

SESSION 2009

**CONCOURS EXTERNE DE RECRUTEMENT
DE PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT TECHNIQUE
ET CONCOURS D'ACCÈS À LA LISTE D'APTITUDE**

Section : SCIENCES ET TECHNIQUES MÉDICO-SOCIALES

PROJET D'ORGANISATION OU ÉTUDE DE CAS

Durée : 6 heures

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout matériel électronique est rigoureusement interdit.

Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.

De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

NB : Hormis l'en-tête détachable, la copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.

Tournez la page S.V.P.

La loi du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique intègre les structures de réduction des risques pour les usagers de drogues dans le champ des établissements médico-sociaux.

Dans le département de l'I., l'association Alis 36 exerce déjà, dans le cadre de ses missions, des actions de réduction des risques en direction de ces usagers.

Responsable administratif de l'association Alis 36, vous êtes chargé d'élaborer un dossier qui montrera l'intérêt de la création d'un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques (CAARUD). La mise en place de ce centre complètera l'offre de services de l'association.

Ce dossier sera présenté au Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale.

Présentez cette étude d'opportunité.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 :

Evolution de la politique de réduction des risques,
d'après les documents internes de l'association Alis 36.

ANNEXE 2 :

L'association Alis 36, d'après les documents internes de l'association Alis 36.

ANNEXE 3 :

Perspectives à court et moyen terme : nécessité de nouveaux modes d'action,
d'après les documents internes de l'association Alis 36.

ANNEXE 4 :

Les besoins en matière de réduction des risques dans le département de l'I.,
extrait du rapport annuel d'activité 2007 de l'association Alis 36.

ANNEXE 5 :

La Toxicomanie en région Centre, ORS C.

ANNEXE 6 :

Le Sida en région Centre, ORS C.

ANNEXE 7 :

La population en région Centre,
ILIAD, INSEE, CNAF, DREES, DRASS, Fonds de financement de la CMUC.

ANNEXE 8 :

Extraits du rapport sur les enjeux du dispositif RDR en France, AFR.

ANNEXE 9 :

Enquête nationale sur les usagers du CAARUD, OFDT, revue Tendances n°61, Mai 2008.

ANNEXE 10 :

Mise en place d'un CAARUD à D., RESADInfos 46.
Un yucca dans le neuf trois, Interdépendances n°63, Octobre 2006.

ANNEXE 1

Evolution de la politique de réduction des risques (RDR)

Réduire les risques c'est réduire les dommages liés à l'usage de drogues.

- La loi du 31/12/1970 prévoit des mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, la répression du trafic et de l'usage illicite de « substances vénéneuses ». La prévention, le traitement des usagers de drogue et la répression s'inscrivent dans un même but : éradiquer la drogue et la toxicomanie.
- Le décret n°87-328 du 13 Mai 1987 fait apparaître les premières mesures officielles de réduction des risques infectieux, liés à l'usage de drogues en France : autorisation de vente libre de seringues en pharmacie pour les personnes majeures, pérennisée par le décret du 11 Aout 1989.
- Le décret du 29 Juin 1992 officialise les Centres de Soins et de Suivi des Toxicomanes (CSST).
- Le 23 Septembre 1993, Mme Veil présente son plan gouvernemental contre la drogue, pour la période 1994-96, qui prévoit des mesures de réduction des risques : création des centres d'urgence, développement des programmes d'échange de seringues (PES), développement maîtrisé des programmes de substitution (haut seuil).
- En juillet 1994 est mis en place le dispositif institutionnel de réduction des risques infectieux. Ces mesures sont justifiées par la menace du Sida et l'état sanitaire désastreux des usagers d'héroïne : kits stérilisés en vente en pharmacie, mise en place du programme d'échange de seringues, ouverture des « boutiques » bas seuil = accueil des usagers sans exigence de diminution ou d'arrêt concernant leur consommation.
- Ce dispositif expérimental sera confirmé par le « plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les toxicomanies 1999-2001 », élaboré par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et les Toxicomanies (MILDT).
- En 1994-95 sont autorisés les traitements de substitution (Subutex, Méthadone) délivrés par les CSST et les médecins libéraux.
- En 2004 le Code de la Santé Publique crée les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARUD) ; le 30 Juillet, est publié le « plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 », élaboré par le MILDT.
- La circulaire du 02/01/2006 précise les modalités d'intégration de certaines structures de réduction des risques dans le champ des établissements médico-sociaux en tant que centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) ainsi que les perspectives de financement de ces structures à compter du 1er janvier 2006 :

✓ Contexte et missions

- Reconnaissance législative de la politique de réduction des risques :
La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (article L.3121-5 du code de la santé publique) a, pour la première fois, permis une reconnaissance législative de la politique de réduction des risques mise en œuvre, jusque là, par voie de circulaire. Elle vise à définir l'objet de cette politique, à affirmer la responsabilité de l'État dans ce domaine et à sécuriser le statut et le financement des structures intervenant dans ce champ en les inscrivant parmi les établissements médico-sociaux.

- Orientation générale de la réforme :

Cette réforme s'inscrit dans la volonté de donner un cadre aux structures de réduction des risques après avoir conféré un cadre aux pratiques à travers le référentiel national des actions de réduction des risques publié par décret du 14 avril 2005.

L'ensemble de ces textes devront vous permettre de structurer le dispositif de réduction des risques qui comprend, d'une part, les structures qui seront désormais regroupées sous le terme de CAARUD et qui seront financées par l'assurance maladie et, d'autre part, les actions de réduction des risques, menées par des associations ne gérant pas un CAARUD, qui pourront faire l'objet d'un financement par l'Etat.

La structuration du dispositif a pour objectif de prévenir ou de réduire, en s'adaptant aux besoins locaux, les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives (alcool, médicaments...) et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs. Elle s'adresse à des personnes qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins ou dont les modes de consommation ou les produits qu'ils consomment les exposent à des risques majeurs qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques, etc. Une attention particulière devra être portée aux usagers les plus précarisés.

- Intégration des structures de réduction des risques dans le champ des établissements médico-sociaux

L'article L.3121-5 du code de la santé publique issu de la loi du 9 août 2004 précitée crée une nouvelle catégorie d'établissement médico-social : les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) qui relèvent du 9° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, au même titre que les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Leurs missions, conditions et modalités de financement sont précisées par les articles R.3121-33-1 à R.3121-33-4 du code de la santé publique issus du décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005.

- Missions des CAARUD

L'article R.3121-33-1 du code de la santé publique (CSP) prévoit que les CAARUD assurent :

- l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :
 - L'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place,
 - L'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun,
 - L'incitation au dépistage des infections transmissibles,
- le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;
- l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers ;
- le développement d'actions de médiation sociale.

L'article R.3121-33-2 du CSP précise qu'ils ont également une mission de participation au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers. Cette mission ne doit pas être considérée comme ayant un caractère obligatoire et ne constitue donc pas une condition préalable à la délivrance d'une autorisation en tant que CAARUD.

- Structures gestionnaires :

Les CAARUD peuvent être portés par des structures associatives ou des établissements publics de santé, sous réserve que ces derniers gèrent également un CSST (article R. 3121-33-3 du CSP).

- Financement des CAARUD :

Le financement des CAARUD relève de l'assurance maladie.

ANNEXE 2

L'association Alis 36

I. Historique

En 1983, le professeur Luc Montagnier et son équipe de l'Institut Pasteur identifient le 1^{er} virus de l'immunodéficience humaine.

L'affaire du sang contaminé en 1985 informe brutalement le public de la réalité du Sida.

Dès 1987, dans l'I., le nombre de malades atteints du Sida progresse et une poignée de médecins et infirmières de l'hôpital de C. décident de créer l'association Alis 36, pour réagir, venir en aide aux patients.

1990 : Création de l'association Alis 36 le 10/09/1990.

1992 : Missions imposées par la DDASS : prévention, accompagnement.
Permanence 24h/24h.

1995 : Ouverture de la maison relais actuelle.

Alis 36, administrée par un conseil d'administration de 12 membres, et un bureau de 4 personnes, gère 3 types d'activités complémentaires : historiquement, les premières furent l'accompagnement des personnes contaminées par le VIH, et la prévention primaire en direction de publics différents ; depuis 2003, se multiplient les demandes d'hébergement et d'accompagnement social des toxicomanes contaminés par un ou plusieurs virus (VIH, VHB, ou VHC) ; une proportion importante est envoyée par le CSST, service de l'ANPAA.

Dans le cadre de la politique de réduction des risques qui définit un statut juridique visant à reconnaître les CAARUD (décret du 15 Avril 2005), des liens professionnels se nouent avec différentes structures (CSST, ANPAA) dans le cadre d'une prise en charge consensuelle et complémentaire des toxicomanes.

En 15 ans, l'extension des missions et des activités de l'association est justifiée par l'évolution des pathologies Sida et hépatites. Ces transformations ont été approuvées par les assemblées générales qui se déroulent une fois par an.

II. Localisation

L'association est installée dans des locaux situés près du Centre Hospitalier.

Les usagers et leur famille sont accueillis du Lundi au Samedi.

Une permanence téléphonique est assurée 24h/24.

Alis 36 est locataire

- d'une maison relais où les usagers sont accueillis en observation.
- d'un appartement relais depuis Janvier 2006 qui sert de tremplin entre la maison relais et le logement autonome, sur lesquels les usagers sont transférés après une période sur la maison relais.

III. L'équipe pluridisciplinaire

➤ **Personnels salariés :**

1 responsable administratif, 1 animatrice de prévention, 1 accompagnatrice éducative, 1 psychologue à mi-temps, 1 sophrologue et 1 agent de service à temps partiel.

➤ **Bénévoles :**

Ils assurent le bon fonctionnement de l'Association, en complémentarité avec les salariés.

Ils participent ensemble à des réunions de travail pour établir les projets et régler les différents problèmes qui se posent.

Ils interviennent notamment dans les domaines suivants :

- Prévention : participation aux stands lors des manifestations
- Accompagnement : une commission « hébergement » assure l'accueil et le suivi en lien avec l'animatrice. Eventuellement, en l'absence de celle-ci, les bénévoles peuvent prendre le relais pour les démarches administratives. Pour favoriser des temps d'échanges avec les usagers, les bénévoles participent, selon leurs possibilités et selon la demande au repas convivial (chaque semaine) et à des séjours organisés pour les personnes accueillies.
- Permanence téléphonique : en dehors des heures d'ouverture du bureau 24h/24, toute l'année.

IV. Coopération et partenariat

Alis 36, seule association *de lutte contre le SIDA, les hépatites et I.S.T. du département de l'I.* :

➤ Coordonne l'Equipe Mobile d'Information et de Prévention Sida 36 (l'E.M.I.P.S. 36)

➤ Travaille en lien et coordination avec les structures suivantes :

- INPES (institut national de prévention et d'éducation à la santé) : préservatifs masculins et féminins, stérilbox, documents d'information, de prévention et d'éducation à la santé ;
- CODES 36 (comité départemental d'éducation pour la santé) : ouvrages sur la prévention et l'éducation à la santé et aide au montage de projets ;
- Solidarité Accueil : association d'hébergement d'urgence et d'hébergement temporaire ;
- CADA : centre d'accueil pour demandeurs d'asile ;
- Foyer AFTAM (association pour la formation des travailleurs africains et malgaches) : centre d'accueil et d'hébergement d'urgence ;
- CHRS Les Ecureuils ;
- Sites d'« Emmaüs » C. et Le B. ;
- SAMU social ;
- Resto du cœur ;
- Différents E.S.A.T. (établissements et services d'aide par le travail) ;
- Centre hospitalier (CH) de C. : pour les dépistages VIH et hépatites ; pour les suivis des personnes atteintes par le VIH ou une hépatite ;
- Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG) du CH de C., I., Le B., La C. ;
- Différents centres communaux d'action sociale du département (CCAS) ;
- Equipe de liaison en Addictologie (ELA) CH de C. ;
- Centre Psychothérapeutique de G. ;
- Service de santé publique de la ville de C. ;
- Banque alimentaire.
- Réseau Toxicomanie Ville Hôpital 36 (RTVH) : mise à disposition d'un médecin vacataire du RTVH 36 pour des examens médicaux et des soins liés à la toxicomanie de l'utilisateur accueilli s'il le désire.

- L'ANPAA 36 fixe les objectifs de chaque structure et facilite le travail en partenariat avec le Centre d'accueil et d'écoute des toxicomanes et de leurs familles (CAETF) et l'unité « Joker », centre de méthadone ;
- OPAC de l'I. et SA HLM 2036 (organismes gérant des logements sociaux) afin de faciliter l'accès au logement des usagers de drogues accueillis, suivis et (si cela est possible) en démarche de soins en rapport avec leur conduite addictive.
- L'association AIDE (association d'insertion) pour une mise à disposition d'une femme de ménage sur le CAARUD à temps plein.
- La mairie ou des sociétés privées pour la récupération des objets souillés (seringues récupérées sur le CAARUD) pour destruction.

V. Les publics

Alis 36 dans ses missions de réduction des risques rencontre tout type de public, la tranche d'âge la plus contactée ou qui s'adresse le plus souvent à l'association est située entre 17 et 30 ans.

VI. Les missions

➤ **Cadre d'intervention de l'association :**

L'organisation et le fonctionnement des associations de prise en charge des malades atteints du Sida, des hépatites B et C, s'articulent autour du cadre prévu par la loi n° 87-588 du 31 Juillet 1987 portant diverses mesures d'ordre social dans la lutte contre l'infection par le VIH, puis plus tard contre les hépatites, où il est dit que « la définition de la politique de lutte contre l'infection par le VIH appartient à l'Etat ».

De cette loi émergent les règles fondamentales concernant les missions épurées Alis36 :

- la prévention primaire et secondaire
- l'accompagnement social et psychologique
- la réduction des risques.

➤ **La prévention :**

Elle est assurée essentiellement par l'animatrice de prévention.

Dans le cadre de la prévention, l'association Alis 36 a pour buts essentiels de :

- combattre l'extension des IST-Sida-Hépatites par l'information, le dialogue, la communication, l'installation de distributeurs de préservatifs et tous moyens de prévention.
- coordonner les actions de prévention de l'EMIPS36.

L'équipe d'Alis36 participe également aux différentes manifestations publiques, par la tenue de stands, afin de sensibiliser et d'informer l'ensemble de la population (foires, forums, concerts, journée mondiale de lutte contre le sida, congrès, ...).

Des informations de prévention sont également organisées dans les établissements scolaires, les centres de formation, les structures d'insertion, etc..., du département.

La prévention doit permettre d'augmenter le nombre de personnes ayant accès aux tests de dépistage et aux traitements d'urgence.

L'association assure la mise en place et le suivi de projets de prévention, en s'appuyant sur un large partenariat selon les projets.

➤ **L'accompagnement social et psychologique :**

L'association Alis 36 a également une mission d'accompagnement des usagers assurée par l'animatrice éducative.

Alis 36 possède une maison-relais pouvant héberger 2 personnes seules, 2 couples sans enfants ou 1 couple avec enfant.

Durant leur hébergement, les personnes bénéficient d'un suivi social.

Il s'agit tout au long de l'accueil d'une écoute face à des situations personnelles difficiles et d'un accompagnement dans les démarches : soins, ouverture de droits sociaux, recherche d'une information ou d'un emploi, recherche d'un logement.

Au cours de l'accompagnement, l'association travaille en partenariat avec des structures extérieures.

L'hébergement à l'association est temporaire, la personne doit trouver une solution de relogement dans les six mois, voire un an si la situation le nécessite.

Un groupe de parole est également proposé aux usagers. Il est assuré par un psychologue, une fois par mois. Ce dernier peut aussi rencontrer les usagers individuellement en cas de besoin et mettre en place un suivi sur plus long terme. Le psychologue intervient sur l'hôpital en visite.

Une activité de sophrologie individuelle peut être également proposée aux usagers, une fois par mois. Ceci leur permet de se consacrer un temps de détente et de relaxation.

➤ **Les actions de réduction des risques menées par Alis 36 depuis 2001 :**

- Objectifs : limiter la transmission du VIH, des VHB et VHC chez les usagers de drogue par la pratique d'échange de seringues entre usagers de drogue par voie intra-veineuse ; limiter les risques de blessures et contaminations accidentelles liées à la présence de seringues sur la voie publique ou à une élimination des seringues et aiguilles avec les ordures ménagères ; éduquer les usagers de drogues par voie intra-veineuse à l'usage individuel du matériel ainsi qu'à l'hygiène de base dans leur pratique (usage désinfectant notamment) ; sensibiliser ces usagers à l'utilisation des préservatifs (fournis dans le kit de prévention) ; donner à ces usagers une information sur les lieux de soins et de soutien existant dans le département (CSST, Médecins du RTVH 36, Equipe de liaison en Addictologie du CH de C., Centre Psychothérapeutique de G.) par la diffusion avec les « kits d'injection » de documents informatifs ; limiter les risques de rupture des liens thérapeutiques et sociaux des usagers de drogue par voie intra-veineuse (en se basant sur les relations pharmaciens/usagers et sur la relation pharmacien/éducateur) ; faciliter l'accès aux structures de soins pour ceux qui n'en n'ont pas et consolider le fonctionnement en réseau.
- Installation et gestion d'un échangeur de seringues, place Voltaire à C., dans le cadre du plan de prévention « échange de seringues » (PES) : le porteur de projet initial, le CODES36, n'ayant pas dans ses attributions un volet de réduction des risques, Alis36 a pris le relais dès l'installation de l'échangeur ; dans le cadre de la circulaire DGS n°98/72 portant sur la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues par voie intraveineuse, Alis36, semble aux yeux des acteurs engagés dans ce projet, l'association la plus apte à prendre en charge la gestion et le fonctionnement de l'appareil pour les années à venir.
- Intervention et actions de prévention en milieu festif : depuis 2004, Alis36 est présent lors des concerts rock, festival de musiques actuelles, rave parties, pour informer et renseigner les divers publics sur la réduction des risques. Ces interventions se font souvent avec l'ANPAA36. Ces interventions sont soit sollicitées par les organisateurs, soit programmées par Alis 36 après contact auprès des organisateurs dès leur connaissance. Un travail en partenariat avec les discothèques est entrepris depuis de nombreuses années.

D'après les documents internes de l'association Alis 36.

ANNEXE 3

Perspectives à court et moyen terme : nécessité de nouveaux modes d'action.

Dans le cadre légal et les missions (circulaire DGS n°4 du 11 Janvier 1995 et circulaire DGS n°72 du 04 Février 1998), l'association envisage :

- L'ouverture d'un lieu d'accueil des personnes les plus précarisées : Assuré par l'éducateur spécialisé ou le coordinateur, il consistera à accueillir sans condition les usagers toxicomanes aux heures d'ouverture du CAARUD.
Lors de l'accueil, un état des lieux de la situation administrative et sociale de l'utilisateur sera fait, une information sur ses droits lui sera donnée et un soutien lui sera apporté dans les démarches à effectuer tant sur le plan social, administratif, que de l'emploi et du logement.
 - Une permanence téléphonique la nuit avec possibilité de rencontre qui pourra être programmée le lendemain sur la structure.
 - Une orientation éventuelle vers une structure signataire d'une convention (cf les partenaires) ou Alis 36 pour un hébergement de l'utilisateur en cas de besoin.
 - L'extension à une autre ville du département du PES (Programme d'Echange de Seringues), destiné aux usagers de drogues en marge des dispositifs médicaux
 - Un travail plus soutenu en milieu carcéral avec le CICAT (centre d'information et de conseil sur les aides techniques), le CAETF, le SMPR.
 - Le développement de l'intervention en milieu festif : distribution de matériels (stéribox-préservatifs), flyers, information des usagers sur leurs produits, effets et risques associés.
 - Une médiation sociale avec les habitants du quartier : réunions de concertation avec les riverains pour dissiper les peurs et les questionnements ; c'est la « démocratie participative », outil qui permet de faire émerger les voix des personnes que l'on n'entend pas d'habitude et qui permet d'apporter des résultats différents des processus classiques.
 - Une convention entre l'ANPAA36 et Alis36 : un projet de convention est à l'étude entre l'ANPAA36, qui gère le CAETF, et l'association Alis36, convention destinée à définir les projets de complémentarité et de partenariat.
 - La redynamisation de l'EMIPS36 : prostitution (lieu de drague, rendez-vous, prostituées, gay, club échangiste, club libertin, sexe shop).
 - La création d'un réseau VIH-Sida.
 - La recherche de nouveaux locaux pour y aménager une douche, une pièce avec vestiaire, un local permettant l'accueil par l'éducateur (cette pièce lui servira également de bureau) ou le coordinateur, une pièce servant à l'infirmière pour les soins de base, un bureau permettant l'accueil et les examens médicaux du médecin vacataire, un bureau pour le coordinateur et une salle de réunion pour les synthèses avec les partenaires et les médiations.
 - L'accès à des soins de santé primaire, des conseils d'éducation sanitaire (VIH, MST, Hépatites, dépistages), de nutrition, pratiqués en individuel par l'infirmière du CAARUD.
L'infirmière pourra accompagner, orienter l'utilisateur toxicomane vers le CDAG (pour un dépistage VIH, hépatites), un service hospitalier, un médecin ou un spécialiste (dentiste, gynécologue, ophtalmo, médecin généraliste,...).
- Si l'utilisateur toxicomane est volontaire et n'a pas encore défini de projet de soins, une orientation vers le CAETF (CSST) ou un médecin généraliste du Réseau Toxicomanie Ville Hôpital 36 sera faite par l'infirmière avec éventuellement un accompagnement pour la mise en place de soins liés à la toxicomanie de l'utilisateur.

ANNEXE 4

Les besoins en matière de réduction des risques dans le département de l'I.

Evaluation quantitative

➤ Fonctionnement du stéribox :

2004	2005	2006	2007
498	1017	1405	3067

➤ Population cible (toxicomanes recensés par le CSST appelé « CAETF ») :

	2002	2003	2004	2005
hommes				101
femmes				26
total	74	95	105	127

➤ Ages des toxicomanes reçus au CSST :

	2003	2004	2005
< 18 ans	0	2	0
[18-29 ans]	49	54	76
[30-39 ans]	32	41	37
[40-49 ans]	12	8	12
≥ 50 ans	2	0	2

➤ 6 personnes sont suivies sur l'unité méthadone, depuis son ouverture en Janvier 2006.

➤ Nombre de préservatifs féminins et masculins et de lubrifiants distribués¹ :

	2002	2003	2004	2005	2006
Préservatifs masculins	32060	23384	41802	44779	33093
Préservatifs féminins	3634	2846	11733	6466	3809
Gels lubrifiants	3575	1765	4184	7064	5486

➤ Informations prévention² :

	2004	2005	2006
Tenues de stands et festivals	30	43	39
Interventions en discothèques	5	3	5
Informations dans le cadre de l'EMIPS	78	62	67
Informations VIH et sports	1	1	4
Tenues de permanences	8	6	9
Interventions/structures d'aide à domicile	7	0	1
Interventions/structures personnes handicapées	5	0	21

¹ L'I. compte 239 800 habitants : les préservatifs sont distribués dans le cadre de la réduction des risques préventive.

² Le public ciblé concerne surtout les tranches [15-19 ans], [20-24 ans], [25-29 ans], [30-34 ans], [35-39 ans] et [40-44 ans]. L'objectif du CAARUD est de toucher 5 à 6 % de chaque tranche d'âge dès 2009.

- Public ciblé lors des actions de prévention (recensement de 1999) :

Âges	Hommes	Femmes
15-19	6681	6398
20-24	5864	5132
25-29	7277	6791
30-34	7573	7517
35-39	7907	7790
40-44	8329	7873
45-49	8494	8081
TOTAL	52125	49582

Evaluation qualitative

- Alis 36 est la seule association de lutte contre le sida et les hépatites dans le département de l'Indre. Elle est reconnue par toutes les structures et institutions, créant des liens privilégiés avec les travailleurs sociaux et les élus.
- Solidarité Accueil :
- Information du personnel encadrant et des salariés des structures d'insertion :
 - Le CAVA (centre d'adaptation à la vie active), insertion par le travail du bois,
 - Les rivières, chantiers mobiles d'entretien de rivières,
 - L'atelier bois-palettes, récupération et confection de palettes,
 - Insert-Jeunes, activités diverses sous contrat d'insertion.4h par structure une fois par mois, en 2007.
 - Information dans les structures d'hébergement :
 - CHRS éclaté, centre d'hébergement et de réinsertion sociale,
 - Foyer Arago, CHRS collectif accueil d'urgence,
 - MAT, Maison d'Accueil Temporaire3h par structure, 1 fois par mois en 2007.
 - Informations dans les structures d'urgence :
 - Samu social2h en début de période (Novembre) auprès des intervenants salariés et bénévoles du Samu Social, et intervention au cours des maraudes avec les équipes du Samu Social dès 2006.
- CCAS de C., L. B., A., L. C., I. : réunions d'information et permanences, 4h/semaine en alternance sur les 5 villes ; intervention à la demande d'une assistante de service social ou conseillère en économie sociale familiale dans le cadre d'une médiation, concernant un toxicomane.
- ANPAA 36, plus particulièrement le CAETF : mise en place d'une convention d'activités concertées (en cours d'élaboration entre les deux structures pour une mise en place en 2009) avec un groupe de travail inter structures CAARUD/CAETF.
- Pour les petites structures, intervention en fonction des besoins quantifiés lors de visites sur la structure, avec les intervenants propres à cette structure.

Source : extrait du rapport annuel d'activité 2007 de l'Association Alis 36

ANNEXE 5

LA TOXICOMANIE EN REGION CENTRE

CONTEXTE NATIONAL

En France, c'est à partir de 1970 qu'une loi sert de cadre pour la politique contre la toxicomanie. Elle s'articule sur trois axes : la répression du trafic, l'interdiction de l'usage, la proposition d'une alternative thérapeutique à la répression de l'usage, la gratuité des soins, l'anonymat pour les usagers.

Après les années 70-80 marquées surtout par une prise en charge psychothérapeutique, l'épidémie de SIDA à la fin des années 80, met en évidence le fait qu'une grande partie des usagers de drogue dont la situation médicale et sociale se dégrade rapidement ne se trouve pas en contact avec le système de soins. L'ouverture au système de soins se fait sans doute à partir de 1993 avec les traitements de substitution.

La politique de prévention elle aussi initialement orientée vers le produit, se fonde depuis quelques années sur les comportements. Ces orientations seront développées dans un plan triennal de lutte contre la drogue et la toxicomanie adopté en 1999 distinguant comportement de consommation/usage et usage nocif et dépendance qui sera suivi d'un plan quinquennal 2004/2008.

SITUATION EN RÉGION CENTRE : FAITS MARQUANTS

~ *Le recours au système médico-social pour les toxicomanes de 20 à 29 ans est en dessous de la moyenne française (14,1/100000 en 2003 contre 19,7 en France)*

~ *Taux d'interpellation pour usage de drogue parmi les plus faibles de France*

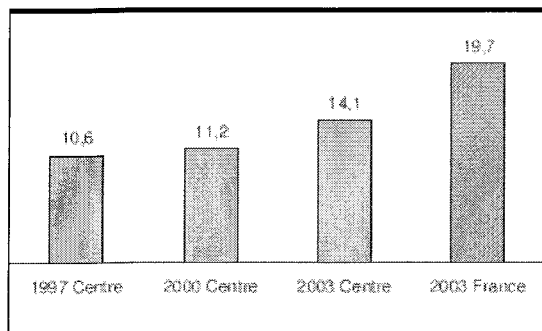
~ *Légère sous-consommation de cannabis chez les jeunes*

~ *Moindre diffusion de l'ecstasy, des amphétamines, du LSD et de la cocaïne chez les jeunes.*

~ *Nette diminution du nombre de contamination VIH chez les toxicomanes depuis 1997.*

Source : ORS Centre

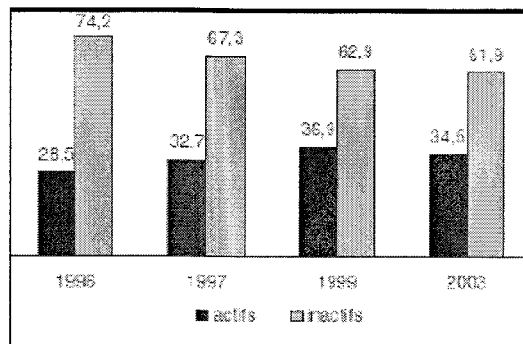
**Taux pour 100 000 habitants
de recours aux soins médico-sociaux
chez les 20-39 ans**



Source : ILLAD

Exploitation ORS Centre

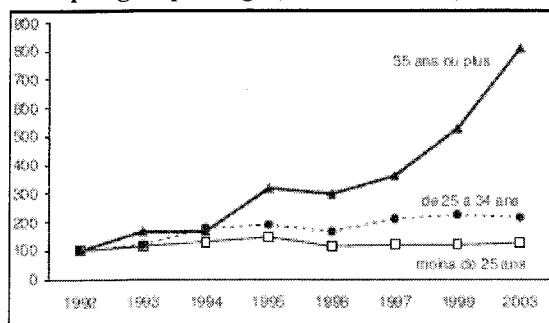
**Évolution des caractéristiques sociales
des toxicomanes (en %)**



Source : Drass

Exploitation ORS Centre

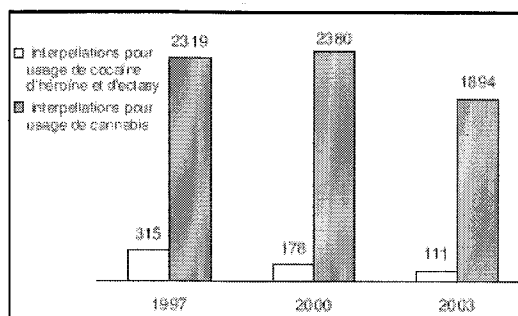
**Évolution des effectifs de toxicomanes
dans les établissements enquêtés
par groupe d'âge (base 100 : 1992)**



Source : Drass

Exploitation : ORS Centre

**Nombre d'interpellations
pour usage de drogue
en région Centre**



Source : ILLAD

Exploitation ORS Centre

Nombre d'établissements intervenant dans la prise en charge des toxicomanes en 2004

	Etab.spécialisés	Etab.sanitaires	Etab.sociaux	Total
18	-	11	4	15
28	1	9	6	16
36	2	10	2	14
37	1	15	6	22
41	3	16	7	26
45	3	15	7	25
Centre	10	76	32	118

Source : Drass Exploitation ORS Centre

**Sérologies VIH et VHC chez les toxicomanes
pendant l'enquête du mois de novembre 2003 en région Centre**

Sérologie du VIH et de l'hépatite C	VIH	VHC
% de tests de dépistage effectués	86,5%	87,5%
% de séropositifs parmi les toxicomanes ayant effectué le test	6,4%	59,9%
% d'utilisateurs de la voie intraveineuse parmi les séropositifs	65,6%	84,2%

Source : Drass Exploitation ORS Centre

Drogues illicites 2006 : Département I. / Région Centre / France

COCAINE, HEROINE		I.	Centre	France	Rang du dépt / à l'ensemble des dépts
Recours aux CSST	Nombre	162	2 817	90 790	91
	Pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans	31,0	44,7	53,8	78
Ventes de Stéribox	En nombre d'unités	5 347	84 250	2 572 632	84
	Pour 100 habitants de 20 à 39 ans	10,2	13,4	15,2	74
	Taux de croissance des ventes de Stéribox par rapport à l'année antérieure (en %)	15,6	1,4	0,5	12
Ventes de Subutex	En nombre de boîtes	12 347	195 239	6 128 444	85
	Pour 100 habitants de 20 à 39 ans	23,6	31,0	36,3	68
	Taux de croissance des ventes de Subutex par rapport à l'année antérieure (en %)	3,8	-2,5	2,1	38
Décès par surdoses	En nombre	nd	nd	nd	non classé
	Pour 100 000 habitants de 20 à 39 ans	nd	nd	nd	non classé
Interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy	En nombre	7	166	8 636	86
	Pour 10 000 habitants de 20 à 39 ans	1,3	2,6	5,1	80
	Taux de croissance par rapport à l'année antérieure (en %)	75,0	-6,2	1,3	11

*Source : ILIAD (indicateurs locaux pour l'information sur les addictions)
OFDT (Observatoire français des drogues et toxicomanies)*

ANNEXE 6

LE SIDA en région Centre

CONTEXTE NATIONAL

En France en 2003, depuis le début de l'épidémie (il y a 20 ans), près de 57 500 personnes ont développé un sida et 33 500 en sont décédées (InVS). La grande majorité de ces décès a eu lieu avant 1996 (26 000). Depuis cette année, avec l'utilisation de puissantes associations d'anti-rétroviraux permettant de retarder l'apparition de la maladie et d'améliorer l'espérance de vie des patients, le nombre de nouveaux cas annuels de sida est passé de 4 029 en 1996 à 1 430 en 2003 (InVS). Néanmoins, l'évolution du nombre de cas de sida ne reflète plus la dynamique de l'épidémie mais est un indicateur de l'absence de dépistage ou de prise en charge. En effet, 47% des personnes dont le sida a été diagnostiqué en 2003 ignoraient leur séropositivité. Cette méconnaissance est plus fréquente chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (65%) que chez les personnes de nationalité française (39%) (InVS).

Pour mieux suivre l'évolution de l'épidémie, la notification obligatoire du sida (mise en place depuis 1986) est complétée, depuis mars 2003, par celle des diagnostics de séropositivité vis-à-vis du VIH. En 2003, l'InVS estime à 6 000 le nombre de découverte de séropositivité. L'analyse des premiers résultats montre que plus de la moitié de ces découvertes concerne des personnes domiciliées en Ile-de-France (53%) et 8% en Outre-mer. Parmi les nouveaux diagnostics, 57% sont des hommes et 40% sont de nationalité française. Chez les femmes, les personnes d'origine subsaharienne sont majoritaires (52% contre 21% chez les hommes) alors que les hommes sont principalement de nationalité française (54% contre 22% chez les femmes). Les relations hétérosexuelles sont le mode de contamination principal (57%), suivie des relations homosexuelles (21%) et de l'usage de drogues injectables (3%). Il faut noter que dans 18% des cas le mode de contamination est inconnu. La contamination par rapport hétérosexuel concerne 79% des cas chez les femmes, chez les hommes, les contaminations par rapport hétérosexuel et par rapport homosexuel sont en proportion comparables (respectivement 40% et 37%). Chez les femmes, les découvertes de séropositivité sont très importantes à 20-29 ans (38%) et à 30-39 ans (36%) tandis que, chez les hommes, les nouveaux diagnostics d'infection à VIH prédominent à 30-39 ans (38%) et à 40-49 ans (27%) .

L'InVS estime, qu'en 2003, 24 900 personnes sont atteintes du sida et que 97 000 personnes sont infectées par le VIH, avec un intervalle plausible très large compris entre 61 000 et 177 000.

Au sein de l'Europe de l'Ouest en 2001 la France avait un taux de nouveaux cas de Sida de 26,9 pour 1 000 000 d'habitants, inférieur à des pays comme l'Italie (30,7), l'Espagne (59,5) et le Portugal (102,5) mais supérieur à l'Allemagne (9,4) ou la Suède (5,4) (InVS).

SITUATION EN RÉGION CENTRE : FAITS MARQUANTS

~ Une incidence du VIH parmi les plus élevées de France

~ Stagnation récente du nombre de nouveaux cas de sida (30) et du nombre de décès par sida (15)

~ Forte proportion de nouveaux cas d'infection par le VIH parmi les femmes originaires d'Afrique subsaharienne

~ Les rapports hétérosexuels responsables de 58% des nouvelles contaminations par le VIH

~ 2/3 des nouveaux malades du sida ignoraient leur séropositivité au moment du diagnostic

Source : ORS Centre

Répartition par sexe et nationalité

des nouveaux cas d'infection par le VIH diagnostiqués en 2003

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Centre	France**	Centre	France	Centre	France
France	57%	54%	27%	22%	43%	40%
Afrique Subsaharienne	29%	21%	44%	52%	36%	35%
Autres	10%	11%	5%	9%	8%	10%
Inconnu	4%	14%	24%	17%	13%	15%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

** France entière (y compris l'outre-mer)

Source : InVS

Répartition par sexe et mode de contamination

des nouveaux cas d'infection par le VIH diagnostiqués en 2003

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Centre	France**	Centre	France	Centre	France
Hétérosexuels	43%	41%	76%	79%	58%	57%
Homo/bisexuels	26%	37%	0%	0%	14%	21%
Toxicomanes	4%	3%	2%	1%	3%	2%
Autres	0%	1%	0%	1%	0%	1%
Inconnu	27%	18%	22%	19%	25%	19%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

** France entière (y compris l'outre-mer)

Source : InVS

Répartition par sexe et âge

des nouveaux cas d'infection par le VIH diagnostiqués en 2003

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Centre	France**	Centre	France	Centre	France
< 20 ans	4%	2%	5%	4%	4%	3%
20-29 ans	16%	18%	37%	38%	25%	26%
30-39 ans	37%	38%	39%	36%	38%	37%
40-49 ans	16%	27%	17%	14%	16%	21%
50-59 ans	18%	11%	0%	6%	10%	9%
60 ans et +	10%	5%	2%	2%	7%	4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

** France entière (y compris l'outre-mer)

Source : InVS

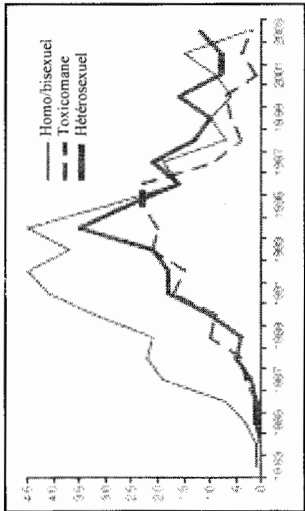
Connaissance de leur séropositivité par les nouveaux malades et traitement anti-rétroviral avant le sida en région Centre

	1994-1997	2003
	Centre France	Centre France
Sujets ne connaissant pas leur séropositivité avant l'entrée dans le sida	23%	67%
Sujets, connaissant leur séropositivité, ayant un traitement anti-rétroviral avant le sida	59%	43%
	58%	49%

Sources : InVS

Exploitation ORS Centre * 2003

Nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués
selon le mode de transmission en région Centre



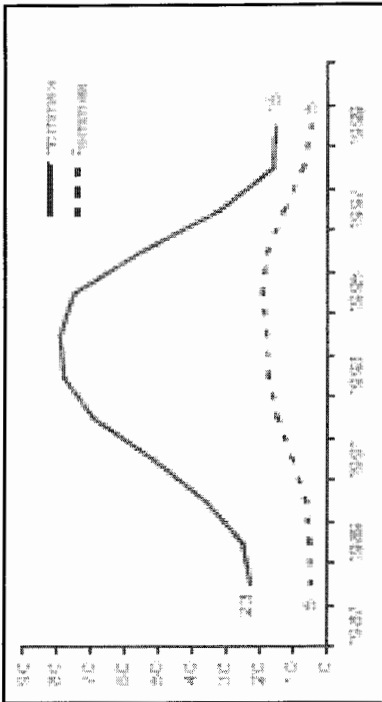
* 2002 et 2003 : données provisoires non redressées au 30/06/04
Sources : InVS
* de 1983 à 2003
Exploitation ORS Centre

Séjours hospitaliers pour une maladie liée au VIH
en région Centre en 2000-2002

	Effectif	%	ICH
Moins de 25 ans	25	8	Nd
25-34 ans	92	28	Nd
35-44 ans	131	40	Nd
45-54 ans	47	14	Nd
55-64 ans	24	7	Nd
75 ans et +	11	3	Nd
Total	331	100	55

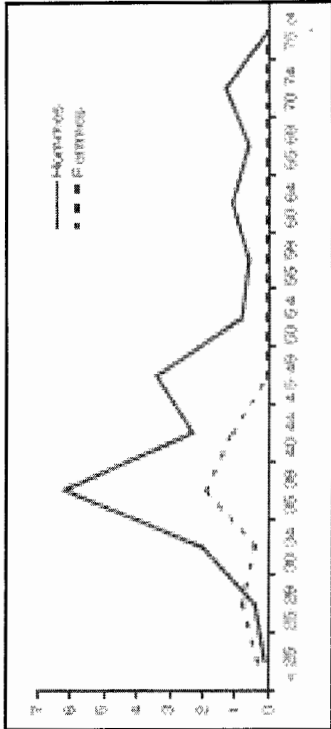
Source : DREES (PMSI)
Nd : non disponible
Exploitation ORS C.

Évolution du nombre de décès par sida chaque année*
en région Centre depuis 1987*



* Données lissées sur trois années
* de 1987 à 1999
Sources : INSERM CépiDC
Exploitation ORS Centre

Taux de mortalité par sida selon l'âge et le sexe en région Centre en 1998-2000*
(Taux pour 100 000 habitants)



* Données lissées sur trois années
Sources : INSERM CépiDC, INSEE
Exploitation ORS C.

Cas de sida par région de domicile et par année de diagnostic

Région	Année de diagnostic														Total
	<1994	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	
Alsace	303	64	61	58	25	25	24	22	32	24	15	18	21	11	703
Aquitaine	1438	314	274	182	78	70	80	65	52	36	43	40	32	5	2709
Auvergne	234	51	63	44	24	19	22	26	20	22	15	14	13	3	570
Bourgogne	289	76	57	48	22	31	23	19	13	16	12	17	5	.	628
Bretagne	493	123	108	77	63	48	43	38	41	45	34	25	24	4	1166
Centre	465	120	99	65	57	32	30	37	26	31	23	19	19	6	1029
Champ-Ard	246	57	45	36	15	7	15	7	13	18	9	8	17	5	498
Corse	156	25	31	12	9	2	6	7	2	1	5	5	5	1	267
Franche Comté	172	34	36	21	10	11	14	8	10	7	4	4	4	.	335
Ile- France	14879	2523	2225	1684	991	780	748	691	701	734	646	564	443	122	27731
Langue-Rouss	1027	170	200	160	78	65	68	80	38	53	23	28	21	7	2018
Limousin	168	42	30	28	21	14	9	13	14	12	14	7	9	1	382
Lorraine	362	66	83	57	17	24	17	15	16	15	13	15	8	2	710
Midi-Pyré nées	1022	204	179	141	82	56	53	49	36	34	25	34	29	6	1950
Nord-Pas-Calais	441	95	110	85	48	58	49	42	47	34	48	43	36	4	1140
BasseNorm	285	71	58	52	19	20	22	14	14	10	11	14	11	.	601
HauteNormandie	397	59	71	58	32	38	28	21	29	33	20	31	20	1	838
Pays-Loire	594	134	141	90	43	55	44	52	50	34	29	32	22	4	1324
Picardie	313	58	56	35	26	29	21	22	15	16	13	8	13	1	626
PoitouCharente	371	78	84	55	30	15	21	21	26	21	10	15	18	4	769
PACA	4081	766	673	506	252	202	195	169	154	134	119	94	77	16	7438
Rhône-Alpes	1457	341	327	281	150	145	116	122	94	116	98	85	96	17	3445
Outre-Mer	1261	240	251	212	150	131	149	163	174	147	158	150	111	9	3306
Inconnu	30	.	1	3	.	1	.	1	.	2	11	11	16	1	77
Total	31037	5775	5313	4039	2293	1948	1835	1732	1673	1637	1457	1334	1121	230	61424

Source InVS Surveillance du sida - * Données provisoires non redressées au 30/06/2006

ANNEXE 7

LA POPULATION EN REGION CENTRE

Population 2006 : Département I. / Région Centre / France

	Indre	Centre	France
Population totale (13)	232 010	2 496 654	62 637 596
Population des 40-64 ans (13)	76 957	805 381	19 829 289
Population des 20-39 ans (13)	52 296	630 549	16 875 629
Population des 15 à 44 ans (13)	80 108	960 864	25 469 614

Source : ILIAD (indicateurs locaux pour l'information sur les addictions) OFDT

Structure par âge : les jeunes et les seniors en %

	Moins de 20 ans		75 ans et plus	
	1975	2005	1975	2005
Cher	30,1	22,6	7,6	10,1
Eure-et-Loir	33,8	25,9	5,9	8,0
Indre	29,4	21,2	8,3	11,8
Indre-et-Loire	32,8	24,3	6,4	8,9
Loir-et-Cher	31,6	23,3	7,5	10,4
Loiret	32,2	25,5	6,1	8,0
Centre	31,9	24,2	6,8	9,1
Métropole	31,6	24,9	5,8	8,1

Sources : Insee, Recensement de la population 1975, Estimations localisées de population au 1er janvier 2005

Structure par âge de la population en %

	2005			2030 (scénario central)		
	moins de 20 ans	20-59 ans	60 ans et plus	moins de 20 ans	20-59 ans	60 ans et plus
Cher	22,6	51,9	25,4	20,0	43,2	36,8
Eure-et-Loir	25,9	53,7	20,4	22,8	45,7	31,5
Indre	21,2	50,6	28,2	19,6	42,4	38,0
Indre-et-Loire	24,3	53,7	22,0	20,7	46,7	32,6
Loir-et-Cher	23,3	51,4	25,3	20,6	43,5	35,8
Loiret	25,6	54,0	20,5	23,0	47,6	29,5
Centre	24,3	53,0	22,8	21,5	45,6	32,9
Métropole	24,9	54,3	20,8	22,6	48,1	29,3

Source : Insee, Omphale

Salariés à bas revenus : nombre et caractéristiques

	Ensemble des salariés		Salariés à bas revenu salarial		Part des salariés à bas revenu salarial en %
	Nombre	%	Nombre	%	
Ensemble	851 328	100	171 923	100	20,2
Sexe					
Homme	469 841	55,2	69 760	40,0	14,6
Femme	381 487	44,8	103 163	60,0	27,0
Âge					
15-25 ans	134 057	15,7	65 017	37,8	48,5
26-35 ans	224 416	26,4	37 767	22,0	16,8
36-45 ans	225 631	26,5	30 177	17,6	13,4
46-55 ans	202 724	23,8	25 497	14,8	12,6
Plus de 55 ans	64 500	7,6	13 465	7,8	20,9
Secteur d'activité					
Commerce	131 864	15,5	26 842	15,7	20,4
Construction	58 599	6,9	6 214	3,6	10,6
Industrie	216 354	25,4	15 213	8,8	7,0
Service	377 386	44,3	89 934	52,3	23,8
Interim	67 125	7,9	33 620	19,6	50,1
Temps de travail					
Temps partiel	197 032	23,1	101 048	58,8	51,3
Temps complet	654 296	76,9	70 874	41,2	10,8

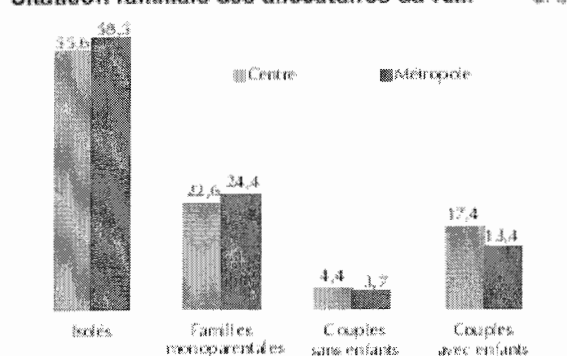
Note : Le secteur d'activité et le temps de travail sont déterminés à partir du poste le plus rémunérateur dans l'année.
Source : Insee, DADS 2002

Le revenu minimum d'insertion (RMI)

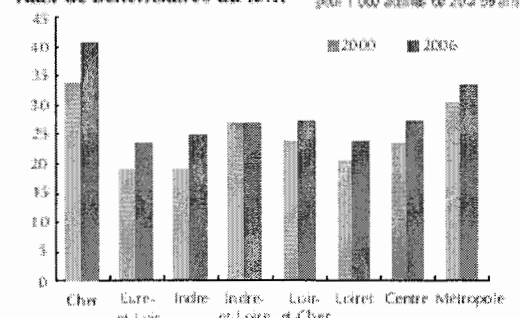
	Nombre de bénéficiaires		Évolution 2000-2006		Taux de bénéficiaires pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans	
	2000	2006	en nombre	en %	2000	2006
Cher	5 456	6 640	1 184	21,7	33,8	40,6
Eure-et-Loir	4 058	5 250	1 192	29,4	18,8	23,4
Indre	2 201	2 933	732	33,3	19,0	25,0
Indre-et-Loire	7 991	8 286	294	3,7	26,9	27,1
Loir-et-Cher	3 833	4 533	700	18,3	23,9	27,4
Loiret	6 803	8 246	1 443	21,2	20,5	23,8
Centre	30 342	35 887	5 545	18,3	23,6	27,1
Métropole	966 180	1 101 372	136 192	14,1	30,5	33,4

Sources : CNAF - Doss. statiss

Situation familiale des allocataires du RMI



Taux de bénéficiaires du RMI



Bénéficiaires de la CMU de base

	Nombre de bénéficiaires		Évolution 2000-2006 en %
	2000	2006	
Cher	3 437	4 669	35,8
Eure-et-Loir	4 516	7 338	62,5
Indre	1 995	2 707	35,7
Indre-et-Loire	5 094	6 977	37,0
Loir-et-Cher	3 285	6 367	93,8
Loiret	6 186	10 110	63,4
Centre	24 513	38 169	55,7
Métropole	1 112 059	1 686 873	51,7

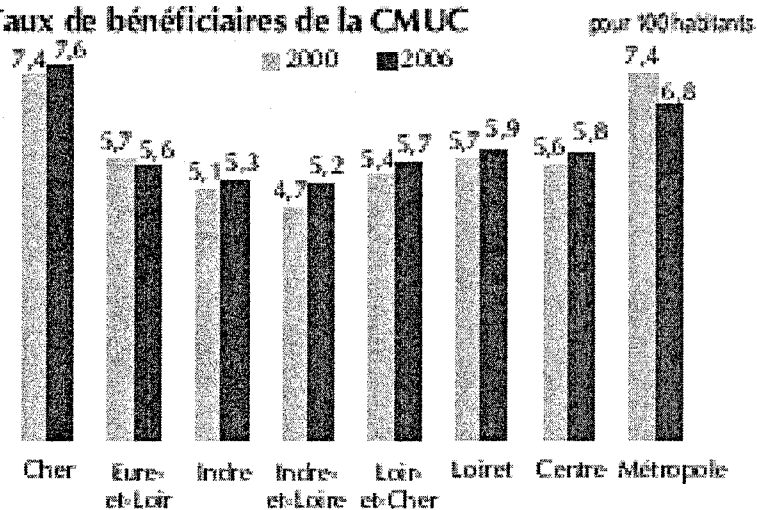
Source : Drees - Base de données sociales localisées

Bénéficiaires de la CMU Complémentaire

	2000		2006		Évolution 2000-2006	
	nombre de bénéficiaires	taux pour 100 habitants	nombre de bénéficiaires	taux pour 100 habitants	en nombre	en %
Cher	23 418	7,4	23 988	7,6	570	2,4
Eure-et-Loir	23 327	5,7	23 180	5,6	- 147	- 0,6
Indre	11 736	5,1	12 238	5,3	502	4,3
Indre-et-Loire	26 306	4,7	29 586	5,2	3 280	12,5
Loir-et-Cher	16 976	5,4	18 233	5,7	1 257	7,4
Loiret	35 339	5,7	37 959	5,9	2 620	7,4
Centre	137 102	5,6	145 184	5,8	8 082	5,9
Métropole	4 377 219	7,4	4 151 883	6,9	- 225 336	- 5,1

Sources : Drees, Statiss - Fond de financement de la CMUC

Taux de bénéficiaires de la CMUC



Source : Fond de financement de la CMUC

Annexe 8

Extrait du rapport sur les enjeux de l'institutionnalisation du dispositif de réduction des risques en France

1. La mission ACCUEIL

Elle peut être réalisée dans des lieux fixes ou mobiles (ou BUS).

Sur la base de la terminologie administrative les DDASS identifient 76 accueils fixes tandis que l'enquête AFR en dénombre 114 sur la base de la déclaration des acteurs de terrain, soit au total 159 accueils dans un lieu fixe dont 46 boutiques, 7 hébergements d'urgence de type "sleeping" et 51 lieux d'accueil mobile (BUS).

Les accueils se différencient selon les priorités de la structure (spécifique à la RDR, lutte contre le sida, soin, etc.), et selon le type de service offert. Seul 1/3 des 159 accueils fixes est destiné spécifiquement aux usagers de drogues. Dans certains sites, l'accueil se limite à une permanence ouverte deux heures par semaine tandis que d'autres offrent des services comparables à une boutique sans en avoir le statut, soit parce que les dispositifs n'étaient pas en mesure de le solliciter compte tenu de leurs ressources humaines et matérielles, ou encore parce qu'ils n'ont pas souhaité s'institutionnaliser dans le champ de la RDR. Les boutiques sont mieux financées que les accueils mais certaines structures n'ont pas souhaité ce statut institutionnel ou n'ont pu l'obtenir.

2. La mission CONTACT

Elle consiste à rencontrer les usagers sur les lieux qu'ils fréquentent. Elle concerne les équipes de rue et les intervenants en milieu festif.

Le travail de rue

Les enquêtes identifient 52 structures réalisant un travail de rue. La très grande majorité associe cette action à un accueil et/ou une unité mobile. Dans la plupart des cas, le travail de rue fait partie de la gestion des accueils fixes ou mobiles. Peu d'équipes sont en mesure de mener une action autonome, nombre d'équipes se limitant à un poste ou deux, renforcé ou non par des usagers-relais.

L'action de contact des usagers hors institution est une des actions innovantes du dispositif mais elle est souvent menée aux marges des dispositifs institutionnels. Les "usagers-relais" avec mission de médiation y jouent un rôle clé. Ce travail exige des compétences particulières qui, actuellement, ne sont pas reconnues par une qualification. Cependant l'adaptation du dispositif d'accueil aux nouveaux usagers en dépend.

Aussi la consolidation des équipes de rue est-elle un enjeu important pour l'adaptation et le développement du dispositif de réduction des risques.

Les interventions en milieu festif

Les interventions en milieu festif se caractérisent par la diversité des acteurs impliqués et des lieux d'intervention (soirées techno, festivals, concerts, clubs). Sur les 44 équipes identifiées 9 équipes interviennent exclusivement en milieu festif. Au total, une quinzaine de structures ont mis en place une équipe formée à la santé communautaire et intervenant de façon régulière. Les autres équipes interviennent occasionnellement.

L'institutionnalisation soulève des problèmes spécifiques liés à la durée et au moment de l'intervention (de nuit, sur tout un week-end, principalement durant la belle saison). Les actions telles que le *chil out* exigent des équipes importantes actuellement bénévoles. La professionnalisation de l'action s'avère particulièrement difficile et coûteuse, d'autant que l'action requiert des compétences précises qui ne correspondent à aucune qualification reconnue. Ces actions se sont révélées précieuses pour entrer en relations avec les nouvelles générations d'usagers de drogues.

3. La mission ACCES AUX SERINGUES

A l'inégale répartition géographique de l'accès aux seringues, il faut ajouter la grande disparité des programmes (type d'organisation, nombre de seringues distribuées). Ainsi l'enquête AFR relève qu'un tiers des structures ne distribue pas ou peu de seringues (moins de 250 par an) sans qu'il soit possible de déterminer s'il s'agit de programmes qui n'ont pas été en mesure d'atteindre les objectifs qui leur étaient assignés ou s'il s'agit d'actions labellisées comme PES faute d'une dénomination plus précise mais pour lesquels l'accès aux seringues vient en complément d'autres missions (lutte contre le SIDA, accès aux soins, etc.).

Globalement, les pharmacies assurent aujourd'hui environ 70 % de la diffusion de seringues, les PES en accès direct environ 22 % et les automates 8 %. Ces dispositifs remplissent des fonctions différentes ; à ce titre, ils sont complémentaires et agissent en synergie, les usagers ayant recours à l'un ou l'autre des services d'une part selon leur accessibilité (trajets, mode de vie, ressources) et d'autre part selon la qualité de l'offre de service.

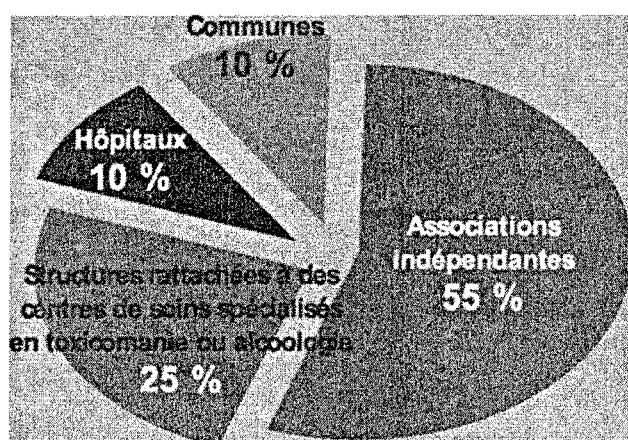
L'engagement des opérateurs s'avère déterminant. Ici, les pharmaciens sont mobilisés par un programme, là c'est la mobilisation des acteurs RDR qui est déterminante, comme c'est le cas à Paris où 50 % de la distribution sont assurés par les PES dont 40 % par les automates.

Sur le plan quantitatif, depuis 2000, la vente de Stéribox semble stable autour de 2600000 trousses. D'une année à l'autre, les données des automates montrent de grandes variations qui sont fonction de la qualité de l'offre (entretien des automates, emplacements, etc.).

4. Qui sont les acteurs institutionnels de la RDR ?

Le dispositif RDR s'est développé en faisant appel à des acteurs issus de différents secteurs d'activité. Dans certains cas, l'action RDR comme l'accès aux seringues s'ajoute au dispositif antérieur, chaque acteur ayant ses références et ses motivations pour agir (lutte contre le sida, humanitaire, accès aux soins, etc.). Dans d'autres cas, l'action RDR s'est autonomisée et les acteurs s'identifient alors comme intervenants spécifiques du champ RDR.

Typologie des acteurs de la RDR



- Plus de la moitié des 291 structures recensées sont des associations indépendantes.

- 1/4 des structures sont rattachées à des centres de soins pour toxicomanes (CSST) et d'alcoolologie (CCAA). - Les communes et les hôpitaux représentent chacun environ 10 % du secteur, les municipalités essentiellement pour la gestion d'automates.

L'enquête de l'AFR identifie les acteurs en fonction des secteurs d'activité d'origine :

- 1/4 sont des acteurs spécifiques RDR;
- 1/4 appartiennent au réseau AIDES;
- 1/4 appartiennent au réseau du soin spécialisé;
- 1/4 réunissent des acteurs divers, santé publique, soins généralistes, précarité, prévention jeune etc.

Conclusion

Structures spécifiques et non spécifiques ont besoin les unes des autres : les bons résultats de la RDR tels que la baisse de la mortalité ont été obtenus grâce à l'implication de médecins généralistes, services hospitaliers etc. Boutique, bus, équipes de rue, PES : telles sont les actions génériques à la réduction des risques, actions auxquelles il faut ajouter l'intervention en milieu festif, l'hébergement d'urgence, l'accès aux soins et aux droits sociaux, etc. Ces actions ont été mises en place au fil du temps, dans le cadre de circulaires indiquant des objectifs généraux mais sans fixer précisément la nature et les moyens à mobiliser (qualification des intervenants, cahier des charges des actions, etc.).

Une crise de croissance du secteur ?

L'hétérogénéité des structures, fruit du développement historique de la création du champ de la RDR, était jusqu'à maintenant considérée comme une richesse et un gage de créativité.

L'implication d'acteurs diversifiés est toujours une ressource indispensable, d'autant que peu d'actions RDR ont les moyens de s'autonomiser. **Aussi le nouveau cadre réglementaire doit-il être l'occasion de redéfinir la cohérence d'ensemble, il doit pouvoir intégrer les pratiques innovantes développées dans le cadre de partenariat ou de réseaux et permettre une négociation des objectifs et des résultats attendus qui tienne compte des réalités de terrain.**

Intégrer l'ensemble des acteurs, en fonction de leur contribution au dispositif, fournir aux acteurs les outils nécessaires à la professionnalisation de l'action, tels sont les défis auxquels l'institutionnalisation doit faire face. A défaut celle-ci, loin de conforter le dispositif, risque de l'appauvrir.

Source : AFR (Association Française de Réduction des risques)

ANNEXE 9

Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD

L'enquête ENa-CAARUD a été menée à la demande du ministère de la Santé dans les 114 structures reconnues comme CAARUD afin de disposer d'indicateurs de suivi du nombre et des caractéristiques des consommateurs de drogues ayant recours à ce dispositif et contribuer ainsi à mieux adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux besoins et aux attentes de cette population en difficulté. Les personnes qui fréquentent ces structures de réduction des risques sont, en majorité, des polyusagers de drogues en situation de précarité sociale.

Les CAARUD en bref

Les CAARUD ont été créés par les pouvoirs publics, au cours de l'année 2005, à partir des dispositifs existants, communément désignés sous les vocables génériques de structures à « bas seuil d'exigence », de « réduction des risques » voire de « première ligne ». Ces structures – « Programmes d'échanges de seringues », « boutiques », « équipes de rue » – essentiellement dédiées à la prévention de l'infection à VIH puis des hépatites auprès des usagers de drogues injecteurs ont vu le jour en France à partir de la fin des années 80. Elles ont été ensuite reconnues par le législateur par la loi de Santé publique du 9 août 2004 comme acteurs décisifs de la politique de réduction des risques. La création des CAARUD s'inscrit donc pleinement dans cette continuité. De plus, en les intégrant, dans le décret du ministère de la Santé du 14 avril 2005 complété par la circulaire du 2 janvier 2006 de la Direction générale de la Santé (DGS), dans le champ des établissements médico-sociaux, l'État manifeste sa volonté de pérenniser le financement des structures tout en les dotant d'un référentiel commun en matière de missions et d'objectifs. Désormais, les CAARUD devront assurer :

- l'accueil collectif et individuel des usagers de drogues ainsi qu'une information et un conseil personnalisés;
- le soutien aux usagers dans l'accès aux soins et aux droits sociaux (logement, insertion ou réinsertion professionnelle);

Conclusion et discussion

Les éléments les plus saillants qui émergent de cette première enquête nationale sont les suivants :

S'agissant de la nature du public, il semble que les femmes apparaissent beaucoup plus présentes parmi les jeunes générations, ce qui vient confirmer les données ethnographiques fournies par le réseau TREND [1]. Si le sexe ratio de l'ensemble de l'échantillon est conforme aux données habituelles (soit environ une femme pour quatre hommes), il apparaît que les femmes représentent plus de la moitié des usagers de moins de 20 ans. Elles se caractérisent par la fréquence d'un niveau élevé de précarité par rapport aux hommes (43 % *vs* [2] 33 %). Enfin, si elles pratiquent moins l'injection, elles n'en apparaissent pas moins plus vulnérables que les hommes vis-à-vis de l'infection au VIH puisqu'elles ont, à âge, statut vis-à-vis de l'injection et degré de précarité égaux, 41 % de risques en plus d'être contaminées. Essentiellement marquée chez les non injecteurs, la différence pourrait être liée à la contamination par voie sexuelle (y compris la prostitution, origine fréquente de ressources chez les jeunes usagères de drogues).

Les usagers des CAARUD se caractérisent aussi par leur précarité. Un peu moins d'un usager sur deux est sans domicile fixe ou habite dans un logement provisoire, et enfin la moitié des usagers ne vivent que des prestations sociales. Ce constat doit néanmoins être nuancé par la prise en compte de la forte proportion des usagers qui bénéficient, d'une manière ou d'une autre, d'une couverture sociale, situation qui atteste de l'ancrage très fort du système de santé jusque dans les populations les plus marginalisées.

Source : OFDT, revue *Tendances* n°61, Mai 2008

[1] TREND : Tendances récentes et nouvelles drogues

[2] *vs* : versus

Extraits du rapport d'enquête sur les usagers du CAARUD référé au site Strasbourgeois

2006 constitue la première année de fonctionnement en année pleine du CAARUD d'*Espace Indépendance*. Pour mémoire, les missions de cet établissement médico-social consistent dans des actions favorisant l'accueil des usagers sans préjuger de leur état, l'accès aux soins, l'accès aux droits, l'entrée en contact avec les usagers dans leurs milieux de vie, notamment lors d'événements festifs, la facilitation de l'accès au matériel de prévention, la médiation avec l'environnement immédiat, le quartier, les partenaires.

Ces différentes missions se sont exercées dans deux sites distincts : le lieu d'accueil et le Programme d'Échange de Seringues en antenne mobile.

8.96 Equivalents temps plein (ETP) ont été affectés au CAARUD. Y interviennent des médecins, des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmières, un chauffeur accueillant, un coordinateur Mission Rave, ainsi qu'une équipe administrative et de direction.

Plus de trente volontaires interviennent également dans le cadre du Programme d'Échange de Seringues et de la Mission Rave. Ce bénévolat est valorisé à hauteur d'un ETP.

Conclusion

Les résultats de l'enquête Coquelicot avaient déjà mis en lumière certains éléments significatifs dans le champ des addictions pour le site strasbourgeois. Ainsi, il était constaté que l'injection au cours du dernier mois était plus fréquente dans notre région qu'au niveau national (58% vs 40%), particulièrement chez les moins de trente ans (70% vs 58%).

Cette étude mettait également en exergue l'efficacité de la politique de réduction des risques sur la transmission du VIH, puisque chez les moins de trente ans cette prévalence est quasi nulle dans notre région (0 vs 0.3%).

Les pratiques à risques sont moins importantes à Strasbourg qu'au niveau national. Le partage de seringues concerne 10% des usagers vs 14%, celui du petit matériel 18% vs 38%, celui de la paille de sniff 22% vs 34%.

Les éléments recueillis dans le cadre de l'enquête CAARUD corroborent ces données pour 2006.

Cependant, des éléments problématiques en termes de santé publique perdurent : un tiers des usagers de drogues méconnaissent leur statut VHC en 2004, et des pratiques d'injection et des pratiques à risques perdurent en particulier chez les moins de trente ans.

La vaccination contre l'hépatite B n'a été pratiquée que pour 42% des usagers enquêtés en 2006.

Source : CAARUD, Espace Indépendance - Strasbourg

ANNEXE 10

MISE EN PLACE D'UN CAARUD A D. UN CENTRE D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES USAGERS DE DROGUES

s'est installé progressivement depuis mars 2007 sur D..

Situé dans les mêmes nouveaux locaux que le CSST, 377 avenue du 7ème RI, le CAARUD est animé quotidiennement par Michel L., Éducateur Spécialisé.

Ce dispositif a pour objectif de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives (alcool, médicaments ...) et aussi d'améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs. Cette action s'adresse à des personnes, le plus souvent des usagers très précarisés (jeunes en errance, sdf...), qui ne sont pas encore engagées dans une démarche de soins et dont les modes de consommation ou les produits utilisés les exposent à des risques majeurs qu'ils soient infectieux, accidentels, psychiatriques, etc...

Les missions du CAARUD se déclinent ainsi :

Ouvert du lundi au vendredi de 9 heures à 12 heures 30 et de 13 heures 30 à 17 heures, les usagers sont accueillis collectivement ou individuellement dans une ambiance conviviale.

Ils peuvent recevoir une information et un conseil personnalisé, un soutien socio-éducatif pour l'accès aux soins, pour l'accès au logement et à la réinsertion professionnelle.

De plus, il y a une mise à disposition de matériel de prévention des infections (kits d'injection, préservatifs ...) sur place au centre d'accueil ou au distributeur automatique de la Place B..

L'accueil au CAARUD est complété par l'intervention de proximité de l'éducateur à l'extérieur du centre (rue, squatts, centre d'hébergement, etc...) en vue d'établir un contact avec les usagers.

Enfin, un travail de médiation sociale est fait régulièrement (lien avec commerçants, partenaires, etc...)

Toute cette action se réalise en complément des autres équipes du CSST L. P. (ambulatoire, hébergement collectif, appartement thérapeutique) ce qui assure une meilleure efficacité dans la prise en charge des usagers de drogues sur D..

Source : RESADInfos 46, Michel L. – Éducateur Spécialisé

Bulletin d'Information semestriel du Réseau Addiction 46 Novembre 2007

UN YUCCA DANS LE NEUF TROIS

Un mini CAARUD (1) mobile sillonne depuis le début de cet été le paysage urbain de B., C.-sous-B. et M. (Seine-Saint-Denis) à la rencontre des usagers de drogue, exclus parmi les exclus.

Le Yucca

Un nom qui se fond dans le langage bucolique local (Chêne pointu, la Forestière, les Bosquets...). En verlan ? L'envers du décor...

Accueillie chaleureusement par des acteurs municipaux clichois qui partagent leurs locaux exigus (quand la tâche est lourde, le partage militant rassure), l'équipe du CAARUD (3,5 ETP) (13) approche la toxicomanie urbaine de ce territoire de banlieue. L'activité du Yucca a débuté en juin dernier. Il s'agit d'un travail en milieu ouvert (travail de rue) de réduction des risques (RdR) auprès de personnes usagères de drogues, sur les trois communes. Concrètement, l'équipe prend contact avec ce public extrêmement marginalisé, diffuse des messages de prévention concernant les risques connexes à l'usage de drogues, distribue des matériels stériles de consommation et récupère le matériel usagé, oriente et accompagne les usagers dans leurs démarches médicales et sociales. Pour se faire, elle travaille en étroite collaboration avec les Centres de Soins Spécialisés pour Toxicomanes de Paris (Sleep In, 110 les Halles...), les Centres Médicaux Psychologiques (CMP), les hôpitaux et des partenaires associatifs des villes concernées.

Les lieux de consommation et de regroupement sur ces trois villes sont vaguement repérés, certains intervenants du CAARUD sont des « locaux » et l'été, la visibilité est favorable à la découverte. L'équipe, dans son « trafic » blanc et banalisé, tourne, s'arrête, attend, écoute, discute, change de place, revient, ouvre son accueil mobile... Arriver ainsi en banlieue sur des territoires malmenés et trahis par les politiques depuis leur création est presque une gageure.

Le véhicule du Yucca est aménagé, une sorte de bureau mobile de 3 m² avec un point d'eau. Quand le groupe de pairs et l'entourage deviennent trop pesants pour parler de soi, demander une adresse, renouveler son matériel de consommation et de prévention, alors l'utilisateur s'assied dans le camion, il parle et vous connaissez la suite... Café, biscuits, matériel de réduction des risques, de prévention, documents, adresses de structures de soins... y sont proposés aux usagers rencontrés. Les messages passent très vite et l'équipe recueille déjà les seringues utilisées et renouvelle le matériel des usagers.

Source : Interdépendances n°63 - Octobre 2006.