork

*Florent Martel,
Chef de Service Educatif.*

Est-ce l'effet d'une pratique de plus en plus soumise au rythme sans borne de notre temps, et de notre champ d'activité ? Est-ce la répercussion dans nos institutions de l'omniprésence du discours des addictions dans la société, où, toujours, il s'agit d'aller plus vite, plus loin, dans une valorisation de l'au-delà de nos limites, sans entendre le caractère mortifère de cette injonction ? Est-ce donc par réaction à ces derniers éléments, ou par une certaine habitude, entraînant une probable volonté de renouveau, qui nous a poussés, cette année à proposer des textes légèrement différents de ceux proposés les années précédentes ?

Quoi qu'il en soit, le CAARUD RuptureS, cette année, propose donc à la lecture une galerie de portraits d'usagers, de pratiques professionnelles, d'usages constatés de produits psychoactifs, mais encore, et surtout, un patchwork des aspérités quotidiennes de notre travail. Ces petites butées sont autant de points auxquels nous nous accrochons tous les jours, des petits cailloux, des matières à travailler, qui nous rappellent qu'il n'y a de protocole valable qu'au un par un.

La justesse de notre action repose sur cette capacité à tenir ensemble

- la dimension réflexive, d'organisation, cette condition nécessaire à la vie en collectivité, ce qui en fait un lien social, une société, et
- la dimension strictement individuelle de la confrontation à ce qui nous déborde de notre rapport au plaisir, à l'intime, au corps... et s'exprime – parfois – dans un rapport instable aux psychotropes et autres objets d'addictions.

Je remercie les professionnels du CAARUD pour ces instants très enseignants, prélevés à leur pratique, et pour avoir fait l'effort de nous livrer ce patchwork, où les tissus de l'intime sont liés entre eux par le fil de l'organisation de la réflexion. Ils donnent à voir l'indispensable aller-retour que nous effectuons en permanence entre la pragmatique de l'urgence et l'élaboration de l'accompagnement.

Vignette

*Christine DERIS,
Intervenante de Prévention Santé.*

Un matin d'octobre sur la Boutique, un peu de monde mais raisonnablement ; je suis d'accueil avec les collègues. Plusieurs usagers me font des demandes pragmatiques : « *une machine faut de la lessive* » ; « *je peux prendre une douche ? Je peux avoir une serviette ? Un slip, des chaussettes, du gel douche ?* » ; « *Y' a plus de jus de fruit ?* » ; « *Je peux avoir une photocopie de ma carte d'identité ?* »...

Bref, je cours un peu (ce qui n'est pas très raisonnable à mon âge). Je salue au passage les nouveaux arrivants. Et puis, au milieu, une collègue me signale que M veut me parler. Je lui dis que j'arrive dès que j'ai fini d'être occupée. Comme les demandes se succèdent et que, pour être totalement objective, je ne suis pas sûre d'être complètement motivée, je me laisse envahir par les demandes.

Je reviens de la réserve et là, dans le couloir, derrière le poteau, M m'attrape me signifiant qu'il veut me dire quelque chose. Je m'arrête et constate directement qu'il ne va pas bien. Il me signifie qu'il veut tuer je ne sais qui, même s'il vient à RuptureS. Bref, je sens bien l'urgence et que le moindre début d'étincelle se traduira immédiatement en explosion. Je l'embarque dans l'infirmerie afin de pouvoir discuter tranquillement. Surtout le poser, faire en sorte qu'il « *redescende* »...

Nous nous asseyons. Il me déverse sa rage, sa colère, voire sa haine ; j'écoute sans forcément tout comprendre, je reformule, j'essaye de savoir ce qu'il a consommé. Il me raconte aussi son histoire tragique, le décès de sa compagne. Nous échangeons autour du deuil, de la tristesse. Il y a des larmes mêlées de rage, mais je l'encourage à laisser sortir.

C'est bien la première fois qu'il échange ainsi. Nous devons bien rester une grosse heure et, croyez-moi, c'est plutôt intense. En plus, la veille, il s'est fait piquer son portable et quelques sous par deux « *en.....* » qui viennent ici. S'il les voit, il les bute... quand bien même, il connaît le cadre et nous respecte mais là « *rien à foutre* »... C'est prometteur ! M s'étant enfin un peu calmé, j'en profite pour interpeler ma collègue infirmière. Je lui résume la situation ; évidemment, les deux personnes en question sont dans la salle d'accueil. Nous décidons d'en informer M et savoir si c'est gérable pour lui ou s'il préfère éventuellement sortir. La discussion s'engage et le renfort d'une tierce-personne est le bienvenu. En plus, nous, il nous aime bien ! Cela paraît peu mais parfois, c'est bien pratique...

Nous sortons enfin de l'infirmierie, il pense pouvoir rester sans esclandre. L'un des comparses a eu la bonne idée de partir. Le deuxième sera régulièrement fusillé du regard, et c'est peu dire. Je lui propose de fumer une clope dans le fumoir. Je vais rester à ses côtés ; ne pas le lâcher d'un regard. Eviter que les deux ne se croisent de trop près, un geste est si vite parti... Je remets un peu de distance avec M, afin de ne pas produire l'effet inverse, mais je reste vigilante. M quitte la boutique un « *cran* » en dessous de son arrivée.

Cette vignette me permet de souligner l'importance de la géographie du lieu d'accueil et de ce que cela génère en terme de circulation des personnes et donc, de parole. De même, le fait de « *sortir* » M de l'espace collectif vers un lieu plus petit, fermé et contenant, a sans doute facilité le travail. Cette explicitation, ou plus précisément cette mise en mots, ne se fait pour moi, que plus tard, puisque dans ma pratique j'utilise aussi « *l'instinct* ».

Comment passer d'un public à un autre en matière de conversation : de la prévention à la RDR...

*Cyril PERRONNET,
Intervenant de Prévention Santé.*

Au sein de notre CAARUD, notre mission principale consiste à diffuser les outils de Réduction des Risques et promouvoir leur usage. Au cours de nos différentes actions, nous touchons divers publics de consommateurs de produits psychoactifs, que ce soit au sein de nos locaux, lors des accueils collectifs et individuels, ou au cours des actions de maraudes en milieu urbain et dans le secteur plus rural du nord du département du Rhône. Sur toutes ces actions-là, nous touchons un public averti, qui nous connaît et qui a appris à nous connaître avec, comme demande principale, la diffusion du matériel de réduction des risques et des messages inhérents.

Pour les nouvelles personnes qui désirent fréquenter l'accueil collectif du CAARUD et qui ont besoin de nos services, notre mode d'accueil passe par un entretien, qui permet de se présenter et de parler de ses consommations de produits. Cela nous permet de savoir si la personne est concernée par notre structure et nos services.

Pour avoir accès aux diverses prestations, il faut être consommateur de produits psychoactifs. L'entretien passe donc par un échange sur le parcours de vie de la personne mais aussi, et surtout, sur les produits consommés, les modes de consommation et les quantités.

Lors de cet entretien, il n'y a pas de filtre ou de sujet détourné, nous parlons sans tabou des produits, de la consommation personnelle, tout en passant par les messages et les outils de la Réduction des Risques et des dommages. Si les usagers sont parfois hésitants dans leurs réponses, s'ils nous donnent de vagues informations au départ, ils finissent généralement par se livrer assez librement, sachant bien dans quelle structure ils se trouvent et pourquoi ils en ont poussé la porte. Il en découle alors un climat de confiance qui leur permet d'échanger avec l'équipe.

Cependant, sur certaines actions, le premier contact ne peut pas passer par un entretien de ce type. L'une d'entre elle cible un public plus discret et plus inséré : le public étudiant et fréquentant les lieux festifs.

Nous installons et animons des stands de prévention et de Réduction des Risques en journée, auprès des étudiants sur différents campus universitaires.

Cela nous amène à passer d'un cadre d'entretien individuel et intimiste – celui de nos locaux – à un cadre ouvert, avec un discours plus généraliste sur la RdR. Nous partons ici de la simple sphère de prévention, pour arriver à de la Réduction des Risques à

proprement-parler. Après du public étudiant, nous parlons d'abord des produits, en donnant des exemples larges, ce qui permet de ramener la personne à ses propres consommations (qu'elles soient très occasionnelles, récréatives, ou plus régulières...).

En effet, le public étudiant n'a pas tendance à pousser la porte des CAARUD, car il ne se perçoit pas comme usager de drogues, ce qui l'enfermerait dans une posture où le produit deviendrait sujet principal. Les jeunes gens que nous rencontrons considèrent systématiquement leurs consommations comme secondaires.

Nos discours évoluent donc en fonction du public et au fil des rencontres.

Pour illustrer nos façons d'intervenir, je propose un exemple d'une étudiante rencontrée sur un stand.

Conversation avec Julie, une étudiante de passage sur notre stand universitaire : elle regarde les présentoirs et les différents flyers, les minutes passent, nous discutons avec d'autres étudiants. Elle continue à feuilleter les dépliants, nous la voyons tendre une oreille discrète. Elle flâne autour du stand ; alors j'entame la conversation : « *N'hésite pas à te servir en flyers ! Et si tu as des questions, nous sommes là...* ». Et c'est ainsi que la conversation démarre, elle m'interroge sur le CAARUD (qui sommes-nous ? que fait-on sur le campus ?...)

Nous discutons un moment sur les grands principes de la RdR, la nécessité de se protéger, de savoir ce que l'on consomme, les risques encourus,....

Nous commençons alors à évoquer les consommations : celles de ses amis. Certains consomment occasionnellement, d'autres plus systématiquement dès qu'arrive le week-end. Notre conversation est interrompue à une ou deux reprises, pour répondre à des demandes d'autres étudiants.

Après avoir balayé un long moment le champ de la Réduction des Risques, après avoir parlé de ses copains, elle commence à évoquer une consommation qu'elle aurait eue par le passé.

Alors que les partiels approchaient, que les révisions s'intensifiaient, quelques semaines avant des examens, Julie a commencé à prendre de la Ritaline®. « *J'ai consommé de la Ritaline® pendant deux ans* » confie-t-elle. « *Ce n'était pas l'euphorie mais je me sentais plus efficace, j'étais plus forte. Mais à quel prix. Cela m'a abimé le système digestif et j'ai commencé à être dépressive* ». Il m'est aussi arrivé de consommer de la MDMA en soirée. Aujourd'hui, elle ne consomme quasiment plus rien, ou très occasionnellement, mais elle est en colocation et ses colocataires prennent des produits assez régulièrement les week-ends. Elle quittera le stand en emmenant des carnets de Roule ta Paille pour eux.

A travers cet exemple, nous notons combien les messages de Réduction des Risques méritent d'être toujours reconsidérés et adaptés au cas par cas, selon l'individu et le contexte de la rencontre.

Il nous faut régulièrement réinventer notre discours, tenant compte du parcours de l'utilisateur, de son aisance, de son envie de parler ou de ses réticences. Lorsque nous « *allons vers* » un public qui n'a pas fait la démarche de venir à nous, nous remarquons généralement que le fait de parler dans un premier temps « *des potes* », des « *autres* », permet souvent de tester notre discours et nos positionnements.

Les malentendus

*Ketevan GREMILLON,
Intervenante de Prévention Santé/Interprète russophone.*

Dans le cadre de mon travail, une partie de mon emploi du temps est consacrée à l'accompagnement médico-social des usagers russophones. Il consiste à les accompagner physiquement, ou par téléphone, vers nos partenaires sociaux ou hospitaliers.

Certes, chaque accompagnement est unique et personnel, mais il y a quelques difficultés communes que j'ai pu constater au travers de cette mission.

La première est la barrière de la langue - mais pas tant que ça finalement, car beaucoup d'usagers comprennent très vite 50 % à 70 % de nos échanges.

La seconde est leur grande difficulté dans l'interprétation des informations qu'ils ne comprennent pas, ce qui reflète leur manque de connaissances sur notre système médico-social :

- le fonctionnement des associations de notre secteur et leur cadre de travail ;
- le champ du travail social et ses limites ;
- l'organisation du cadre hospitalier ;
- le droit des étrangers et ses limites.

Alors que le savoir, lorsqu'il est acquis, peut être un moteur dans la vie, le non-savoir prend l'allure d'un complot et du pouvoir maléfique. Ne pas savoir donne des sensations infantilissantes et angoissantes, ou le seul repère demeure dans les codes et les fonctionnements déjà acquis. Sauf qu'ils ne sont pas les mêmes selon les pays et coutumes. C'est là que naît Sa Majesté LE MALENTENDU. J'entends souvent dans ma pratique les échos de ce sentiment :

- « *Il me parle comme à un enfant* »
- « *Elle me sourit mais elle ne fait rien...* »
- « *Ça fait mille fois que je lui raconte ma vie, et je dors toujours dans la rue...* »
- « *Ils ne me laissent pas mon traitement, ils me prennent pour un voleur...* »
- « *Ils cherchent nos limites...* »
- « *Ils font tout pour qu'on parte...* »
- « *Ils préfèrent que je sois un drogué, un voleur, ils ne veulent pas qu'on s'en sorte* »

Et face à ce sentiment de malveillance, se trouvent nos partenaires en difficulté qui ont du mal à comprendre pourquoi, alors qu'ils font tant d'efforts, il y a tant de réticences et parfois de méchanceté :

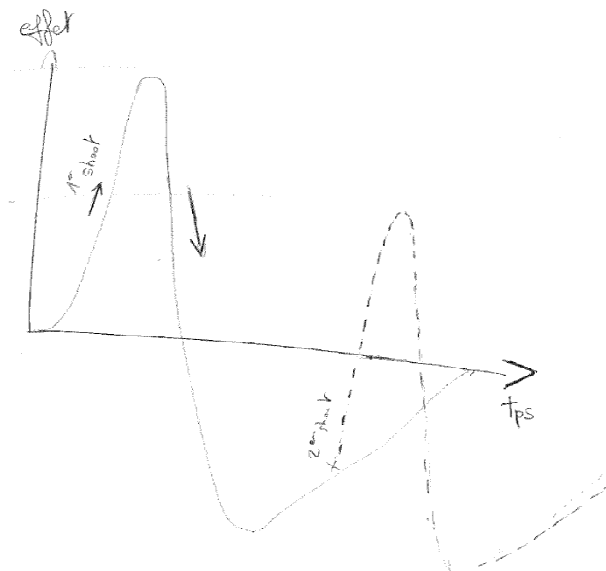
- « *Et pourtant, j'ai essayé de lui expliquer comme j'ai pu, doucement, de quoi il s'agissait, mais il a l'air très fâché... »* »
- « *J'ai beau lui expliquer que ça ne sert à rien de multiplier des démarches, il s'obstine quand même... »* »
- « *Je lui fais remarquer que j'ai besoin de ces courriers pour pouvoir suivre les démarches mais j'ai la sensation que je l'agace... »* »
- « *Vu le coup du traitement et étant donné qu'il est toujours dans la rue, c'est plus prudent qu'il récupère son traitement chez nous toutes les semaines, mais je ne suis pas sûre qu'il ait compris... »* »
- « *Dans notre cadre, il y a des tâches communes que tout le monde accomplit et il refuse tout. Il fait peur aux collègues, il faut lui expliquer qu'on ne pourra pas continuer comme ça... »* »
- « *Ça demande est bien enregistrée mais pour avoir la date d'audience, il faudra attendre car il y a beaucoup de demandes... »* »
- « *On ne pourra pas lui changer sa substitution comme bon lui semble, on a un protocole à suivre... »* »

C'est là, avec beaucoup de bienveillance et de diplomatie, tout en s'appuyant sur les repères des usagers et en expliquant les « *coutumes inconnues* », que je dénoue patiemment les nœuds des malentendus, pour rendre le lien linéaire et fluide.

Et, quand à la fin des entretiens d'accompagnement, on me dit : « *maintenant on va faire sans vous, et s'il y a besoin on vous appelle* », j'ai l'agréable sensation que ma mission est accomplie.

Là où ça s' fait, quand ça s' fait, comment ça s' fait ?

Nina TISSOT,
Educatrice Spécialisée/Intervenante de Prévention Santé.



D'un produit à l'autre.

D'une première rencontre dans la rue à une invitation au domicile.

Mettre en confiance et savoir supporter le flou initial, accepter que la nécessaire distance vis-à-vis du rapport intime de l'utilisateur à ses consommations se double d'une inévitable proximité, lorsqu'il faut bien là aussi « faire avec », pour que la RDR soit au plus près, au plus juste ; une pratique en situation...

J'ai rencontré Sophie pour la première fois sur le bus, un dimanche soir. Jeune femme souriante, plutôt timide, bouclettes blondes et mine juvénile, je ne saurais pas lui donner d'âge... Elle me dit être étudiante. Elle venait chercher des Kits+ pour son Skénan® et des kits-base pour la cocaïne qu'elle fume en plus de l'injecter. Nous avons alors un peu discuté du basage de la cocaïne, qu'elle disait réaliser avec de l'ammoniaque. J'évoquais rapidement l'intérêt de le remplacer par le bicarbonate, en termes de RDR, et l'invitais à passer à RuptureS quand elle le souhaitait si elle voulait en rediscuter ou prendre du matériel en semaine.

Elle repassa une première fois au CAARUD quelques mois plus tard, occasion de lui réexpliquer plus précisément les étapes du basage au bicarbonate, mais force est de constater que, totalement dématérialisée et hors situation, cela n'eut pas grand pouvoir de persuasion.

Sophie se présente à nouveau au CAARUD quelques semaines plus tard, alors que nous sommes en pleine journée de promotion des Kit Exper'®. Nous lui proposons à cette occasion une démonstration du filtre toupie avec son propre Skénan®, mais elle préfère être tranquille chez elle, pour pouvoir consommer sa préparation dans la foulée. Difficile

de différer. Nous convenons d'un RV dès le lendemain avec ma collègue Stéphanie, et je lui propose que nous en profitons alors pour revoir ensemble la question du basage au bicarbonate. Elle est partante pour les deux.

Nous continuons de discuter, elle semble avoir beaucoup de questions qui la tourmentent, associées à de mauvaises expériences récentes :

- *Est-ce que tu sais combien de temps il faut laisser entre chaque shoot de coke ? Parce que la dernière fois, j'en ai fait presque toutes les 10 minutes, j'arrivais pas à arrêter dès que ça redescendait, et après j'ai cru que j'allais mourir, j'arrivais plus à respirer !*

Je lui explique que c'est normal d'être pris dans cet engrenage avec la coke, qui a un fort pouvoir de craving, et j'entreprends alors de lui figurer les choses à l'aide d'un schéma :

La courbe partant de zéro, montée en flèche, petit plateau très court, puis dans la ou les dizaines de minutes qui suivent, la redescende bien en dessous du zéro initial, et enfin cette fameuse remontée progressive qu'il s'agira d'attendre patiemment si elle veut éviter de reshooter toutes les 5 minutes et ne jamais remonter assez haut... « *mais plus facile à dire qu'à faire !* » finis-je par conclure...

Sophie semble à la fois curieuse et ouverte à la discussion, là où je la sentais bien plus réservée à exposer ses pratiques lors de notre première rencontre sur le bus, mais c'était la première rencontre...

Elle repart comme soulagée, autant de cette discussion que de notre possible venue chez elle le lendemain pour reprendre avec elle la question de la filtration. Elle ne s'est pas étendue sur la question, mais m'a furtivement dévoilée ses bras en avouant « *qu'elle galère parfois pour trouver ses veines* », laissant apparaître quelques stigmates et boursouflures (rien de dramatique comparé à ce que l'on peut voir ici, mais rien qui ne soit inévitable non plus), avant de rebaisser sa manche aussi vite. J'en déduis que nous pourrons reprendre cette question à cette occasion également, n'imaginant pas encore la situation qu'il nous sera donnée de constater et l'étendue du travail de RDR à réaliser...

Le lendemain.

Pour des raisons d'emploi du temps chargé, nous arrivons chez elle avec une heure de retard. « *Pas de souci* » nous avait-elle prévenues, elle nous attend quoi qu'il arrive.

Sophie ouvre la porte, nous invite à rentrer, à peine le temps d'une bise et que Stéphanie se présente (elles ne se sont encore jamais vues), Sophie retourne immédiatement s'agenouiller devant sa table basse au milieu du salon, pour terminer le shoot de cocaïne qu'elle était en train de se préparer.

- *D'ailleurs, enchaîne-t-elle, je suis désolée j'avais prévu de garder un peu de coke pour qu'on voie pour le basage, mais là j'en ai plus ! A 17H30 j'en avais encore mais là, j'ai pas pu, j'ai tout pris, c'est les dernières miettes....*

- « *Heu..... Pas de problème !* » lui dit-on, « *on peut quand même en discuter, et alors on t'a apporté des toupies, est-ce que tu veux...* »

Pas le temps de lui proposer d'essayer la toupie avec sa coke, ni même de s'installer autour de la table avec elle, Sophie a déjà l'aiguille dans sa veine...

Geste qui se donne plutôt rarement à voir devant des « *étrangers* », pratique intime que l'utilisateur(e) considère souvent trop personnelle pour être partagée, que ça le/la gêne ou qu'il/elle imagine que cela mettrait son hôte mal à l'aise. Ici, Sophie ne semble pas

perturbée de notre présence, ni imaginer une seconde que nous pourrions l'être de la voir faire. En tout cas, rien de cela n'est palpable. Les choses semblent aller particulièrement de soi, et ce, durant toute la durée de notre visite.

Stéphanie et moi nous installons autour de la table et commençons à observer l'environnement. Un grand appartement très agréable, lumineux et bien décoré, étagère remplie de livres de philosophie, vue sur la Saône, le cadre général contraste quelque peu avec l'ambiance de la table basse, jonchée de seringues usagées, aiguilles décapuchonnées au bout desquelles perle une goutte de sang, tampons ensanglantés, cups et cotons disséminés un peu partout.

Elle finit de s'envoyer son reste de cocaïne, tout en nous écoutant lui faire la conversation.

Ses consommations, son traitement méthadone, la relation avec sa mère, la prostitution occasionnelle, les relations avec ses clients et les conseils de RDR sexuels qui vont avec, les sujets les plus intimes sont abordés avec une simplicité déconcertante...

Son bras saigne. A l'unisson nous lui conseillons d'utiliser le tampon sec, en cherchant sur la table un emballage de cup encore fermé ou dans lequel il resterait un tampon non usagé. Je lui en tends un, mais elle s'en sert seulement pour essuyer le sang et non pour comprimer la veine. Ça n'a pas beaucoup d'effet. Steph lui explique alors, gestes à l'appui, les mains mimant les parois veineuses, tout l'intérêt de comprimer la veine après la brèche introduite par l'aiguille, pour faciliter la cicatrisation. Sophie, attentive, les yeux grands ouverts (...), l'écoute, acquiesce, mais quelque chose nous dit qu'elle n'y est pas complètement...

Quelques minutes passent. Nous reprenons alors sur ce qui nous amène ici aujourd'hui. Veut-elle que l'on commence par lui expliquer le basage au bicarbonate, même sans produit, ou la filtration du Skénan® avec les toupies ? La descente de coke pointe déjà le bout de son nez, c'est alors de manière évidente qu'elle préfère commencer par le Skénan

J'en profite pour en remettre une couche sur ce que je lui avais dit la veille en salle matos, à propos de la redescende post-coke... parfaite concordance de temporalité entre le message de prévention et la consommation, sans que cela ne le rende automatiquement efficace pour autant !

Nous évoquons aussi le prix du Skénan®, jusqu'à 2 fois moins cher à Lyon qu'à Paris, « *donc deux fois plus tentant* »...

Elle explique sa propre manière de préparer le Skénan®, nous la conseillons sur les techniques que nous avons expérimentées avec la toupie et qui semblent fonctionner au mieux, puis la laissons procéder.

Un bouchon survient, Sophie s'énerve un peu, nous lui expliquons quelques techniques possibles pour l'éviter, ainsi que la possibilité d'utiliser un coton en plus, surtout si elle a l'habitude de les repasser ensuite. Tout se termine bien, elle semble convaincue, et d'autant plus par le dernier argument.

L'injection est plus compliquée, car elle n'a pas l'habitude de manipuler les seringues démontables de 2,5cc que nous avons ramenées avec les toupies, elle est en difficulté pour faire la tirette, pique à plusieurs reprises, s'impatiente, change de bras, reshoot dans une blessure. Nous tentons de la conseiller mais aussi de lui faire remarquer qu'elle ne s'est pas désinfectée avant, n'a pas posé de garrot qui l'aurait peut-être aidé, etc., etc., mais nos paroles ne semblent pas vraiment dignes d'intérêt sur le moment... d'autant que nous venons déjà de lui donner beaucoup d'informations, nous décidons de la laisser tranquille à cet instant. Pour autant, le regard que nous échangeons avec Stéphanie ne peut nier la violence que nous ressentons à la voir se charcuter ainsi. Elle réussit finalement non sans mal à s'envoyer la totalité de la seringue, la repose sur la table, essuie son bras, et s'excuse pour partir aux toilettes quelques instants. A son retour, Steph lui refait le speech du tampon sec et de la cicatrisation des veines, qui l'aiderait sûrement à les préserver, Sophie nous montrant alors plus précisément ses boursouflures et blessures, notamment celles qui sont dues au grattage intensif qu'elle pratique après l'injection de Skénan®. C'est son « *rituel* » dit-elle. La veille, un usager m'avait montré le même genre de plaies infectées, et les cicatrices de nombreuses anciennes plaies, à cause du grattage. « *Je sais c'est super glauque, enfin moi je trouve, mais je n'arrive pas à m'en empêcher* ».

Sophie veut se refaire un shoot avec le reste de la cup, et nous pensons alors à lui proposer de vider le contenu de la seringue de 2,5cc une fois la filtration terminée dans celle de 1cc qu'elle a l'habitude d'utiliser (mais qui ne s'adapte pas sur la toupie). Elle essaye immédiatement et cette fois-ci tout s'enchaîne bien, y compris l'injection, qu'elle réalise techniquement mieux avec une insuline. Mais les gestes d'hygiène n'y sont toujours pas. Pas de désinfectant, Sophie presse le coton avec ses doigts (sales évidemment), et a utilisé une seringue déjà usagée qui restait sur la table. Steph lui fait remarquer la dangerosité - même avec le soin apporté à ce que l'aiguille ne touche pas la table- de cette pratique, alors que Sophie concède réutiliser jusqu'à 10 fois chaque seringue. De l'aiguille qui s'émousse en passant par les microbes présents dans l'air, jusqu'aux « *poussières* » -qu'elles a déjà faites plusieurs fois-, s'enchaîne une discussion RDR on ne peut plus au cœur du sujet...

L'heure tourne, et nous réalisons que ce n'est finalement pas le basage au bicarbonate qui nous (pré)occupe ce jour. Nous proposons à Sophie de lui redonner tout de même les grandes lignes : technique du bain-marie (à partir des instruments dont elle dispose chez elle), proportion d'eau par gramme, nous argumentons sur le temps, certes perdu à la dissolution, mais récupéré sur le rinçage, ainsi que sur la discrétion du bicarbonate. Steph demande à Sophie si elle base plus souvent qu'elle ne shoote. Elle dit apprécier les deux, mais shooter plus souvent, « *surtout si la coke n'est pas très forte, c'est comme ça que c'est le meilleur* ».

Elle évoque à nouveau sa mauvaise expérience récente avec les shoots à peu de temps d'intervalle, explique s'être renseignée sur Internet, questionne l'effet de la coke resserrant les veines.

Steph évoque brièvement la vasoconstriction, mais il est déjà bien tard, et lui proposons de poursuivre une prochaine fois. Dommage, il y aurait, aura, beaucoup à discuter.

Sophie nous remercie de « *tout ce qu'on lui a appris aujourd'hui* », nous la réinvitons à ne pas hésiter à repasser au CAARUD quand elle le souhaite, notamment pour que

Stéphanie prene un moment avec elle pour regarder plus précisément ses veines et en trouver de nouvelles pour changer ses points d'injections.
Elle est partante, nous nous disons à bientôt.

Nous sortons de l'immeuble, d'un pas rapide... alternons silences et exclamations, tous deux traduisant notre stupéfaction:

- « *ben putain y'a du boulot !*

- *....on est dans le glauque, là ,quand même...*

- *RDR injection, RDR fume, RDR sexualité.... la totale...*

- *ça me rappelle mes premiers jours à RuptureS où je suis allée à Carteret dans le bungalow de Fiona et Grégoire*

- *ouais... c'est trash.... »*

Où l'on saisit à quel point les situations rencontrées ne sont jamais préétablies, définissables par avance, entièrement prévisibles.

Où c'est d'adaptation dont il est question, à l'usager, à l'environnement.

De la RDR comme pratique et discours en situation

Lorsque j'ai relu pour la première fois mon texte sur Sophie, quelque chose m'a sauté aux yeux -perceptible dans le temps de l'action mais difficile à saisir en intensité : quelque chose de son rapport au produit ne s'arrête jamais. Quelque chose est toujours en mouvement, en activité, en tension. Quelque chose est toujours en train de se faire, en train de se préparer, en train de s'administrer, en train de s'éprouver, quelque chose qui a commencé avant notre arrivée et qui ne s'arrête pas du fait de notre présence. Avant, pendant, après, de nouveau, encore, monter, descendre, remonter, redescendre. Pas d'attente, pas de répit, pas de vide.

Je parlais en introduction du rapport intime que l'usager entretient à sa consommation, rapport sur lequel nous ne travaillons pas forcément, mais avec lequel nous avons, parfois, à faire.

Ici, à l'occasion de cette visite, il n'était pas question que sa consommation soit une attente, encore moins une injonction, quand il était, par contre, possible de l'anticiper comme une évidence, Sophie nous avait déjà présenté la veille son incapacité à manipuler sans imaginer consommer le produit de cette manipulation, y compris ici en notre présence.

Une fois sur place, il s'agit d'en prendre acte, de s'adapter et surtout d'en tirer tout l'intérêt potentiel en termes de RDR : être ainsi en prise directe avec l'environnement de l'usager, le matériel utilisé, utilisable, les gestes réels et non « *mimés* », le niveau de dextérité, tout ce qui ne peut se représenter ailleurs qu'en situation réelle. Nous convenons souvent de l'importance d'avoir affaire à ces moments avec les usagers, presque prônés comme théorie de l'intervention issue de précédentes expériences professionnelles, de situations déjà vécues, où s'expérimente la nécessité d'être confronté à la pratique réelle de l'usager afin de lui donner les meilleurs conseils, les plus adaptés, les plus réalistes, les plus en lien avec ses pratiques et son environnement concret. Mais cela reste un discours, un modèle, une orientation, une visée, qui en

dernier lieu se confronte toujours à la singularité des moments, des situations qui vont advenir, et qui rendent plus ou moins possible le travail de RDR, qui nécessitent d'adapter le positionnement, la pratique, les attentes.

Et *in fine*, impose d'être en mesure de dealer entre distance et proximité avec ce qui se joue autour de la consommation de l'utilisateur hors de la seule dimension technico-pratique, sur quoi nous ne travaillons pas directement, mais avec quoi nous devons composer, nécessairement.

Nous avons avec Sophie un exemple flagrant de l'improtocolisable déroulé d'une telle visite.

Nous aurions pu imaginer que, dans cette situation où Sophie se shoote sous notre regard de professionnelles, nous aurions pu prendre le temps de découper les différentes phases de l'injection en étapes : dilution, filtration, désinfection, injection, etc., et l'aider à réaliser toutes les bonnes pratiques prônées par la RDR, et adaptées à son environnement.

Sauf que... c'était sans compter tous les paramètres que nécessite une telle configuration. D'une part, ce n'est pas ainsi qu'avait été pensé en premier lieu notre visite. Nous n'invitions pas Sophie, ou plutôt Sophie ne nous invitait pas directement pour un temps « *d'éducation à l'injection* » supervisée, et peut-être qu'elle ne nous aurait d'ailleurs pas invitées s'il s'était directement agit de cela. Venir reprendre avec elle la manière dont elle se shoote, la proposition n'aurait peut-être pas pu être entendable ainsi, quand ce que nous a donné à voir Sophie était bien d'ailleurs une difficulté d'entendre nos conseils sur le moment.

Pourtant, Sophie s'est exposée, nous a autorisées à être présentes avec elle lors de ce temps, et cela nous a permis de voir l'étendue du travail à réaliser en terme de RDR, même si elle ne nous a pas laissé toute la place de le faire ce jour. Et c'est alors bien là que prend tout le sens d'une forme de clinique en situation, l'attention portée à ses réactions, aux possibilités d'interstices où se glisser, de conseils à distiller par petites touches, évidemment pas d'injonctions, et surtout sans jamais intruser, sans jamais bloquer. Pour se laisser une chance de reprendre cela par la suite. Ne pas trop perturber, ne rien casser de ce lien naissant.

Respecter l'intimité d'une pratique face à laquelle nous n'étions pas convoquées mais, par la force des choses, rendues témoins. Nous voilà face à une situation « *non contractualisée* » par avance, et avec laquelle il s'agit de composer, pour en tirer tous les possibles dans l'accompagnement en RDR, en vis-à-vis des limites -des impossibles- du métier. Observer sans forcément intervenir, mais aussi savoir hiérarchiser sur l'instant les priorités en terme de RDR, quoi commenter, que conseiller, où critiquer – avec les formes appropriées - et sur quoi faire pour l'instant l'impasse. Sentir et évaluer, dans le torrent de ce qui se déverse, alors qu'on aurait pu avoir envie de crier « *Stop ! On reprend tout de A à Z !* ».

La RDR comme une activité - d'actes et de discours - en situation, qui progresse à tâtons, quelques touches d'improvisation ! Et sait, toujours, garder son cap.

Savoir se laisser embarquer, faire ce pas de côté, ne pas attendre ou rester coller à l'image d'une configuration parfaite, idéale, théorique, protocolaire, qui n'existera certainement jamais. Aller où l'on peut, où l'on doit, où l'on sait, où l'on est missionné pour, tout simplement.

Mieux vaut tard que jamais...

*Philippe GRANDJEAN,
Educateur Spécialisé/Intervenant de Prévention Santé.*

Peu après mon arrivée à Ruptures, en 2005, un usager m'a demandé des cathéters. Je ne savais pas ce que c'était. Je lui ai demandé de m'expliquer. Il m'a décrit un grand tube accroché à des ailettes avec, au bout, une aiguille. Une aiguille qu'il pouvait garder dans le bras s'il la maintenait avec du sparadrap.

Cet usager est géorgien, il m'a dit que c'était pour s'injecter de la méthadone et qu'il avait plein d'amis-compatriotes qui avaient les mêmes pratiques. Il pouvait trouver ces aiguilles en pharmacie, mais ça coûtait cher. Certains de mes collègues *avaient* parlé de cette pratique à des médecins spécialistes en toxicomanie. La réponse fut claire : « la méthadone, ça ne s'injecte pas, c'est n'importe quoi ! ». En juin 2015, j'assistai aux journées de la Fédération Addiction à Lille. Le vendredi matin, avec ma collègue Nadjet, nous participions à un atelier dont l'intitulé m'échappe. Une demoiselle, stagiaire dans un CSAPA, présentait un travail sur les modes de consommation des usagers qu'elle avait interrogés. Et au milieu de son exposé, une phrase : « *Il y a x % des usagers qui bénéficient d'un traitement méthadone et x % parmi eux qui se l'injectent, car la méthadone peut s'injecter* ». A travers ces quelques mots, nous pouvons constater que, quelques années plus tard, l'existence de cet usage est un fait reconnu.

Néanmoins, nous sommes face à un sujet tabou. Une pratique marginale sur laquelle il n'y a aucun écrit... ou alors ils sont bien cachés. J'ai toujours essayé d'en parler avec les usagers qui ne faisaient pas mystère de leur mode de consommation. L'énorme problème reste la barrière de la langue, puisqu'il faut bien le reconnaître, l'injection de méthadone concerne surtout des personnes originaires du Caucase. L'exception confirmant la règle, la première personne m'ayant parlé de cette pratique est un français. C'était il y a plusieurs années, donc j'ai un souvenir assez flou des quantités injectées. Ce qui est sûr, c'est qu'il y trouvait du plaisir et que, mélanger ses 250 mg (peut-être moins ou peut être plus) de métha avec un peu d'eau stérile et « *se l'envoyer* », ça l'occupait des après-midis entières. Il me disait : « *je me fais ch..., ça passe le temps, je sais pas pourquoi je fais ça mais j'aime me défoncer, me faire des trous* ». Au bout de quelques mois, j'ai pu remarquer qu'il avait grossi, mais c'était un boulimique, qui surconsommait toutes sortes de médicaments et se défonçait avec tout ce qu'il lui passait sous la main. Donc, dire que l'injection de métha était l'unique cause de sa prise de poids est un raccourci que je n'ose prendre.

Le premier usager cité dans ce texte est certainement celui qui s'injectait la plus grosse dose et, selon ses dires, ça ne lui suffisait pas. Il en était à 280 mg quand il a demandé à ce que nous l'accompagnions chez le médecin du CSAPA, qui refusa de le passer à une dose supérieure. En sortant du rendez-vous, il a dit que ce n'était pas grave, que le complément, il le trouverait dans la rue. Il était très mystérieux quant à la préparation et à son mode d'injection. Il utilisait des cathéters et des seringues de 20 ml et c'est tout ce qu'il m'a confié.

Récemment, au cours de l'année 2015, j'ai pu assister en direct et pour la première fois à un shoot de méthadone. Shevchenko¹ nous a montré le processus de A à Z, à une collègue infirmière et moi-même.

Le matériel utilisé peut se décliner ainsi :

2 seringues de 20 ml

1 cathéter de couleur bleue (19 mm de longueur et 0,60 de diamètre pour l'aiguille)

2 fioles d'eau de 5 ml

2 flacons de méthadone de 15 ml (un de 60 mg et un de 40 mg)

2 tampons d'alcool

La préparation et l'injection ont pris un peu plus de 10 mn. La dextérité avec laquelle Shevchenko opérait m'impressionna beaucoup. Il faut préciser que toutes les étapes ont été réalisées sans jamais s'arrêter de parler. Il continuait à répondre à nos questions.

Premièrement, il déplia un champ et y déposa ses deux flacons ouverts. Il prit les fioles d'eau et en renversa le contenu dans chaque flacon de manière égale. Ensuite, il les referma et les secoua puis les rouvrit. Avec ses dents, il enleva le piston de l'une des seringues au bout de laquelle il avait fixé le cathéter et y versa le contenu d'un des flacons. Sur son champ, il posa, côte à côte, les seringues ainsi remplies. Il désinfecta son point d'injection qui à ma grande surprise était la jugulaire. Il enfonça le cathéter et y fixa la première seringue. Le contenu fut injecté en très peu de temps et, ensuite, ce fut le tour de la deuxième. C'est la même aiguille qui rentrait à cet endroit, pour la huitième ou dixième fois, il ne savait plus... Il n'avait pas de tampon sec et la goutte qui perlait fut nettoyée avec le deuxième tampon d'alcool. Son visage devint un peu rouge. Il nous dit qu'il n'éprouvait pas de flash ou de montée, le plaisir ressenti était minime. Il répétait la même opération tous les deux jours, il ne ressentait pas le besoin de s'injecter plus. Les autres jours, il la buvait.

¹ Le prénom a été changé pour respecter l'anonymat de la personne

Enfin, après toutes ces années à me poser des questions sur le comment, le voile était levé sur la technique à l'injection de méthadone. Par la suite, j'eus une longue discussion avec Shevchenko. Il m'a raconté sa vie, son parcours avant son arrivée en France. Il s'injectait déjà, ce n'est pas ici qu'il apprit cette technique. Selon lui : « *Il y a toujours quelqu'un pour t'apprendre les mauvaises choses* ». Et, à la question du pourquoi, il mit en avant le stress. Stress de la situation irrégulière, du mal logement, de ne pas pouvoir travailler. Les souvenirs des conflits armés et la fuite de son pays natal sont aussi à prendre en compte. Pour les personnes originaires du Caucase, il apparaît que le shoot est une pratique courante et plus traditionnelle que le sniff, par exemple.

Au cours de l'année 2015, nous avons donc proposé aux usagers concernés deux sortes de cathéters. Il y a des bleus et des noirs (je vous fais grâce des détails techniques sur leurs tailles). J'ai choisi avec eux les modèles à commander sur le catalogue d'un de nos nombreux fournisseurs. A leur réception, nous les avons mis en évidence pour susciter le dialogue, comme nous le faisons pour tous nouveaux instruments de RDR. Il s'avéra qu'une partie des usagers réguliers nous a dit ne pas supporter la vue de ces longs tuyaux avec des ailettes, ça leur rappelait l'hôpital. Ils se demandaient : « *Comment on peut utiliser des trucs pareils ? Pourquoi vous avez acheté ça ? C'est trop... Non, mais je peux pas voir ça, tu veux pas les ranger ? ...* ». Chose fut faite. A contrario, nous vîmes arriver un homme, d'une cinquantaine d'années, d'origine géorgienne et présent depuis 20 ans en France, nous demandant si nous avions des épïc'râniennes. En fait, il le savait déjà. Et, pour lui comme pour les autres, la mise à disposition de ce matériel permet une moindre réutilisation, puisque nous les distribuons sans limite quantitative.

L'acquisition des épïc'râniennes a permis aussi d'enclencher des discussions qui, sans ce support, étaient plus rares. L'ajout à notre panel d'outils de RdR a rendu concrète l'injection de méthadone, l'a rendue moins taboue, en quelque sorte. Après six mois de distribution, j'en ai plus parlé que pendant les dix années précédentes. Et les légendes urbaines - la méthadone congelée dans le but de séparer le sucre du principe actif par exemple - sont tombées ; un vrai travail de RdR a pu commencer.

Marcus ad vitam æternam, effets de dé-formation de la RdR

*Stéphanie PITTET,
Infirmière.*

Nous connaissons Marcus² depuis maintenant de nombreuses années, c'est un « fidèle » de Ruptures ! Jeune homme, la petite trentaine, agréable et attachant, il a même été un temps bénévole chez nous.

Entre son assiduité à fréquenter notre association, sa présence sur les stands pendant les festivals et le fait, qu'à cette époque, il habitait à deux pas de RuptureS, on peut se permettre de dire qu'il existait un lien fort entre lui et nous - et peut-être particulièrement entre lui et moi, car ce n'était pas rare qu'il se confie à moi... En même temps, Marcus était plutôt ouvert et communiquant sur ses pratiques et sa vie....

Un jour, Marcus vint en boutique et commença à se plaindre de douleurs violentes au niveau des testicules. Douleurs si intenses qu'elles l'empêchaient de s'asseoir et lui donnaient l'allure d'un vieil homme ! Ses douleurs étaient d'autant plus inquiétantes que Marcus shootait du Skénan® (qui, je le rappelle, est un antalgique morphinique puissant) à un dosage relativement important puisqu'il prenait 800mg/jour.

Face à ce tableau clinique préoccupant, Marcus demanda alors qu'on l'accompagnât à l'hôpital... Mon collègue Philippe, disponible à ce moment-là, prit le temps d'accompagner Marcus auprès d'un urologue de l'Hôpital Edouard Herriot qui, suite à un examen, l'adressa directement au centre Léon Bérard, en lui confiant qu'il y avait quelque chose de suspect et d'inquiétant sur les résultats.

En effet, Marcus venait d'apprendre qu'il avait un cancer des testicules plutôt grave, pour lequel il devait démarrer en urgence une chimiothérapie. Ce fut un coup de massue et, je vous passe les détails, les démarches furent multiples avant de démarrer le traitement !

Le jour de son entrée au Centre Léon Bérard arriva à toute vitesse, au point que quatre jours après cette consultation, je l'accompagnais à sa première hospitalisation, non sans émotion... Mais je n'oublierai jamais, malgré les circonstances, le large sourire sur le visage de Marcus, qui ne manquait pas de me rappeler qu'il était bien ancré dans la vie et décidé à le rester.

Les semaines défilèrent et tout s'enchaîna très vite jusqu'à la dernière cure, avec une certaine application. En tout cas, tout en douceur, j'essayais de tenir Marcus accroché au soin. Il est vrai que j'exerçais alors un véritable travail de coordination et d'accompagnement. En tout cas, ce travail n'était pas sans rappeler mes anciennes

² Le prénom a été changé pour respecter l'anonymat de la personne

fonctions d'infirmière coordinatrice au sein d'un dispositif d'ACT (appartement de coordination thérapeutique).

Cependant, même si ces deux emplois peuvent présenter quelques similitudes, ils ne s'appuient pas tout à fait sur les mêmes missions. En effet, ce type d'accompagnement dans le cadre des ACT aurait été un peu différent, dans le sens où, jusqu'à la fin de son traitement, j'aurais accompagné, voire pris en charge Marcus, c'est-à-dire : lui rappeler ses prises de sang trois jours avant ses hospitalisations, l'aider à préparer ses effets, aller le chercher le lundi matin pour l'accompagner au Centre et enfin le récupérer le samedi matin afin de le ramener à son domicile. Et ce jusqu'à la fin de son traitement, en mode « *coach de vie* ». Alors que l'accompagnement dans le cadre d'un CAARUD diffère un peu de cela !

Tout d'abord, en RdR, on ne prend pas en charge l'utilisateur, mais c'est bel et bien l'utilisateur lui-même qui se prend en charge. Nous pouvons le suivre dans ce sens mais l'idée était de laisser Marcus, une fois le bateau lancé, prendre entièrement le gouvernail de sa vie. C'est ainsi que pour sa dernière cure, je laissai à Marcus le soin de s'organiser : programmer sa prise de sang (il connaissait bien le labo depuis) selon le protocole, quatre jours avant son entrée, et prévenir la personne chargée de son transport car, du fait de sa pathologie, nous avons pu organiser une prise en charge par un VSL qui le ramenait à son domicile le samedi matin, et au fil des semaines le récupérait également le lundi matin pour l'emmener au Centre Léon Bérard pour démarrer ses cures.

Je me permets de souligner que, malgré les apparences, cet accompagnement n'était pas juste une aide à la logistique, mais aussi un vrai soutien moral dans cette épreuve qui l'avait pour le moins affaibli.

Ainsi, avec l'accord de Marcus et non sans débat au sein de notre équipe, je laissais Marcus se débrouiller seul.

Je reviens sur le fait que cela faisait débat en équipe car nous n'étions pas tous d'accord sur le fait de le laisser tout gérer seul à la fin de son traitement.

Et c'est là où le travail avec des échanges pluridisciplinaires prend tout son sens. D'une part, et d'une manière un peu caricaturale je dois dire, se dessinaient l'opinion des salariés issus d'une formation paramédicale et, d'autre part, celle des personnes issues du pôle éducatif.

Pour rappel, à RuptureS, le pôle paramédical est constitué de deux infirmiers. Il me semble à ce propos important de rappeler que notre formation d'infirmière s'appuie quand même sur la prise en charge et le soin thérapeutique à des fins de guérison des personnes soignées. L'infirmière est alors tout de même conditionnée pour prendre en charge le patient, selon des protocoles préétablis où, bien souvent, l'avis du patient n'est, malgré les apparences, que consultatif et finalement ce dernier est soumis au programme thérapeutique pensé pour lui. On anticipe même éventuellement ses besoins et faisons en sorte qu'il n'ait à penser qu'à son bien-être.

Cependant, quand on arrive en RDR et plus précisément dans un CAARUD, notre formation est mise à rude épreuve car il s'agit pour nous, infirmières, d'une « *déformation* » professionnelle où, pour le coup, l'expression « *prise en charge* » est bannie ! Je parle effectivement de déformation et pourtant le passage dans de tels lieux,

à défaut d'être très lucratif [rires] est plus que formateur ! Notre regard en est profondément décalé et porté sur la personne entière, sur ce qu'elle est, ce qu'elle n'est pas, ce qu'elle peut, ce qu'elle ne peut pas, sur ce qu'elle veut et ce qu'elle ne veut pas. Cet enseignement est véritablement le fruit d'une expérience en RdR.

Ainsi, certains pensaient que, justement, parce qu'on est un CAARUD, on est là pour tenir cette place-là ! Cette place qu'on nous laisse ou que l'on prend bien volontiers dans la société actuelle, dans une culture de résultats, même au niveau associatif ! Les gens doivent bien souvent malgré eux, répondre à des objectifs, faire des choix... A RuptureS, nous ne sommes pas dans une attente de résultats mais simplement dans une attente de respect de l'autre pour l'aider si l'on peut, et l'accompagner à faire ses propres choix, en ne nous accaparant pas la définition de ce qu'est « *le bon choix* » !

On laisse la personne maîtresse de sa vie et surtout libre d'être là où elle le souhaite. Notre institution veille avant tout à laisser toute sa place à l'autre ! Où le terme respect prend tout son sens ! On respecte l'autre comme il est et comme il n'est pas ! Il a le droit de réussir, il a le droit d'échouer. Nous ne sommes pas dans le jugement...

Nous travaillons uniquement avec ce que la personne nous donne, elle a la liberté de faire ou de ne pas faire. Et c'est en cela que la politique de RdR est singulière et qu'elle est aussi une option intéressante pour les usagers. Je ne prétends pas qu'elle est la solution magique, mais en tout cas, les usagers sont les maîtres à bord, et, je me répète, mais notre avis n'est que consultatif ! Nous ne leur demandons pas de résultat. Alors certes, soyons honnêtes : nous sommes des humains travaillant avec des humains, donc intimement, quelque fois, voire souvent selon les professionnels, nous espérons des résultats mais ces derniers ne sont partagés qu'en équipe, et pour le coup, nous tâchons de ne pas faire transparaître aux usagers nos déceptions ! C'est en ça que l'équipe est importante, pour que les différences de compétences, de regards, de personnalités, de sensibilités puissent s'entremêler, s'accorder ou faire débat afin de proposer à l'utilisateur un accompagnement adapté et fidèle à cette politique de RdR.

Quand nous sommes face aux usagers, nous leur présentons la personne que nous sommes avec ses forces et ses faiblesses, mais bel et bien empreinte tout de même de cette politique de RdR. C'est pour ces raisons qu'il est important de partager et de soumettre à son équipe les accompagnements que nous proposons. Car il est honnête d'admettre que, parfois, notre sensibilité peut nous emporter sur des choix qui s'éloignent de la philosophie de la RdR, c'est-à-dire qui s'éloignent de l'opinion même de l'utilisateur. Il faut garder en mémoire que nous mettons notre personnalité au service de la RdR et pas l'inverse !

Cette belle échappée pour revenir à notre brave Marcus qui, titulaire de tout notre respect et de son entière liberté, ne se rendit pas au dernier rendez-vous de la dernière cure !

Celui-ci était d'autant plus importante que l'oncologue nous avait confié l'importance de faire complètement le traitement pour qu'il soit le plus efficace possible et que c'était un traitement qui ne souffrait d'aucune interruption s'il voulait être optimal ! Ce fait étant, je vous passe les détails sur mon inquiétude et sur ma déception en apprenant cette nouvelle.

Evidemment, mon instinct me poussait à aller directement taper à sa porte puisqu'il ne répondait pas au téléphone ! En équipe, nous décidâmes d'attendre, car une équipe de coordination du Centre Léon Bérard était sur le qui-vive. Depuis le début de ses soins, Marcus bénéficiait d'un dispositif à disposition des patients du CLB, à savoir, le positionnement de l'une de leurs équipes de coordination pour accompagner et simplifier la vie des malades. Force est de constater la qualité de la prise en charge de Marcus dans ce cadre. L'équipe du CLB s'est montrée à la fois compétente et bienveillante à son égard, ayant bien perçu le profil de ce patient. D'ailleurs, elle n'avait pas manqué de me prévenir et de m'interroger sur l'absence de Marcus à sa dernière cure ! Question que je laissais sans réponse...

Quelque peu frustrée de ne pouvoir me rendre au domicile de Marcus, je compris évidemment cette décision face aux arguments de mes collègues qui me rappelaient que nous représentions le CAARUD, et donc l'institution. Fidèle aux principes de la RdR, l'équipe précisait que Marcus avait le droit de lâcher prise... même juste avant la fin de son traitement ! Non seulement Marcus avait le droit de tout arrêter, mais il avait le droit de le faire sans que nous le harcelions dans l'autre sens ! Inutile de l'appeler pour mettre en exergue son inaptitude à terminer ce qu'il avait commencé ! C'était Sa vie et il avait le droit de la mener comme il l'entendait. Je ne vous cache pas que pour moi, soignante, cette décision fut dure à accepter même si je la comprenais.

Par la suite, c'est-à-dire deux jours après, l'équipe de coordination du Centre Léon Bérard parvint à joindre Marcus au téléphone, qui finit par se rendre au centre terminer sa cure sans que cela n'entache au final le résultat de son traitement.

Nous apprîmes qu'il avait effectivement eu « *un coup de mou* » et qu'il avait lâché toutes ses contraintes momentanément.

Deux ans après, je suis très heureuse que vous appreniez que Marcus va bien et que sa chimiothérapie a été un réel succès puisqu'il est aujourd'hui guéri de son cancer.

Cette malheureuse surprise...

Thomas PETIT,
Educateur Spécialisé/Intervenant de Prévention Santé.

Revenu travailler à RuptureS après sept ans d'exercice en CSAPA, je trouve avec plaisir une nouvelle forme de proximité avec les usagers. Avec plaisir, car elle est souvent propice à l'humour, au chambrage, voire à la franche rigolade. L'accueil collectif provoque ça : s'illustrer dans une conversation par un bon mot, une petite vanne qui ne blesse pas, et pas mal d'autodérision.

Mais voilà, vivre en groupe, avec les usagers, les collègues, implique également des conversations moins agréables dans lesquelles, au détour d'une anecdote, d'une information, la mort surgit brutalement.

Les conditions de vie précaires de certains usagers provoquent, certes, des morts prématurées mais elles court-circuitent également le parcours plus classique de fin de vie : vie dans un logement privatif/maladie-vieillesse/hôpital-EHPAD/décès. La brutalité de l'annonce est conditionnée par la soudaineté de la mort, sans que la personne n'ait séjourné dans un service de soin. Un usager passe en Boutique, plus ou moins sous effet de produit, plus ou moins disposé à communiquer, plus ou moins longtemps, et disparaît.

Notre réalité n'est plus celle de l'hécatombe des années 80-90 ; comme le dit un usager *"franchement, des OD, y'en a plus"*. Ce jeune homme entend par là que l'héroïne est en effet présente dans beaucoup des surdoses, mais toujours associée au moins à l'alcool, sinon aux benzodiazépines. Les OD « *pures* » sont plus rares désormais.

L'obtention d'un opiacé peut intervenir après une quête plus ou moins longue pendant laquelle d'autres produits peuvent être consommés. Les usagers de drogues évitent d'être porteurs de matériels qui les identifient comme tels aux yeux des fonctionnaires de police et qui pourraient être découverts lors d'une fouille mais, surtout, ils évitent d'être en possession de substances et tendent donc à consommer n'importe où, dans l'urgence, dès que le produit est acquis.

De jeunes usagers très éloignés du milieu des *"toxicomanes traditionnels"*, dépourvus de connaissances et d'expérience concernant les opiacés, moins réfractaires à la consommation d'héroïne que leurs aînés, vont en consommer en redescende de produits davantage associés à la scène techno (MDMA, cocaïne, kétamine, RC,...) et maximiser les risques.

La forte hétérogénéité des poudres en circulation constitue un risque certain de mélange avec d'autres produits, sur un marché actuel largement dominé par une héroïne de mauvaise qualité.

Parfois l'héroïne ou le Skénan® n'entrent pas du tout en ligne de compte et c'est l'alcool, tout seul, qui fait son œuvre, lentement mais sûrement, et entraîne une mort impromptue.

Il convient d'ajouter aux quatre éléments précédents le fait que nous, intervenants en RdR, avons plus de facilité à centrer notre discours sur le plaisir que sur le risque mortel. Sans doute cela est-il plus léger que de se rappeler que les consommations peuvent parfois être fatales. Malgré le fait que la défense de la position de plaisir soit rarement portée par les usagers les plus réguliers du CAARUD, elle revient fréquemment dans nos propos, pouvant entraîner une confusion entre une posture militante et un positionnement professionnel.

Nous ne devrions pas être surpris et pourtant nous le sommes. Ce n'est pas parce que l'idée de la mort est absolument insupportable ; elle est acceptable sans fard lorsqu'elle ne nous concerne pas directement. Les usagers évacuent ce questionnement par la consommation répétée de produits psychoactifs ; reste aux autres l'humour, le chambrage, ou la franche rigolade...

La fumée s'en mêle

*Camille LOUPIAC,
stagiaire Educatrice Spécialisée.*

Ce n'est pas dans toutes les structures sociales ou médico-sociales que l'on peut trouver un fumoir à l'intérieur même des locaux. Cet espace clos, vitré de haut en bas, se situe dans l'espace collectif accueillant les usagers. Environ six personnes peuvent s'y rassembler.

Une table haute est disposée au centre de la pièce, sur laquelle se trouve le cendrier commun ; une poubelle est située dans un petit renforcement et sert parfois de siège pour les usagers. Le mobilier est donc sommaire.

Que ce soit sur les murs ou les vitres donnant côté rue, de nombreuses affiches sont exposées (affiches de Réduction des Risques et dessins d'usagers), le magazine ASUD³ est à disposition. Cet espace est venu m'interroger rapidement, dès mon arrivée sur ce lieu de stage. J'ai souhaité comprendre pourquoi il avait été conçu à l'intérieur des murs de RuptureS.

La plupart des usagers venant au CAARUD sont des fumeurs, d'autant plus nombreux durant les temps de permanence Boutique. Le fumoir leur permet donc de satisfaire leur envie de cigarette durant leur présence sur les lieux, sans avoir besoin d'écourter leur passage.

Sachant que, pour certains, il est déjà difficile de s'abstenir de consommer des produits psychoactifs, la possibilité de fumer des cigarettes tempère leur désir. Le fumoir évite donc un va-et-vient entre le dedans et le dehors, des attroupements sur le trottoir... Les usagers peuvent rester un moment à l'intérieur, sans l'obsession de devoir sortir des lieux pour fumer.

Lorsque je suis arrivée à RuptureS, j'ai vite remarqué que cet espace n'était pas seulement utilisé par le public reçu, mais que les professionnels, fumeurs ou non-fumeurs, y passent aussi du temps, en compagnie d'un (ou plusieurs) usager(s).

Pour ma part, il m'a fallu quelques jours avant de me rendre dans le fumoir et m'autoriser à fumer une cigarette durant le temps de travail. J'apparentais cette pratique à un temps de pause. Il m'était difficile de concevoir ces instants comme des temps éducatifs.

En effet, après avoir partagé plusieurs moments en présence d'autres professionnels et usagers, j'ai perçu combien cet espace permettait des échanges qui, parfois, ne peuvent pas avoir lieu dans la salle d'accueil. En effet, le fumoir, bien qu'il soit visible de tous depuis la salle collective, reste néanmoins un lieu insonorisé. Ce lieu est en quelque sorte une seconde pièce dans la salle d'accueil.

³ Association d'Auto Support des Usagers de Drogues

J'ai ainsi eu, à plusieurs reprises, des échanges que je n'aurais pu avoir dans l'espace collectif.

Que ce soit pour le professionnel ou l'utilisateur, il me semble que le fumoir permet d'aborder certains sujets dans un cadre informel, laissant ainsi la parole plus fluide.

Le fait de pouvoir y fumer, ou boire son café, rend l'échange plus libre et moins protocolaire pour l'utilisateur. Tout est un jeu de va-et-vient pour le professionnel, afin de trouver à la fois proximité et juste distance avec l'utilisateur, ne pas s'enfermer dans un rapport trop familier, et savoir se saisir de ces instants pour pouvoir créer du lien et de la confiance.

C'est avec du recul que je me suis rendue compte que cet espace permettait d'aborder, d'échanger sur des sujets intimes, échanges qui n'ont pas forcément lieu dans la salle d'accueil, pouvant rassembler une trentaine de personnes...

Nous sommes un lundi matin, je rencontre Tomas⁴ seulement sur les temps de Boutique. Il vient souvent accompagné de deux autres amis. Tomas est une personne souriante, plutôt avenante dès les premières rencontres, mais les échanges jusqu'à présent restent sommaires. Une bise à son arrivée, un « *How are you?* », et il a pour habitude de filer de suite à sa table habituelle suivi par ses deux acolytes.

Tomas est un usager qui demande très peu de choses à l'équipe. Il vient prendre son petit déjeuner et sa douche, faire une machine à laver et récupérer du matériel. Il passe cependant presque toute la matinée à la Boutique. Il reste la plupart de son temps assis à « sa » table, entouré de ses amis lituaniens.

Tomas ne parle pas français, il ne connaît que quelques mots, l'échange se fait donc en anglais. Ce lundi, Tomas se rend dans le fumoir, et cette fois-ci, il est tout seul. Je profite de ce temps pour me faufiler à mon tour. Il est en train de lire le journal « *20 minutes* » ; interloquée, je lui demande en anglais s'il sait lire le français. Il m'explique avoir vécu à Amsterdam pendant plusieurs années, et que l'un de ses compagnons de rue était français. De là, s'en suit une discussion autour de son parcours de vie, de sa vie à Amsterdam, de la cause de sa venue en France.

J'apprends davantage sur sa consommation de produits psychoactifs. Il a un seul regret par rapport à sa vie à Amsterdam : les salles de consommations. Nous discutons autour de la Réduction des Risques, et la manière dont il la perçoit. De là, s'enchaîne une explication au sujet de sa préférence pour la France, par rapport aux Pays-Bas. Il m'explique combien c'est plus simple de consommer de l'alcool dans l'espace public en France. Cette indication est importante pour lui, vivant dans la rue depuis une quinzaine d'années, il me fait part de sa forte consommation d'alcool journalière. Il m'explique qu'il n'est pas obligé de se cacher vis-à-vis de la police quand il boit, ce qui est important à ses yeux.

Cet échange aura duré une vingtaine de minutes. J'ai été surprise de voir combien Tomas s'est livré au sujet de sa vie privée, sans que je lui pose énormément de questions. Nous avons eu par la suite plusieurs discussions dans le fumoir, des échanges autour de sa famille, de sa vie à Lyon...

⁴ Le prénom a été changé pour respecter l'anonymat de la personne

Ces discussions nous ont certainement permis, à Tomas et moi-même, d'entrer en relation plus facilement que si nous étions restés en salle d'accueil. Tomas est venu à quelques reprises, suite à ces échanges, me demander de l'aide (mettre en marche une machine, imprimer des documents, distribuer du matériel). Il semble qu'un climat de confiance se soit instauré.

C'est avec du recul qu'il me paraissait intéressant de témoigner sur ces moments, qui, de prime abord pourraient paraître futiles, mais qui au final marquent un point d'ancrage dans le travail éducatif que l'on peut entreprendre avec les usagers. Le fumoir peut, me semble-t-il, être un lieu de médiation à la relation. L'objet cigarette - « *on va s'en griller une* » - peut être un prétexte au travail éducatif et à la rencontre.

Pour conclure, je dirai qu'à travers ce témoignage, l'espace fumoir montre tout son intérêt dans la salle d'accueil collective. Il permet de proposer un espace plus intime aux professionnels et aux usagers, leur permettant de se dégager du collectif pour entrer dans une forme d'accueil plus individualisée.

Rapport Annuel
Evaluation des actions 2015

Action « Boutique »

Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)	Le public visé par les CAARUD est le plus souvent en situation de grande précarité sociale et physique.
Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD	Missions 1 à 4 de l'art. 1 ^{er} du Décret 2005-1606 du 19 novembre 2005. (Voir le décret en annexe)
Objectif opérationnel	Proposer un espace d'accueil et de premier traitement de la précarité d'une partie des usagers de drogues, dans une optique de réduction des risques.
Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil à bas seuil d'exigence à l'entrée • Permanences sans rendez-vous 3 fois par semaine (9-13h) • Accès à une collation de type « <i>petit déjeuner</i> » • Mise à disposition de prestations d'hygiène (douche, machine à laver, sèche-linge, tondeuse à cheveux – barbe, espace dédié) • Accès à des soins infirmiers • Accès au matériel et aux conseils de RDR <p>+ Présence de professionnels en nombre suffisant pour permettre à cet accueil de proposer un lien personnalisé à chacun et des orientations pertinentes (4 professionnels programmés par permanence, dont au moins une infirmière)</p> <p>+ Traitement des situations en réunions de service, et dispositif d'analyse de la pratique</p>
Résultats et indicateurs d'évaluation	« <i>Debriefing</i> » à la fin de chaque permanence. Cotation des items de discussion pour chaque personne accueillie, selon une grille interne comportant 25 items (voir grille en annexe).
Référent Technique	Chef de Service
Partenaires concernés par l'action (contributeurs)	Pas de partenaires directs sur la mise en place de cette action. Cependant, il existe des partenariats d'interventions : <ul style="list-style-type: none"> • Interface SDF • CPAM • CIDAG Croix-Rousse
Calendrier de mise en œuvre	Action initiée en 1995, refondée plusieurs fois, pour suivre les évolutions et nécessités de l'action et des moyens disponibles. 3 permanences par semaine, toute l'année.
ETP concernés	4 salariés x 4,5hx 3j/semaine = 54h/semaine (2808 h/an) = 1,85 ETP annuel , hors dispositif de réunions et élaboration.

RENCONTRES ET FILE ACTIVE BOUTIQUE 2015

	Rencontres hommes	Rencontres Femmes	Total Rencontres	Douches	Lave-linge	Sous-vêtements	Lit de repos	Kits entretien	Passages avec chien(s)
SEMESTRE 1	1 964	141	2 105	333	262	230	52	41	278
SEMESTRE 2	2 239	242	2 481	511	376	406	49	54	176
TOTAL 2015	4 203	383	4 586	844	638	636	101	95	454

File active HOMMES 269
File active FEMMES 44

Passages de nouvelles personnes en attente d'un RV 94 hommes
 16 femmes

Passages de personnes venant ponctuellement, sans n°
 Boutique 53 hommes
 19 femmes

Ouverture de 150 permanences entre le 1er janvier et le 31 décembre 2015
Moyenne de fréquentation par permanence : 30,50 passages

La file active de femmes accueillies est la même que l'an dernier, mais elles sont davantage passées sur les temps d'accueil **Boutique** en 2015.

La fréquentation moyenne des permanences est stable.

Les diffusions de sous-vêtements/vêtements ont notablement augmenté cette année (636 distributions contre 476 en 2014). Les dons de particuliers et de friperies voisines ont été plus nombreux, de même que nos achats auprès de l'association Dons Solidaires.

Un nombre notable d'utilisateurs russophones ont été orientés auprès de structures partenaires, parfois dans d'autres départements, lorsque leur situation administrative ne nous permettait plus de trouver de solution de proximité : recommandations auprès de structures médico-sociales, de CADA... Certains ont également dû quitter le territoire.

Une fois le lien créé avec ces partenaires, ils n'ont plus eu besoin de venir jusqu'à nous.

Enfin, nous avons évalué tout au long de l'année le **travail d'interprétariat téléphonique** conduit par notre Intervenant de Prévention Santé russophone, à savoir ses interventions de traduction lorsqu'un partenaire/utilisateur nous interpelle de l'extérieur. Il s'agit là de traductions ponctuelles, en situation d'urgence, et survenant dans le cadre de la Boutique :

File active HOMMES 15 **File active FEMMES 1**

56 démarches téléphoniques avec traduction pour les utilisateurs concernés

A noter : absence d'IPS Russophone sur la période courant de mi-mars à fin juin 2015 pour raison de santé

Moyenne mensuelle des démarches téléphoniques avec traduction : 7 appels partenaires pouvant déboucher sur des RV ou accompagnements physiques.

Partenaires principaux : ALS, Maison du Patient, Médecins Généralistes, MDR, CeGIDD

Action « Permanence de Réduction des Risques »

Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)	Les accueils collectifs de la semaine remplissent à la fois une mission directe de RDR liée à l'usage de drogues, ainsi qu'un accès d'aide à l'hygiène, et à un petit-déjeuner, pour les usagers les plus précaires. Cependant, un temps distinct paraît nécessaire pour permettre les discussions focalisées sur les questions de RDR, hors des temps où les « prestations de service d'hygiène et d'alimentation » peuvent emboliser à la fois la disponibilité de l'équipe et les préoccupations des usagers.
Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD	Missions 1, 3 et 4 de l'art. 1 ^{er} du Décret 2005-1606 du 19 novembre 2005. (Voir le décret en annexe)
Objectif opérationnel	Proposer un traitement collectif spécifique des questions de réduction des risques liés aux consommations et usages de produits psychoactifs.
Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels	Une permanence par semaine, l'après-midi : Accès au matériel de RDR, Entretiens RDR et démonstration de matériel Organisation d'ateliers thématiques.
Résultats et indicateurs d'évaluation	File active spécifique
Référent Technique	Chef de service
Partenaires concernés par l'action (contributeurs)	Associations susceptibles d'intervenir sur des thématiques spécifiques, sexualités, produits psychoactifs, matériels de RDR... (Maison du Patient, Sexologue de l'association FRISSE, Médecins du Monde, ...)
Calendrier de mise en œuvre	Action initiée en 1994, refondée en 2013. Une permanence par semaine, l'après-midi, pour marquer la distinction avec les permanences « Boutique » qui ont lieu le matin.
ETP concernés	2 intervenants x 4,5 heures = 9h/semaine = 468h soit 0,31 ETP hors temps de réunions de service. L'implication des bénévoles sur ce temps est recherchée mais ne représente pas encore tout à fait 1 bénévole par permanence toutes les semaines, et est donc difficilement comptabilisable pour l'heure.

RENCONTRES ET FILE ACTIVE PRDR 2015

	Rencontres hommes	Rencontres Femmes	Total Rencontres
SEMESTRE 1	250	54	304
SEMESTRE 2	265	34	299
TOTAL 2015	515	88	603

File active HOMMES	123	
File active FEMMES	23	
<u>Passages</u> de nouvelles personnes en attente d'un RV	5	hommes
	2	femmes
<u>Passages</u> de personnes venant ponctuellement, sans n° Boutique	33	hommes
	7	femmes
Ouverture de 50 permanences entre le 1er janvier et le 31 décembre 2015		
Moyenne de fréquentation par permanence : 12,11 passages		

La tranche horaire du **Programme de Réduction des Risques** du mercredi est davantage utilisée pour proposer aux femmes de passer car il s'agit d'un créneau plus calme, moins fréquenté que la Boutique, et donc plus propice à un entretien lorsqu'elles ont un point particulier à discuter ou traiter avec l'équipe.

La baisse de fréquentation s'explique par des décès et quelques hospitalisations de personnes qui avaient pour habitude de fréquenter très régulièrement les permanences du Programme de Réduction des Risques.

En outre, la réorganisation des permanences du Bus RdR a permis à des usagers d'accéder au matériel sur des lieux et à des horaires leur convenant davantage que ceux du mercredi après-midi rue Burdeau.

Action « Temps de Suivis Individuels (TSI) »

<p>Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)</p>	<p>L'accueil en CAARUD repose pour beaucoup sur la dimension collective de la « Boutique ». Pour autant, cette action collective fait émerger de nombreuses demandes individuelles pour lesquelles ce cadre d'accueil n'est pas adapté.</p> <p>Par ailleurs le fait de proposer des rendez-vous pour permettre à chacun de traiter des points spécifiques est un premier pas vers l'accompagnement lui-même. Chacun est ainsi amené à prendre des rendez-vous, les honorer ou non, maintenir un dialogue sur les sujets traités, les présences ou les absences.</p> <p>Enfin, le rendez-vous de premier accueil, nécessaire pour fréquenter la Boutique doit pouvoir être proposé rapidement après le premier contact, afin de réduire le temps d'attente entre la demande de premier accueil et la possibilité d'être accueilli.</p>
<p>Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD</p>	<p>Missions 1 à 3 de l'art. 1^{er} du Décret 2005-1606 du 19 novembre 2005. (Voir le décret en annexe)</p>
<p>Objectif opérationnel</p>	<p>Permettre aux usagers du CAARUD de bénéficier de temps individuels pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • être reçu en « premier accueil » • demander une aide spécifique
<p>Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels</p>	<p>Plages horaires quotidiennes permettant la proposition de rendez-vous rapides.</p>
<p>Résultats et indicateurs d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi du nombre d'entretiens proposés, honorés, absences ... - Suivi des orientations qui en découlent - Cotation des thématiques d'entretien - Premiers accueils : renseignement d'un outil spécifique, présentation en réunions des entretiens réalisés.
<p>Référent Technique</p>	<p>Chef de Service</p>
<p>Partenaires concernés par l'action (contributeurs)</p>	<p>Ponctuellement, partenaires sollicités selon les situations des usagers.</p>
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>Action initiée en 2008. 4 plages de 2h disponibles par semaine.</p>
<p>ETP concernés</p>	<p>(2 intervenants x 2 heures x 4) x 52 = 832 heures soit 0,55 ETP, hors temps de réunions.</p>

RENCONTRES ET FILE ACTIVE Temps de Suivi Individuel 2015

	Rencontres hommes	Rencontres Femmes	Total Rencontres	Accès matériel RdR
SEMESTRE 1	512	87	599	340
SEMESTRE 2	512	105	617	383
TOTAL 2015	1 024	192	1 216	723

File active HOMMES 176

File active FEMMES 34

Passages de nouvelles personnes en attente d'un RV 14 hommes
3 femmes

Passages de personnes venant ponctuellement, sans n° Boutique 48 hommes
26 femmes

Ouverture de 188 permanences entre le 1er janvier et le 31 décembre 2015

Moyenne de fréquentation par permanence : 6,46 passages

Ces données concernent les personnes accueillies SANS RENDEZ-VOUS

(60 % d'entre-elles se présentent pour un accès au matériel de Réduction des Risques)

Le nombre de rendez-vous attribués (pour un 1^{er} accueil ou sur le Temps de Suivi Individuel) est légèrement en baisse comparé à l'année 2014 (133 contre 178). Par contre, les nouveaux arrivants ont davantage honoré leurs rendez-vous de 1^{er} accueil.

Le T.S.I. est un temps calme, il est d'une durée programmée et nous n'offrons pas de café dans ce cadre ; de fait, nous gérons beaucoup mieux le temps qui nous est imparti, pour échanger et avancer sur les situations des usagers (démarches d'insertion et de soins), voire pour de nécessaires recadrages vis-à-vis du règlement de fonctionnement.

Ainsi, le T.S.I. permet à l'équipe de traiter des situations qui n'ont pu l'être durant les permanences Boutique, faute de disponibilité et de tranquillité.

Sur la tranche horaire quotidienne 14h30-16h30, nous comptons tout de même beaucoup de passages de personnes qui n'ont pas rendez-vous, mais qui ont bien intégré le fait que le matériel de Réduction des Risques est accessible durant ce créneau.

Le CAARUD RuptureS propose différentes modalités d'accès simplifié au matériel de RDR :

- Travail mobile en milieu rural, et sur le Nord du Département du Rhône ;
- Travail mobile en milieu urbain et Bus d'accès au matériel le dimanche soir.

Le trait commun de ces deux dispositifs est de proposer un accès sans condition au matériel de réduction des risques, en recherchant la plus grande facilité d'accès et la plus grande discrétion possible pour les personnes qui ne peuvent ou ne veulent se rendre dans un CAARUD.

Le point commun est la sollicitation possible par une ligne de téléphone mobile :

- 06.30.52.02.96. pour le bus du dimanche et le travail mobile urbain, en semaine.
- 06.79.11.12.02. pour le travail mobile sur le Nord du département du Rhône.

Les utilisateurs de produits psychoactifs peuvent donc facilement solliciter l'équipe du CAARUD, pour un rendez-vous à leur convenance, à domicile, ou vers un point de rencontre qui leur conviendra. Il s'agit non seulement d'accès simplifié et de livraison du matériel de RDR, mais aussi de la possibilité d'obtenir une aide, un conseil, ou même un accompagnement sur des questions en lien avec la consommation de produits, les gestes, le matériel, son utilisation, ou tout simplement pour s'y repérer dans le nombre des interlocuteurs possibles à ce sujet.

A titre indicatif, parmi le matériel distribué, ces actions ont permis la distribution de

- **Sur le Nord du département :**
 - 6 674 seringues, 3 710 filtres en 2015, contre
 - 20 616 seringues, 9 002 filtres en 2014.
A noter : un usager, qui, en 2014, prenait environ 900 seringues à chaque passage et n'a pas été revu durant l'année 2015.
- **Dans le cadre du travail mobile urbain et le bus du dimanche :**
 - 28 150 seringues, 6 594 filtres en 2015 contre
 - 17 427 seringues, 7 015 filtres en 2014

Les nouveaux lieux de stationnement du bus sont désormais mieux identifiés. En outre, nous avons distribué davantage de seringues 5cc, ce qui résulte de la diffusion plus soutenue d'informations sur la dilution du Skénan.

Il est surtout notable que ces actions ont permis 1 274 rencontres spécifiques en 2015, auxquelles sont à rajouter 58 relais de matériel auprès de personnes qui ne se sont pas présentées directement sur ces programmes.

Action « Travail Mobile en milieu Rural (sur le Nord du Département) »

Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)	Certains usagers habitant dans ces zones rurales enclavées viennent chercher leur matériel à Lyon. Ils n'ont pas les moyens de se fournir en pharmacie, ou craignent d'être stigmatisés en tant qu'usagers de drogues dans un contexte où « <i>tout se sait</i> ». Ces difficultés dans l'accès au matériel de RDR entraîne une sous-consommation de matériel, et des prises de risques facilement évitables en fournissant plus de matériel aux usagers, de manière plus simple et plus discrète.
Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD	Missions 2 à 5 de l'art. 1 ^{er} du Décret 2005-1606 du 19 novembre 2005. (Voir le décret en annexe)
Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'accès anonyme et gratuit au matériel de RDR pour les usagers éloignés des grands centres urbains. • Fluidifier les relations entre les professionnels et les usagers à partir de la question des consommations. • Faciliter l'accès aux soins pour ces mêmes personnes.
Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Maraudes, rendez-vous individuels, travail à domicile proposés par une équipe pluridisciplinaire de professionnels référents du travail sur cette zone géographique. • Construction d'un réseau partenarial local sur la question de la réduction des risques liés aux addictions (Prévention spécialisée, MJC, Associations jeunesse, hôpitaux, CSAPA, médecins généralistes...).
Résultats et indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - File active spécifique - Rencontres partenariales - Volume de matériel distribué / récupéré - Cotation des thématiques d'entretiens selon une grille de 25 items
Référent Technique	Chef de service
Partenaires concernés par l'action (contributeurs)	Partenaires du tissu associatif et des services sociaux, médicaux ou éducatifs des secteurs géographiques concernés (Prévention spécialisée, accueils de jour, CHRS, Missions Locales, MJC, CSAPA, hôpitaux, Comité local de prévention ...)
Calendrier de mise en œuvre	Action initiée en 2012 Première période : 1 à 1,5 jour / semaine de présence sur le terrain, à réévaluer à la hausse selon activité et financement de postes possibles.
ETP concernés	1 IDE + 2IPS, intervenant en binômes. 2 salariés x 9 heures x 52 semaines = 936 heures Réunions spécifiques de pilotage de l'action : 1h/semaine x3 salariés = 156 heures 0,72 ETP , hors dispositif de réunions CAARUD. Il est à noter l'importance particulière des temps et frais de déplacements sur cette action.

RENCONTRES ET FILE ACTIVE NORD DEPARTEMENT 2015

	Rencontres hommes	Rencontres Femmes	Total Rencontres	Diffusions de matériel rdr
SEMESTRE 1	64	16	80	41
SEMESTRE 2	51	13	64	34
TOTAL 2015	115	29	144	75

File active HOMMES 49 dont 24 nouveaux hommes

File active FEMMES 17 dont 10 nouvelles femmes

Rencontres dans le cadre des **vendanges 2015** 6 hommes
1 femme

18 personnes ont été relayées par les usagers connus de l'équipe mobile sur le Nord département

47 sorties entre le 1er janvier et le 31 décembre 2014

Moyenne de 3 rencontres par sortie

Lieux des rencontres en 2015

Arinthod	Létra
Belleville sur Saône	Lozanne
Bourg en Bresse	Montluel
Bourgoin Jallieu	Pontcharra
Chambost Longessaigne	St Forgeux
Dracé	Tarare
L'Arbresles	Ternand
Lentilly	Thizy-lès-Bourgs

Nous noterons cette année une baisse de la fréquentation globale du programme, que nous expliquons :

- d'une part, par l'ouverture du CAARUD de l'Ain (Bourg-en-Bresse) : nous avons donc cessé de couvrir aussi ce territoire ;
- d'autre part, par le fait que nous avons rencontré très peu de personnes concernées dans le cadre de l'édition 2015 des vendanges (7 contre 58 en 2014).

La file active « hors vendanges » est en augmentation, ce qui démontre que nous avons davantage rentabilisé les sorties en mettant en place un nouveau mode d'organisation au fil de l'année. Nous avons effectivement fait le choix de rassembler au maximum les diverses rencontres sur une journée (système de prise de rendez-vous).

Pour ce qui concerne les personnes nouvellement rencontrées, les liens se sont créés :

- sur présentation par nos partenaires locaux (notre travail de rencontres partenariales a été notablement développé sur 2015) ;
- par cooptation, sur présentation par des usagers déjà connus de l'équipe ;
- sur présentation par des proches ou familles d'usagers (nous viserons à quantifier précisément ce phénomène dès 2016).

Action « Travail Mobile en milieu Urbain »

Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)	Certains usagers de drogues sont trop éloignés des dispositifs de RDR et de soins pour envisager de pousser la porte d'un CAARUD. Il revient donc aux équipes de RDR d'aller vers eux, là où ils se trouvent. Par ailleurs, et pour les usagers fréquentant les CAARUD, l'action « <i>intra muros</i> » est insuffisante au sens où elle ne permet pas d'évaluer finement les conditions de vie et de consommations réelles des usagers concernés.
Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD	Missions 2 à 5 de l'art. 1 ^{er} du Décret 2005-1606 du 19 novembre 2005. (Voir le décret en annexe)
Objectif opérationnel	Aller vers les usagers de drogues, là où ils se trouvent, au plus près de leurs conditions réelles d'existence et de consommation, pour adapter à ce contexte les messages et outils de RDR mis en œuvre.
Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels	Maraude de binômes d'intervenants sur les zones urbaines repérées comme lieux privilégiés de regroupement des usagers de drogues. L'appui sur les usagers bénévoles constitue la possibilité d'intervenir conjointement en présence de travailleurs pairs, qui facilitent le lien avec les nouvelles personnes rencontrées et le repérage des lieux comme des intervenants.
Résultats et indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - File active spécifique à l'action - Volume de matériel distribué - Items thématiques des discussions
Référent Technique	Chef de Service
Partenaires concernés par l'action (contributeurs)	<ul style="list-style-type: none"> - Usagers bénévoles - Partenaires du tissu associatif et des services sociaux ou éducatifs des secteurs géographiques concernés (Prévention spécialisée, accueils de jour, CHRS, missions locales, MJC...)
Calendrier de mise en œuvre	Action initiée en 1994. Tous les soirs de la semaine sauf le vendredi, sur Lyon, côté rive droite du Rhône.
ETP concernés	2 intervenants x 4 sorties x 3h = 24 heures / semaine Temps de coordination spécifique : 1h/semaine /intervenant: 8h /semaine Total : 32 heures / semaine x52=1664h, soit 1,13 ETP .

RENCONTRES ET FILE ACTIVE INTERVENTIONS DE RUE 2015

	Rencontres hommes	Rencontres Femmes	Total Rencontres
SEMESTRE 1	246	24	270
SEMESTRE 2	217	24	241
TOTAL 2015	463	48	511

File active HOMMES 141 dont 102 fréquentant aussi la Boutique et 71 fréquentant le Bus
File active FEMMES 27 dont 18 fréquentant aussi la Boutique et 13 fréquentant le Bus

Rencontres avec de nouvelles personnes 31 hommes
5 femmes

65 sorties entre le 1er janvier et le 31 décembre 2015
Moyenne de 7,32 rencontres par sortie

La répartition des lieux de sortie est la suivante :

Presqu'Ile-Centre Ville	45
Croix-Rousse (1 ^{er} et 4 ^{ème} arr.)	15
Lyon 5	6
Lyon 9 (Vaise)	3

A noter qu'une même maraude peut englober plusieurs quartiers.

Pour ce qui concerne les **interventions mobiles dites « interventions de rue »**, le nombre de personnes rencontrées a diminué cette année (de 617 à 511 rencontres).

Cette baisse s'explique par :

- un nombre moins important de sorties (17 maraudes de moins qu'en 2014)(*) ;
- une baisse de fréquentation sur les quartiers de Lyon 5^{ème} et Lyon 9^{ème}, où les présences policières sont plus importantes, de même que les pressions exercées par des groupes d'extrême droite sur les usagers.

(*) La priorité étant donnée à l'ouverture du lieu d'accueil, ce sont les sorties de rue qui, en cas d'absence de personnel, sert de variable d'ajustement.

Action « BUS RDR »

Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)	Le dispositif du CAARUD RuptureS est bien repéré pour les personnes en situation de précarité, mais pour d'autres public, il est soit trop stigmatisant, soit pas repéré.
Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD	Missions 1 à 4 de l'art. 1 ^{er} du Décret 2005-1606 du 19 novembre 2005. (Voir le décret en annexe)
Objectif opérationnel	Proposer aux usagers de drogues un accès simplifié et discret au matériel de RDR
Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels	Le « Bus » propose 3 permanences courtes et discrètes pour accéder le dimanche soir à du matériel et des informations de RDR. Nous proposons un accueil direct, rapide, qui permet aux usagers les moins enclins à « se dévoiler » de se fournir gratuitement en matériel sans contrepartie de lien, d'inscription, ou de désignation. L'orientation dans le champ de l'addictologie et la construction de lien pour ceux qui le nécessiteraient reste bien sûr un objectif secondaire, à chaque fois que le cas se présente.
Résultats et indicateurs d'évaluation	File active relative à l'action Type et quantité de matériel distribué
Référent Technique	Chef de Service Educatif
Partenaires concernés par l'action (contributeurs)	Ville de Lyon et mairies d'arrondissements du 1 ^{er} , 4 ^{ème} et 9 ^{ème} . Réseau de pharmacies et de médecins généralistes permettant de cibler l'information et le public bénéficiaire. Le Laboratoire Bouchara, fait un lien d'information auprès des généralistes et professionnels de santé susceptibles de relayer l'existence de ce dispositif auprès des usagers concernés. CSAPA et CAARUD de la région lyonnaise.
Calendrier de mise en œuvre	Action initiée en 2011 (reprise du Bus de Médecins du Monde) Permanence hebdomadaire, le dimanche, de 18 à 21 heures.
ETP concernés	2 salariés x 4,5 heures x 52 semaines = 468 heures, soit 0,31 ETP , hors dispositif de réunions.

RENCONTRES ET FILE ACTIVE BUS RDR 2015

	Hommes	dont nouveaux	Femmes	dont nouvelles	Total rencontres
SEMESTRE 1	255	14	51	4	306
SEMESTRE 2	286	3	27	3	313
TOTAL 2015	541	17	78	7	619

Distributions de matériel

SEMESTRE 1	285
SEMESTRE 2	288
TOTAL 2015	573

File active HOMMES 199 dont 17 nouveaux hommes accueillis

File active FEMMES 34 dont 7 nouvelles femmes accueillis

50 permanences entre le 1er janvier et le 31 décembre 2015

Moyenne 12,18 passages par permanence

Répartition des rencontres par lieu		
Terreaux	Plateau Xrousse	Vaise
539	31	49

La nouvelle organisation des permanences en trois lieux distincts (Terreaux, plateau Croix-Rousse et Vaise), mise en place en 2014, a permis un rééquilibrage de l'action et une meilleure répartition des publics rencontrés.

Cela a permis une nouvelle dynamique, notamment en termes de relais : 40 personnes, non présentes physiquement sur les permanences, se sont vues relayer du matériel de prévention diffusé à partir du Bus RdR.

En 2015, nous noterons une baisse de fréquentation du bus par le public de personnes prostituées (cela explique en majeure partie une baisse du nombre de préservatifs masculins et gel diffusés dans ce cadre).

Action « Interventions Mobiles en Contextes Festifs (IMoCoFest) »

Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)	<p>Les contextes festifs urbains et ruraux sont des lieux repérés d'expérimentations de produits psychoactifs et prises de risques potentiels, spécifiques au contexte de la fête.</p> <p>Les usagers ponctuels ou réguliers de produits psychoactifs qui fréquentent les espaces festifs ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux fréquentant les CAARUD.</p> <p>Des messages spécifiques et des modalités d'intervention adaptées doivent donc être proposés.</p>
Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD	Missions 1,4 et 5 de l'art. 1 ^{er} du Décret 2005-1606 du 19 novembre 2005. (Voir le décret en annexe)
Objectif opérationnel	Permettre aux usagers de drogues, ponctuels ou réguliers, fréquentant les espaces festifs, d'avoir accès aux informations et au matériel de réduction des risques liés aux consommations de produits psychoactifs, ainsi qu'aux risques sexuels.
Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels	Stands de prévention & réduction des risques en contextes festifs. ⇒ identité visuelle à produire ⇒ matériel « général » et spécifique (bouchons d'oreilles, flyers adaptés)
Résultats et indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de rencontres par stand - Suivi du matériel distribué - Suivi des flyers distribués - Cotation des thématiques de discussion
Référent Technique	1 Educateur spécialisé (Thomas PETIT)
Partenaires concernés par l'action (contributeurs)	Bénévoles du CAARUD - Organismes d'événements festifs Association Avenir Santé - Keep Smiling
Calendrier de mise en œuvre	Action initiée en 2007. Nombre de stands par an dépendant des disponibilités d'équipe eu égard à l'ensemble des actions du CAARUD, et au volume horaire représenté.
ETP concernés	Stands : (18x6x4) + coordination bénévoles et partenaires, préparations, évaluations (4,5x44) = 432+198= 630h soit 0,42 ETP, hors de temps de réunions

	Rencontres hommes	Rencontres Femmes	Total Rencontres	Brochures rdr diffusées
SEMESTRE 1	506	315	821	923
SEMESTRE 2	1 121	840	1 961	830
TOTAL 2015	1 627	1 155	2 782	1 753

18 tenues de stands entre le 1er janvier et le 31 décembre 2015 :

Soirée Freakz ! Double Mixte	Festival Xrousse	Festival Woodstower
Grrrnd Zero Festival	Festival Démons d'Or	Festival Melting Potage
Soirée de soutien au « Refuge »	E-Sport Eurexpo	Festival Chant des Pierres
Repercusound#10	Gully#sound festival	Grrrnd Zero
Roots de campagne	Festival Fest'Bouc	Reperkussions
Festival 6 ^e Continent	Festival Dezing	Soirée abstraction Double Mixte

Cette année, nous avons poursuivi nos tenues de **stands de prévention et réduction des risques**. Nous sommes intervenus 18 fois lors de concerts ou de festivals ciblés. Nous noterons :

- une augmentation de la fréquentation des festivals en général, d'où une augmentation de la fréquentation de nos stands (+ 1 018 rencontres cette année) ;
- une massification de la fréquentation des festivals par un public jeune et souvent novice dans l'expérimentation de substances psychoactives ;
- une banalisation de la pratique du sniff qui ne rebute plus le consommateur : beaucoup pour le speed (amphétamines) mais aussi pour des produits qui étaient auparavant ingérés, comme la MDMA (ce qui n'est pas sans poser de problèmes sanitaires au vu de l'abrasivité de celle-ci). Les diffusions de dosettes d'eau PPI et de sérum physiologique ont considérablement augmenté en 2015, ces outils étant utilisés pour le rinçage nasal et donc systématiquement proposés aux usagers se procurant des carnets de Roule-ta-Paille ;
- une large consommation de MDMA qui ne se cantonne pas à la scène techno ; en effet, nous intervenons plutôt sur des événements musicaux généralistes, et de nombreuses personnes du public sont manifestement, et sans doute possible, sous effets de ce produit ;
- quelques injecteurs, y compris sur des festivals plus grands public, mais qui restent rares ;
- une hausse des demandes de renseignements et de conseils de réduction des risques sur les RC (Research Chemicals) ou Nouveaux Produits de Synthèse ;
- des consommations d'alcool toujours très importantes, et des personnes en état d'ébriété très avancé qui viennent fréquenter les stands en fin de soirée...

A chaque manifestation, des bénévoles étaient présents à nos côtés : sans ce soutien indispensable, nous n'aurions pu intervenir aussi régulièrement. Nous les remercions vivement pour leur investissement.

En 2016, nous devrions intervenir à nouveau sur certains de ces événements, tout en continuant à investiguer d'autres possibilités.

Action « Action Campus »

Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)	Les CAARUD sont des dispositifs de santé publique. Or, force est de constater que leur file active est essentiellement marquée par la grande précarité. Un travail reste à faire en direction d'un public moins marginalisé. Les plus jeunes apparaissent comme exposés aux produits. Nous pensons qu'un premier contact, au plus tôt, auprès de ce public permet d'ancrer les messages de prévention et de réduction des risques et des dommages (cf : enquête Baromètre INPES sur la santé des jeunes, Etude OFDT « <i>les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers cachés</i> »)
Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD	Missions 1, 2, 4 et 5 de l'art. 1 ^{er} du Décret 2005-1606 du 19 novembre 2005. (Voir le décret en annexe)
Objectif opérationnel	Rencontrer les « consommateurs cachés » parmi les étudiants : informer sans stigmatiser.
Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels	Stands de prévention / réduction des risques Méthodologie : passages réguliers, implantation sur un campus, offre de rencontre non stigmatisante sur la question de l'usage de produits psychoactifs. L'implantation régulière de notre présence permet, sous les dehors d'un stand de prévention, de toucher progressivement les personnes les plus concernées par l'usage de produits.
Résultats et indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de conversations par stand, et par thématiques de discussion - Nombre de documents - Quantité de matériel distribué - Retours et bilans avec les partenaires universitaires
Référent Technique	Un Intervenant de Prévention Santé (Cyril PERRONNET)
Partenaires concernés par l'action (contributeurs)	Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé de Lyon 2 Service de médecine préventive de Lyon 1 (Campus de la Doua et de Rockefeller) Associations d'étudiants sur les campus Consultations Jeunes Consommateurs, CSAPA
Calendrier de mise en œuvre	Action initiée en 2012 17 tenues de stands en 2015
ETP concernés	Stands : 11h-15h (4h par intervenant) Préparation 2h, trajets 1h30, comptages et évaluations : 2h (par stand) Réunions spécifiques, coordination, bilans : 20h. Total : ((4x2)x17)+(5,5x2x17)+(20x2)= 363 h / an pour 17 stands. 0,24 ETP

ACTION PREVENTION CAMPUS 2015

	Rencontres hommes	Rencontres Femmes	Total Rencontres	Brochures rdr diffusées
SEMESTRE 1	204	207	411	803
SEMESTRE 2	431	504	935	1 245
TOTAL 2015	635	711	1 346	2 048

17 tenues de stands entre le 1er janvier et le 31 décembre 2015 :

Université LYON 2	4 stands sur le site quai Claude Bernard 5 stands sur le campus de Bron-Parilly 1 stand dans le cadre d'un concert (campus Bron-Parilly)
Université LYON 1	2 stands sur le site de Gerland 1 stand sur le campus de la Doua (Villeurbanne) 1 stand sur le domaine Rockefeller 1 stand sur le site Lyon Sud
Université LYON 3	1 stand sur le site Manufacture des Tabacs
Business School - EM Lyon	1 séance d'information/prévention en amphithéâtre

Nous avons accueilli davantage de public au cours de cette année universitaire (1 346 rencontres contre 829 en 2014/2015). Les opérations de type « forum associatif » ou « journées de prévention » sont toujours propices à rencontrer davantage de personnes.

Nous avons cessé d'intervenir sur le site de l'INSA, les stands y étant très peu fréquentés.

Nous intervenons donc désormais régulièrement auprès des trois Universités de l'agglomération. Les stands sont désormais bien identifiés par les étudiants, les files actives de passages ont augmenté à chaque intervention. Notre visuel est désormais connu et reconnu, parfois par des jeunes gens qui fréquentent également les lieux festifs et nous y croisent.

Nous noterons une augmentation des diffusions de carnets Roule-ta-paille, ainsi qu'une légère augmentation du nombre de préservatifs distribués (mais une baisse du nombre de dosettes de gel, notre discours est encore à adapter). Les étudiants rencontrés fréquentent souvent les stands sur des questions de RdR liée à la sexualité, pour des conseils et informations et des préservatifs, féminins ou masculins.

Action « Programme d'Echange de Kits en Officines (PEKO) »

<p>Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)</p>	<p>Les CAARUD ne permettent pas à eux seuls, en tant que dispositif d'accueil, de toucher la diversité des usagers de drogues sur un territoire donné. Certains usagers de drogues ont besoin d'un dispositif plus diffus, et plus intégré dans le droit commun pour pouvoir avoir accès du matériel de réduction des risques de manière discrète et moins « <i>stigmatisante</i> » que ce que peut représenter la fréquentation d'un CAARUD. Par ailleurs, la récupération du matériel utilisé est également un enjeu de santé publique, et la multiplication des points de collecte est essentielle à un taux de récupération satisfaisant.</p>
<p>Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD</p>	<p>Missions 2 et 4 de l'art. 1^{er} du Décret 2005-1606 du 19 novembre 2005. (Voir le décret en annexe)</p>
<p>Objectif opérationnel</p>	<p>Proposer un accès facilité au matériel de RDR aux usagers de drogues ne fréquentant pas ou peu les CAARUD. Faciliter la récupération du matériel utilisé.</p>
<p>Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariat avec des officines de pharmacie en ville : <ul style="list-style-type: none"> o Mise à disposition de kits d'injection et de récupérateurs, o Tournée hebdomadaire des pharmacies participantes, pour réassort, o Formation et sensibilisation des pharmaciens à la RDR. - Recherche de mobilisation sur le rôle d'acteur de Santé publique des pharmaciens non encore impliqués. Démarchage, rencontres, organisation de temps d'échanges. - Afin d'obtenir un meilleur maillage de territoire, Pause Diabolo (CAARUD à Lyon 3^{ème}) est l'interlocuteur des pharmacies situées sur la rive gauche du Rhône
<p>Résultats et indicateurs d'évaluation</p>	<p>Nombre de pharmacies partenaires Quantité de matériel distribué Quantité de matériel récupéré Retours et dialogues avec les pharmaciens concernés.</p>
<p>Référent Technique</p>	<p>Une IDE (Stéphanie PITTET) Un bénévole (Jean-Michel PIFFETEAU)</p>
<p>Partenaires concernés par l'action (contributeurs)</p>	<p>Réseau des pharmacies CAARUD Pause-Diabolo (Association Le MAS)</p>
<p>Calendrier de mise en œuvre</p>	<p>Action initiée en 2002. Suivi hebdomadaire des pharmacies participantes.</p>
<p>ETP concernés</p>	<p>1,5 jour /semaine= 10 h / semaine x52= 520 heures soit 0,35 ETP, hors dispositif de réunions.</p>

1 Pharmacie des Verchères (Rillieux)

Mois	Stéribox® diffusés	Containers diffusés	Containers récupérés	Taux de récupération
TOTAL	1 317	22	28	127.27%

2 Pharmacie Adam (Rillieux)

Mois	Stéribox® diffusés	Containers diffusés	Containers récupérés	Taux de récupération
TOTAL	192	2	4	200.00%

3 Pharmacie Dubuis (Rillieux)

Mois	Stéribox® diffusés	Containers diffusés	Containers récupérés	Taux de récupération
TOTAL	792	13	13	100,00%

4 Pharmacie Saint Pierre de Vaise (Lyon 5)

Mois	Stéribox® diffusés	Containers diffusés	Containers récupérés	Taux de récupération
TOTAL	672	13	14	107.70%

5 Pharmacie de la Barre (Lyon 2)

Mois	Stéribox® diffusés	Containers diffusés	Containers récupérés	Taux de récupération
TOTAL	144	3	3	100,00%

6 Pharmacie Cueilleron - place Sathonay (Lyon 1)

Mois	Stéribox® diffusés	Containers diffusés	Containers récupérés	Taux de récupération
TOTAL	552	13	11	84.61%

7 Pharmacie de l'Ambre (Lyon 4)

Mois	Stéribox® diffusés	Containers diffusés	Containers récupérés	Taux de récupération
TOTAL	508	10	8	80.00%

8 Pharmacie du Clos Jouve (Lyon 1)

Mois	Stéribox® diffusés	Containers diffusés	Containers récupérés	Taux de récupération
TOTAL	96	5	4	80.00%

TOTAUX DES OFFICINES GERES PAR CAARUD

Mois	Stéribox® diffusés	Containers diffusés	Containers récupérés	Taux de récupération containers
TOTAL	4 273	81	85	104.94%

La fréquentation des pharmacies et leur rythme de diffusion de Stéribox® sont très aléatoires. Il suffit parfois qu'un usager décide de ne plus utiliser le programme pour que les diffusions d'une officine s'effondrent. En 2015, cela a été le cas pour la Pharmacie du Clos Jouve (Lyon 1^{er}), qui avait rejoint le dispositif spécifiquement pour un client. Puis, celui-ci a fini par ne plus se présenter.

De même, certains usagers, qui récupéraient des cartons entiers auprès de la Pharmacie des Verchères (Rillieux la Pape), ont cessé de fréquenter l'officine.

En 2015, la Pharmacie Adam (Rillieux la Pape) a cessé ses activités en février. Il s'agissait d'une officine très active au sein du programme.

Nous avons toutefois diffusé davantage de Stérifilts® que l'an dernier (3 100 contre 2 500). Cela est dû à une information spécifique que nous avons faite aux pharmaciens autour de cet outil. Cela leur a permis de le proposer plus systématiquement aux usagers de PEKO.

Enfin, au vu des taux de récupération de containers, nous constatons chaque année que les usagers utilisent le programme également pour ramener du matériel souillé qu'ils se sont procuré par ailleurs. Cela reflète tout l'intérêt de ce dispositif en termes de Santé Publique.

Action « Accompagnements »

Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)	Le travail auprès du public du CAARUD nécessite à la fois souplesse, disponibilité et réactivité. Les temps d'accueil collectifs ou les rendez-vous individuels ne permettent pas de s'adapter rapidement aux situations de précarité qu'amènent les usagers.
Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD	Missions 1 à 3 de l'art. 1 ^{er} du Décret 2005-1606 du 19 novembre 2005. (Voir le décret en annexe)
Objectif opérationnel	Permettre aux professionnels du CAARUD de proposer des rencontres réactives et souples aux usagers nécessitant un soutien.
Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels	Repérer, à horaires fixes, un volant d'heure pour chaque professionnel, équivalent à environ un quart temps, sur lequel ce dernier peut organiser son temps en accompagnements directs. <i>De plus, il est nécessaire d'actualiser très régulièrement ses connaissances pour pouvoir élaborer avec les usagers des stratégies personnelles de réduction des risques, ce volant d'heure est donc aussi disponible pour permettre aux professionnels du CAARUD de se documenter, écrire sur leur pratique et adapter leurs accompagnements. En outre, il est aussi utilisé pour effectuer les cotations d'évaluation relatives aux activités, d'une manière générale, ou en cas de référence spécifique, ainsi que pour pouvoir participer à divers groupes régionaux ou nationaux, tout en garantissant la continuité des activités collectives.</i> <i>Enfin, ce volant d'heure est dans les faits aussi souvent utilisé comme « variable d'ajustement », lorsque d'autres actions ont conduit les salariés à dépasser leur cadre horaire, ou qu'un remplacement de salarié absent doit être effectué.</i>
Résultats et indicateurs d'évaluation	Suivi des accompagnements parz un outil de collecte spécifique précisant les lieux ou partenaires concernés et les thématiques de discussion.
Référent Technique	Chef de service
Partenaires concernés par l'action (contributeurs)	Variable selon les accompagnements (Maison du Patient, réseau de médecins, hôpitaux, CSAPA, Centres thérapeutiques résidentiels...). Centres ressources locaux ou nationaux (Fédération Addiction, Psychoactif, Asud...)
Calendrier de mise en œuvre	Action initiée (formalisé) en 2009. Temps réparti sur la semaine, selon les nécessités de service.
ETP concernés	9 heures x 7 + 3 h (IPS à mi-temps) = 66h / semaine soit : 3432 h = 2,26 ETP

PROGRAMME D'ORIENTATION ET ACCOMPAGNEMENT AUX SOINS

	Orientations	Rendez-vous	Accompagnements	Aide aux démarches	TOTAL 2015
Toxicomanie VIH - VHC	83	42	15	120	260
Médecins Spécialistes (libéraux et hospit.)	13	5	0	4	22
Hôpitaux	15	7	18	9	49
Autres structures	151	18	41	201	411
<i>Soins</i>	30	7	7	20	64
<i>Hébergement et domiciliation</i>	19	2	9	39	69
<i>Insertion</i>	79	7	16	128	230
<i>Aide à la Vie Quotidienne</i>	23	2	9	14	48
TOTAL	262	79	81	334	742

En 2015, nous avons développé nos collaborations avec les réseaux spécialisés (services infectieux, d'addictologie...).

Les articulations avec les CSAPA partenaires, mais aussi en interne avec les CSAPA d'ARIA, se sont affinées : nos liens avec les équipes d'éducateurs sont soutenus et les orientations s'en trouvent simplifiées.

Les usagers sont de plus en plus autonomes, les accompagnements physiques sont désormais rares, le public du CAARUD s'est approprié le réseau et nous interpelle surtout pour les premières mises en lien avec les structures (ce que nous nommons orientations, prises de RV, voire simplement aide aux démarches).

Pour autant, ils nous rapportent toujours le mauvais accueil dont ils font l'objet au sein de certains services, d'urgences notamment, en tant que SDF et/ou étrangers en situation administrative complexe.

Action « Dépistages Hors Les Murs (DHLM) »

Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)	La connaissance de sa sérologie vis-à-vis des IST en général et plus particulièrement du VIH et des hépatites est un vecteur de réduction des risques, de préparation et de facilitation de l'accès aux soins. Or, les usagers de CAARUD sont souvent en difficulté pour ce qui est de consulter, en hospitalier, notamment, les lieux spécialisés dans les actions de dépistages.
Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD	A partir de la circulaire DGS/MC2/2009/349
Objectif opérationnel	Faciliter l'accès au dépistage des IST, du VIH et des hépatites B et C pour les usagers fréquentant le CAARUD. Soutenir et accompagner les démarches qui s'ensuivraient, selon le souhait des usagers.
Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels	Dépistage Hors les Murs effectué par le Centre d'Information et de Dépistages Anonyme et Gratuit de l'Hôpital de la Croix-Rousse.
Résultats et indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Suivi du nombre de dépistages - Bilan d'action avec le CIDAG
Référent Technique	Chef de Service
Partenaires concernés par l'action (contributeurs)	CIDAG Croix-Rousse
Calendrier de mise en œuvre	Action initiée en 2012
ETP concernés	Partenariat CIDAG

DEPISTAGES HORS LES MURS 2014

Au total, 3 actions ont eu lieu dans les locaux de RuptureS. 15 personnes ont été vues en entretien et toutes ont bénéficié d'un dépistage. Le pourcentage de tests rendus est de 93%, notamment grâce à l'utilisation des tests rapides qui permettent un rendu de résultat immédiat.

Aucune personne n'a été dépistée positive pour le VIH, le VHB et la syphilis.

Sur 11 tests VHC réalisés, 2 se sont avérés positifs (18%).

Les résultats sont résumés dans les tableaux ci-dessous :

	2015
Accueil	15
Personnes testées	15
Résultats rendus	14
VIH	15
VIH +	0
VHC	11
VHC +	2
tests VHB	7
VHB+	0
tests syphilis	7
syphilis+	0
TROD VIH	9
TROD VIH +	0
TROD VHC	8
TROD VHC +	0
Chlamydia	1
Chlamydia +	0
AC anti-HBc isolé	0

Action « Action Veille »

Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)	<p>Les dispositifs de RDR visent à permettre aux usagers de drogues une meilleure information sur les produits qu'ils consomment et les risques associés à cette consommation. Cependant il n'est presque jamais possible de déterminer avec certitude la composition des produits consommés.</p> <p>Les dispositifs de veille sanitaire sont spécialisés sur les effets indésirables, ou les produits nouveaux, ou sont subordonnés à l'existence d'un pôle TREND de l'OFDT, absent dans la région.</p>
Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD	Article 1, alinéa 2 (R3121-33-2). 1 ^{er} du Décret 2005-1606 du 19 novembre 2005. (Voir le décret en annexe)
Objectif opérationnel	Permettre aux usagers qui en font la demande d'avoir accès à une analyse qualitative des produits qu'ils consomment
Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels	<p>Participation au dispositif SINTES de l'OFDT</p> <p>Coordination de ce dernier pour la région</p> <p>Mise en place d'un accès aux techniques de Chromatographie sur Couche Mince (CCM)</p>
Résultats et indicateurs d'évaluation	<p>Suivi du nombre de collectes réalisées dans l'année</p> <p>Suivi du type de produits récoltés</p> <p>Retours auprès des usagers concernés et valorisation des informations obtenues en termes de RDR</p>
Référent Technique	<p>1 Educatrice Spécialisée (Nina TISSOT) sur la CCM</p> <p>Chef de Service pour la coordination SINTES en Rhône-Alpes par convention ARIA-OFDT</p>
Partenaires concernés par l'action (contributeurs)	<p>OFDT</p> <p>Service Prévention Oppelia Le Thianty (74)</p> <p>Médecins du Monde : mission nationale « XBT »</p> <p>Pause Diabolo</p> <p>Keep-Smiling</p> <p>Usagers du CAARUD</p>
Calendrier de mise en œuvre	<p>Action initiée en 2012 (coordination SINTES) et 2014 (CCM)</p> <p>La collecte est disponible à tout moment, durant les actions du CAARUD</p>
ETP concernés	<p>La coordination SINTES et la référence CCM représentent un surcroît de travail ponctuel, difficile à quantifier et dépendant du nombre de collecte réalisées, qui lui-même dépend de la disponibilité des professionnels à s'engager sur les projets...</p> <p>En moyenne, on peut l'évaluer à 7h/mois pour les deux dispositifs.</p> <p>Soit 0,06 ETP, hors temps de coordinations et réunions.</p>

Action « Emission de Radio »

Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)	<p>Au-delà de l'accueil et de l'accompagnement, RuptureS a toujours cherché à promouvoir l'accès à la citoyenneté, à la prise de responsabilité, mais aussi l'accès à la parole et à l'expression, dans les cadres que permet pour chacun l'appartenance à la communauté sociale.</p> <p>En tant qu'utilisateur de drogues, l'accès à cette parole est bien souvent plus problématique, et porte le stigmate de la consommation de produits. Par ailleurs, nombreux sont ceux qui « <i>parlent</i> » des usagers de drogues, parfois en leur nom, souvent sans leur avis. (discours médical, politique, associatif, ...). Si la pluralité des espaces est la condition nécessaire de l'enrichissement des personnalités, et la possibilité du débat celle de la citoyenneté, il nous semble pertinent de nous employer à créer des espaces de parole possible, pour les usagers de drogues.</p>
Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD	Missions 5 de l'art. 1 ^{er} du Décret 2005-1606 du 19 novembre 2005. (Voir le décret en annexe)
Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre aux usagers du CAARUD d'avoir un espace expérimental d'accès à une parole personnelle • Contribuer à la publicisation de la parole des usagers de drogues, en tant que tels, comme citoyens à part entière.
Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels	<p>Emission de Radio entièrement préparée, animée, « <i>fabriquée</i> » avec les usagers.</p> <p>Parution irrégulière de l'émission, pour satisfaire aux critères de réalité du rythme de vie des usagers, sans contraindre les professionnels à « <i>prendre la main</i> » à cause d'une échéance.</p>
Résultats et indicateurs d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Implication des usagers dans le projet - Nombre d'émissions diffusées <p>L'évaluation porte également sur la satisfaction des usagers à participer à un projet qu'ils portent partiellement, ainsi que sur les effets de cette collaboration.</p>
Référent Technique	1 Educatrice Spécialisée (Nina TISSOT)
Partenaires concernés par l'action (contributeurs)	Usagers - Radio Canut
Calendrier de mise en œuvre	<p>Action initiée en 2011</p> <p>Calendrier aléatoire, au rythme des usagers, le partenariat avec Radio Canut nous laissant construire une émission « <i>à parution irrégulière</i> »</p>
ETP concernés	Préparation, montage, participation à l'animation de l'émission, en temps diffus, une moyenne de quatre heures par semaine ; lissés sur l'année. soit environ 0,14 ETP , hors temps de réunions.

Action « Dispositif de coordination et d'élaboration de l'action »

Contexte – Constat (au regard du diagnostic et/ou du contexte)	<ul style="list-style-type: none"> - La multiplicité des actions du CAARUD RuptureS nécessite une coordination administrative et organisationnelle complexe. - La complexité des situations des usagers rencontrés par les professionnels nécessite la construction individuelle et concertée des accompagnements et des propositions institutionnelles. - L'adaptation constante des propositions aux pratiques des usagers nécessite la tenue régulière de groupes de travail thématiques réactifs.
Objectif général, selon définition réglementaire des missions des CAARUD	Décret 2005-1606 du 19 novembre 2005.
Objectif opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> • Permettre l'articulation des plannings d'actions collectives et individuelles, au plus proche des situations vécues par les usagers. • Favoriser l'élaboration des réponses institutionnelles, à partir des relations individuelles tissées par les intervenants. • Favoriser la construction et l'articulation de projets réactifs, au regard des problématiques soulevées par l'activité.
Les moyens mis en œuvre et les choix organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion hebdomadaires d'organisation du travail, permettant l'ajustement des actions. • Réunion hebdomadaire d'élaboration des réponses en fonction des situations individuelles rencontrées • Banalisation d'un temps hebdomadaire permettant la tenue de groupes de travail « focus », pour lesquels la participation des usagers sera recherchée (selon thématiques) • Organisation d'un temps d'analyse des pratiques pour les intervenants, en dehors de la présence des cadres, avec un consultant extérieur.
Référent Technique	Chef de service pour le dispositif global Référents techniques des actions, selon groupes « focus »
Partenaires concernés par l'action (contributeurs)	Usagers participant aux groupes de travail, le cas échéant.
Calendrier de mise en œuvre	Dispositif hebdomadaire récurrent pour l'organisation et l'élaboration Calendrier thématique pour les groupes « focus »
ETP concernés	Elaboration : 2,5h/semaine, Organisation 2h/semaine, Groupes Focus : 3,5h/semaine Analyse des pratiques : 1,5h / mois / 11mois (pris sur les mêmes heures) (8 x 7,5 x 52)=3120 soit 2,05 ETP

Dans le cadre de l'ensemble des actions décrites ci-dessus, le matériel de Réduction des Risques suivant a été diffusé par le CAARUD RUPTURES en 2015

Type de matériel		Quantité
Seringues	Insulines en Kit+	34 488
	1 cc	76 266
	2cc	9 832
	2,5 cc	5 110
	5 cc	5 415
	10 cc	513
	20cc	421
TOTAL		132 045

Rdr liés à la sexualité	Préservatifs masc.	53 056
	Préservatifs fém.	809
	Gel	1 843

Filtres	Stérifilts	11 059
	Toupies	3 497
	Divers à l'unité	361
TOTAL		14 917

Cupules de chauffe et dilution	Stéricups	55 907
	Stérimix	29 420
	Maxicups	10 780
TOTAL		96 107

Type de matériel		Quantité
Matériel de sniff	Roule ta paille	5 627
	Sérum physiol.	1 333
TOTAL		6 960

Matériel divers	Eau PPI	104 895
	Tampons alcool	95 435
	Crème cicatrisante	19 102
	Ethylotests	521
	Jetons automatés	109

Matériel conso crack	Kits base	850
	Embouts	168

Containers	Distribués	425
	Récupérés	351
	Taux de récupérat°	82,59%

PES en pharmacie (PEKO)	Stéribox	4 273
	Stérifilts	3 100
	Containers donnés	81
	Containers récupérés	85
	Taux de récupérat°	104,94%

7 officines partenaires en 2015

Tendances de consommations parmi les personnes rencontrées en 2015

Héroïne	Buprénorphine, subutex	Méthadone	Moscantin-Sknénan	Cocaïne ou free base	Crack	Amphétamines	MDMA, ecstasy
55%	42%	30%	26%	55%	4%	30%	12%
Kétamine	Plantes hallucinogènes(1)	LSD, acides	Benzo (2)	Cannabis	Alcool		
16%	10%	13%	25%	58%	65%		

(1) Champignons, Datura, Salvia divinorium, DMT/ayahuasca

(2) Rivotril, Rohypnol, Vallium, Tranxene, Temesta, etc

A noter : ces données proviennent de l'analyse des questionnaires d'entretien de 1^{er} accueil réalisés en 2015 (soit les tendances de consommations des 69 personnes nouvellement accueillies).

Les tendances de consommations 2015 :

La MDMA sous forme de cachets: après une quasi disparition de la forme ecstasy/comprimés, nous avons aujourd'hui la confirmation de sa réapparition dans les consommations rapportées par les usagers (y compris dans des dosages plus élevés).

Ce constat vaut pour le centre d'accueil et pour les stands "*grand public*" en milieu festif. Sur ce terrain particulier, nous constatons des consommations beaucoup plus présentes, et plus fortement dosées.

Nous notons une augmentation de visibilité des produits achetés sur internet, avec des effets souvent différents de ceux annoncés sur les sites. Ce phénomène est notamment constaté sur les stands campus et festifs.

Par ailleurs, nous constatons sur l'ensemble de nos actions une plus grande présence des Nouveaux Produits de Synthèse (NPS) parmi les consommations, y compris chez des usagers historiquement consommateurs de "*street drugs*".

Ce mode d'approvisionnement nous a conduits à faire analyser plusieurs échantillons d'héroïne, qui se sont révélés fortement dosés.

La consommation de cocaïne basée continue à se démocratiser. Les chiffres de distribution des kits base nous confirment cette tendance.

Le profil des consommateurs 2015 :

Sur les stands, et notamment en milieu festif, nous constatons un rajeunissement important des populations qui se présentent en ayant consommé, ou comme consommateur.

La disponibilité sur internet de produits "*légaux*" ou à faible risque pénal, nous semble rendre les achats et consommations par les plus jeunes plus présents. La pratique de "*before*", mélangeant alcool et produits (type MDMA), semble se généraliser.

Ces constats nous semblent reposer la question du travail des CAARUD avec les mineurs, car les actions de réduction des risques au sens propre, et non pas de prévention, nous semblent bien trop absentes vis à vis de ces publics.

Les problèmes de santé les plus marquants en 2015 :

1. Nous notons une baisse des actes de soins infirmiers pour des problèmes liés à l'injection, ce qui nous semble corréluer avec l'expérimentation des *kits exper'* dans notre CAARUD, ainsi qu'une plus grande vigilance de l'équipe sur la distribution des filtres toupies et des lingettes à base de chlorhexidine notamment.

2. Les usagers de drogues souffrant de problèmes psychiatriques sont de plus en plus mal pris en charge à l'hôpital : manque de place, longs délais pour accéder à un suivi en CMP, difficultés à déclencher des hospitalisations, très mauvais accueil aux Urgences. Il est notable sur ce dernier point qu'à Lyon, les accompagnements faits vers les services d'urgences ont souvent donné lieu à de laborieuses négociations avec les équipes soignantes pour que l'état de santé de l'utilisateur accompagné soit réellement pris en compte. La politique hospitalière constatée le plus souvent est une orientation vers les ELSA locales, même concernant des problématiques somatiques urgentes, sans lien manifeste avec l'addiction.

3. La multiplication des consommations de produits divers, et notamment plus fortement dosés, nous a conduits à rencontrer des situations de débuts d'overdose (en travail de rue et en stands) qui pourraient être "*sécurisées*" plus facilement par la distribution de, ou l'accès élargi, à la Naloxone© pour les professionnels de CAARUD, les postes de secours et les usagers eux-mêmes.

Les problèmes sociaux marquants en 2015 :

L'évolution des outils de soin concernant le VHC a provoqué plus de refus concernant les obtentions de titres de séjour lié au statut d'étranger malade. Il a donc fallu accompagner davantage vers les associations et professionnels spécialisés dans ce champ.

La question des domiciliations est toujours difficile pour les plus précaires, et les conditions d'inscriptions posées par les CCAS d'arrondissements rendent extrêmement difficiles les démarches d'accès aux droits pour les publics sans domicile. Les associations agréées sont, quant à elles, le plus souvent saturées.

Nous avons constaté chez les usagers du lieu d'accueil une forme de résignation vis à vis du dispositif d'hébergement d'urgence, qui est désormais nettement moins sollicité. Le public du CAARUD a pris acte du fait qu'il est devenu de plus en plus rare qu'une solution lui soit apportée par ce biais...

La gestion des places par le SIAO semble en effet avoir gagné en stabilité pour les hébergés, mais perdu en facilité d'accès à l'hébergement pour les non-hébergés.

Les squats poursuivant leur affaiblissement, du fait d'une plus grande pression, nous constatons l'émergence d'une solution consistant à investir une voiture comme lieu "d'hébergement" pour plusieurs usagers.

Diffusions de seringues

L'augmentation du nombre de seringues diffusées par des personnes-relais reflète la clarification de leur profil en équipe : est considéré comme personne-relais tout usager qui vient chercher du matériel pour son propre usage et pour celui d'au moins une autre personne de son réseau.

Les professionnels du CAARUD ont été particulièrement vigilants cette année sur la question du relais de matériel. Lorsqu'un usager se présente en « *salle matos* », ils lui demandent systématiquement s'il fera suivre des outils de Réduction des Risques à ses pairs.

Au vu des réponses, ce matériel relayé est principalement distribué sur le quartier Croix-Rousse (plateau, pentes et bas des pentes), à l'instar du matériel diffusé par RUPTURES de manière générale.

L'augmentation du nombre de seringues distribuées lors des tenues de stands est en lien avec le nombre d'interventions effectuées.

La distribution de seringues dans le cadre du Programme d'Echange de Seringues du mercredi (multipliée par deux) correspond au fait que ce temps est mieux repéré par les usagers. La fréquentation des permanences a augmenté cette année.

Diffusion de Kits Base

Du fait de l'adaptation à la demande, le nombre de Kits Base distribués a doublé.

Nous avons cessé la diffusion de simples doseurs, au profit d'une plus grande variété d'outils adaptés aux besoins des usagers : Kits Base TERPAN, Kits KB+, lames, filtres aluminium,...).

L'équipe a également renforcé son discours de réduction des risques sur l'utilisation de ces outils. De fait, au fil du temps, l'offre a été mieux identifiée...

Diffusion de carnets Roule-ta-paille

La distribution de RTP a augmenté de manière régulière, tout au long de l'année. Il semblerait qu'elle reflète une augmentation des modes de consommation par voie nasale.

Diffusion de Stérifilts et filtres toupies

Nous notons une diminution dans la distribution de Stérifilts®, les usagers ayant reporté leur choix sur les Stérimix® et les filtres toupies.

L'outil est aujourd'hui nettement plus utilisé parmi notre public. Le discours des professionnels porte ses fruits (tout comme pour l'utilisation de lingettes désinfectantes et de champs non stériles).

La moitié des filtres toupies sont distribués dans le Nord du département (les conditions de vie sembleraient plus favorables à l'utilisation de cet outil, puisque les usagers rencontrés vivent pour la grande majorité en appartement...).

En outre, la toupie est adaptée à la consommation de Skénan® (produit souvent consommé sur le secteur).

A noter également, en lien avec les consommations de Skénan®, une augmentation des diffusions de Maxicups® et de seringues 2.5 cc.

Diffusion de containers

Nous notons une baisse du nombre de conteneurs distribués, et de fait, du nombre de seringues récupérées. Par contre, le taux de récupération est meilleur que l'an dernier.

Diffusion de crème cicatrisante

Ici aussi, il semblerait que le discours de réduction des risques renforcé produise ses effets, l'outil étant nettement plus sollicité par les usagers.

Dans le cadre de l'ensemble des actions décrites ci-dessus, les files actives globales du CAARUD RUPTURES en 2014 ont été les suivantes :

« Lieux d'accueil » du CAARUD			
	File active	Dont nouvelles personnes	Nombre de passages/contacts
Local principal et antennes	669	69	6 658
	↓		
	dont femmes :	61	
	File active	Dont nouvelles personnes	Nombre de passages/contacts
Unité mobile (bus)	233	24	619
	↓		
	dont femmes :	34	
Interventions extérieures			
	File active	Nombre de contacts	
Interventions de rue/en squat	234	655	
Activités en milieu festif			
Nombre de passages	2 782	Nombre d'interventions	18

Annexes

Items d'entretiens conduits en 2014

Le Décret du 19/12/2005

Items d'entretiens dans le cadre des permanences

N°	OBJET DES ENTRETIENS	TOTAUX 2015	% par rapport au total entretiens
3	Lien quotidien	5 983	27.01
10	Dialogue autour des produits	2 268	10.24
14	RDR <i>(Prévention, matériel)</i>	1 958	8.84
9	Hébergement – squat – logement	1 535	6.93
8	Problème somatique <i>(Santé, soins)</i>	1 317	5.95
2	Besoin d'écoute <i>(Besoin de déposer un ou plusieurs sujets)</i>	1 091	4.93
21	Aide matérielle <i>(Timbres, tickets TCL, photocopies)</i>	858	3.87
7	Droit sécurité social – Droits sociaux <i>(CMU – AME / RSA)</i>	805	3.63
6	Insertion / emploi / formation	797	3.60
4	Substitution <i>(Accès, gestion, soutien)</i>	722	3.26
20	Dialogue autour de l'alcool	687	3.10
19	RDR Sexualités	616	2.78
17	Présentation de ARIA RuptureS et de ses missions	536	2.42
25	Sexualités	479	2.16
5	Problèmes judiciaires <i>(Contraventions – amendes – pénal / prison)</i>	382	1.72
24	Animaux <i>(Chiens, rats et poissons rouges)</i>	319	1.44
13	Bilan –recadrage	314	1.42
22	Questions financières	273	1.22
15	Contraception – grossesses – I.V.G	259	1.17
23	Démarche juridique - étranger <i>(Problème de papier – préfecture – OFPRA)</i>	234	1.06
11	Sevrage	225	1.02
18	Soins V.H.C	163	0.74
12	Santé mentale	157	0.71
0	Rien	63	0.28
1	Dépistages	62	0.28
16	Soins V.I.H	44	0.20%

DECRET

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)

NOR: SANP0524015D

ELI:<http://legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/12/19/SANP0524015D/jo/texte>

Alias: <http://legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/12/19/2005-1606/jo/texte>

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement et du ministre de la santé et des solidarités,

Vu le code de la santé publique, et notamment son article L. 3121-5 ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale en date du 13 décembre 2004 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

La section 6 du chapitre Ier du titre II du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires) est complétée par les articles R. 3121-33-1 à R. 3121-33-4 ainsi rédigés :

« Art. R. 3121-33-1. - Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues assurent :

« 1° L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;

« 2° Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :

« a) L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place ;

« b) L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;

« c) L'incitation au dépistage des infections transmissibles ;

« 3° Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;

« 4° La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;

« 5° L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers.

« Ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

« Art. R. 3121-33-2. - Les centres participent au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

« Art. R. 3121-33-3. - Les centres peuvent être gérés par des établissements de santé dès lors que ceux-ci gèrent également un centre spécialisé de soins aux toxicomanes.

« Art. R. 3121-33-4. - La dotation globale de financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues est établie et versée dans les conditions fixées au paragraphe 2 de la sous-section 3 de la section 2 du chapitre IV du titre Ier du livre III de la partie réglementaire du code de l'action sociale et des familles. »

Article 2

Les dispositions de l'article R. 3121-33-4 entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2006.

Article 3

Le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement et le ministre de la santé et des solidarités sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 19 décembre 2005.

Dominique de Villepin

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et des solidarités,
Xavier Bertrand
Le ministre de l'emploi,
de la cohésion sociale et du logement,
Jean-Louis Borloo