

Stratégie Nationale de Santé

Contribution de la délégation partenariale sur la Réduction des Risques liés à la consommation de substances psychoactives.

Cette contribution s'inscrit dans la continuité d'une rencontre avec Mesdames Bismuth et Marmier du cabinet de la Ministre de la santé, ayant eu lieu le lundi 25 février 2014.

Elle est le fruit d'un travail partenarial initié par la Fédération Addiction et le réseau français de réduction des risques, avec les associations Aides, l'Association Française de Réduction des risques (AFR), l'association SOS Hépatites, le groupe Prévention et Soins des Addictions, et des travaux issus de trois séminaires ayant rassemblé, en 2013, 280 participants.

Elle s'appuie sur le concept de « bienveillance » à destination du public reçu en établissement médico-social, axe majeur des évolutions réglementaires¹ à partir de l'expression des droits et libertés des usagers.

Il s'agit de mettre en œuvre une démarche collective déployée par les acteurs et qui vise une prise en charge de qualité dans le respect des choix, des besoins, des attentes et des capacités de l'utilisateur.

Pour atteindre cet objectif, l'Anesm² a identifié 4 repères :

- l'utilisateur co-auteur de son parcours ;
- la qualité du lien entre professionnels et usagers ;
- l'enrichissement des structures et des accompagnements grâce à toutes contributions internes et externes pertinentes ;
- le soutien aux professionnels dans leur démarche de bienveillance.

Dans son guide consacré au sujet, l'Anesm aborde le thème de la bienveillance ainsi : « **démarche volontariste, situe les intentions et les actes des professionnels dans une amélioration continue des pratiques tout en conservant une empreinte de vigilance incontournable**³ ».

Sur un registre sociétal, les principes du vivre ensemble doivent également être pris en compte, notamment tels que définis par le manifeste de Saragosse de 2006⁴ dans le cadre du Forum Européen pour la Sécurité Urbaine (FESU) : « **La sécurité est un bien commun essentiel, très liée à d'autres biens communs comme l'inclusion sociale, le droit au travail, à la santé, à l'éducation et à la**

¹ La loi 2002-2 du 2 Janvier 2002 vise à adapter la loi 75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui encadre la prise en charge de plusieurs catégories de personnes (l'enfance et les familles en difficulté, les personnes handicapées, âgées et en situation de précarité et d'exclusion) accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

² Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico sociaux

³ « Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. La bienveillance : définition et repère de la mise en œuvre » Anesm, 2008

⁴ Huit cent représentants, issus de 220 villes européennes, se sont rencontrés à Saragosse les 2-4 novembre 2006 et ont adopté le manifeste de Saragosse « Sécurité, Démocratie et Villes ».

culture. Toute stratégie utilisant la peur est à rejeter au profit d'actions favorisant une citoyenneté active, une appropriation du territoire de la ville et le développement de la vie collective. L'accès aux droits favorise le droit à la sécurité ».

La démarche d'accompagnement des usagers au niveau de la santé doit se faire en lien avec les politiques de la ville, les élus et l'ensemble des acteurs de la sécurité publique, en prenant aussi en compte des enjeux locaux de l'action en matière de prévention, de soin et de réduction des risques liés à l'usage de drogues.

La contribution en trois points :

I – Le contexte

II – Les constats

III – Nos propositions

I- Contexte

La Réduction des Risques (RDR) a comme objectif prioritaire de réduire les risques médico, psycho, sociaux, de prévenir les dommages, et d'éviter l'aggravation des usages. Fondée sur une approche pragmatique, dans un souci de respect et de dignité des personnes, la RDR reconnaît les usagers comme des sujets responsables et citoyens, capables de faire des choix et, pour peu qu'on leur en donne les moyens, de se protéger et de protéger autrui. Il s'agit, dans le non-jugement, d'intervenir le plus précocement possible dans la trajectoire des usagers actifs et d'agir au plus près des usages et des pratiques à risques.

La Réduction des Risques s'est imposée à partir de la fin des années 1980, l'ampleur de l'épidémie VIH ainsi que le nombre croissant d'overdoses et de scènes ouvertes de consommations ayant bouleversé les stratégies de santé publique. L'accès aux seringues en pharmacie, l'ouverture de programmes d'échange de seringues (PES) et de « boutiques » s'appuyant sur les usagers comme experts de leur consommation, la généralisation des traitements de substitution aux opiacés (TSO), notamment par les acteurs de la ville, ont permis que la Loi de santé publique de 2004 la prenne en compte comme « philosophie d'intervention ». La création des CAARUD en 2006 et la définition, en 2007, d'une mission de Réduction des Risques pour les CSAPA auprès des usagers qu'ils reçoivent, en ont complété le développement. De plus, des associations extérieures au secteur médicosocial interviennent également dans le champ de la RDR, particulièrement en milieu festif.

Le contexte addictogène et mouvant de notre société, l'épidémie toujours active d'infection au VHC, la persistance des prises de risques d'overdose, l'essor des comorbidités psychiatriques et somatiques ainsi que les évolutions dans les pratiques d'usage et les produits consommés réclament une adaptation et **un élargissement de la palette des outils d'accompagnement et de réduction des risques.**

En matière d'hépatites, cette diversification des cadres concourant au "prendre soin de soi" est d'autant plus pertinente qu'associée à une généralisation du dépistage ((TROD, fibroscan...) et aux importants progrès en cours sur le plan thérapeutique, avec des perspectives de guérison quasi-systématique des patients dans un avenir proche, elle pourrait permettre d'envisager, enfin, un meilleur contrôle de cette épidémie⁵.

Le Rapport de l'expertise collective de l'INSERM, rendu en 2010 à la demande de la Direction Générale de la Santé, **dressait le même constat** et recommandait une palette de soin élargie. Parmi les recommandations figurait la proposition d'expérimenter des Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR) mais l'avis négatif rendu par le Conseil d'Etat le 10 octobre 2013 a reporté l'ouverture de la seule SCMR pour l'instant envisagée en France. Cet avis a également rendu plus complexe la mise en œuvre d'autres innovations, complémentaires à ce dispositif, et qui permettaient d'améliorer les réponses aux nouveaux problèmes qui se posent pour les usagers, mais aussi pour les intervenants du dispositif médicosocial.

II – Les constats

En 2013, un cycle de 3 séminaires autour de l'accompagnement des consommations a rassemblé 280 professionnels autour de séances plénières et de 18 ateliers⁶, pour réfléchir, partager et problématiser les constats et questionnements qu'ils rencontrent sur le terrain. Pour enrichir la réflexion, le groupe partenarial chargé de les organiser s'est appuyé sur des modèles et expériences validés et reconnus à travers le monde, en matière de SCMR fixe ou mobile, mais également d'unité fixe ou mobile d'accompagnement des consommations à moindre risque intégrée à un dispositif médicosocial⁷. Il a également sollicité

⁵ La prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) est d'un peu moins de 1 % de la population française mais elle s'élève, selon certaines études, à 40 % voire 70 % chez les usagers de drogues par voie injectable.

⁶ Une synthèse de ces 18 ateliers est en cours de rédaction.

⁷ Pour la typologie des dispositifs, voir proposition en annexe.

l'analyse d'experts (chercheurs, professeurs, juristes, élus et cliniciens reconnus), invités à présenter les enjeux éthiques, cliniques, juridiques et politiques de l'accompagnement des consommations à moindre risque.

Sur cette base, le groupe constate aujourd'hui :

- **que des pratiques de consommations existent** à l'intérieur d'un grand nombre de dispositifs médicosociaux. Ce constat est corroboré par les professionnels, dans le cadre d'une démarche participative lancée en 2013⁸. La même question pourrait être posée aux établissements sanitaires ;

- **qu'elles engagent une double prise de risque** : sanitaire pour l'utilisateur et juridique et légale pour le soignant et pour l'institution.

Le groupe constate par ailleurs :

- Qu'un certain nombre de municipalités se sont déclarées favorables à accueillir l'expérimentation de SCMR (fixe ou mobile) sur leur territoire, certaines se sont même portées volontaires ;
- Que certaines associations gestionnaires de CAARUD ont déposé, auprès de leur ARS et de la MILDT, des projets de SCMR fixes ou mobiles ;
- Qu'un certain nombre d'équipes ont formulé et parfois déposé des projets auprès de leur Agence Régionale de Santé visant la mise en œuvre d'atelier d'accompagnement pratique des consommations à moindre risque ;
- Que plusieurs équipes des dispositifs médicosociaux ont entamé un travail de formation afin de préparer l'élargissement de la recherche action AERLI⁹ soutenue par l'ANRS ;
- Que plusieurs responsables de structures médicosociales ont reçu mandat de leur Conseil d'Administration pour participer à la réflexion quant aux conditions souhaitables pour encadrer ces pratiques de consommations qui présentent un seuil de risque important.

III- Nos propositions

Nos propositions s'inscrivent sur la base des constats ci-dessus, et en cohérence avec les positions présentées par certaines municipalités sur ce type de projets.

Le groupe propose d'aborder **la question de l'usage**, au sens global et concret (geste, produits, outils) au cœur du travail des CAARUD et des CSAPA. La parole et l'échange d'information entre usagers et intervenants ont permis de réduire les risques de transmission du VIH et d'overdoses liés aux consommations. Mais d'autres risques apparaissent ou persistent (virus de l'hépatite C, nouveaux produits de synthèse, risques bactériens...).

Le groupe partenarial a élaboré une typologie de réponses possibles, inscrites dans un continuum qui accompagne tous les stades de consommation et décline un principe de responsabilisation vis-à-vis des risques pris :

- Stratégies de prévention du passage à l'injection, comme dans l'expérience validée « Break the Cycle » ;

⁸ En 2013 la Fédération Addiction a diffusé à l'ensemble des CAARUD un questionnaire dans le cadre du projet « Pratiques professionnelles de réduction des risques » ; **64,8% des répondants ont déclaré avoir connaissance des pratiques d'usage à l'intérieur de leur structure.**

⁹ Etude ANRS AERLI réalisée par AIDES – Inserm - Médecins du Monde en 2013.

- Réduction des risques liés au geste lui-même, dont l'exemple de la recherche AERLI ou l'expérimentation de SCMR peuvent être des outils précieux ;
- Prise en compte de la question des produits, de leur nature, et de leur qualité ;
- Développement du dépistage (TROD...) et de l'accès aux soins et aux thérapeutiques nouvelles.

Cette évolution de la réduction des risques permettra aussi de clarifier la mission de l'intervenant. Elle lui permettra de franchir un pas de plus dans l'accompagnement de la personne, en sécurisant sa posture professionnelle face aux consommations existantes.

Dans cette perspective, le groupe souhaite :

- I / L'amélioration du cadre juridique de la Loi de Santé Publique de 2004 (et les textes réglementaires de 2005 et 2007)¹⁰, afin d'**accompagner et de sécuriser les innovations et expérimentations nécessaires**. L'inscription du recours à la Réduction des risques, au même titre que le recours au soin dans la Loi de 1970, permettrait l'évolution des futurs outils d'accompagnement des consommations à moindre risque.
- II / La **mise à jour des textes encadrant les référentiels et missions des dispositifs médicosociaux** (référentiel de la réduction des risques, décrets fixant les missions des dispositifs...).
- III / **La construction d'un référentiel sur les critères de choix de l'outil d'accompagnement**. Il servira de base à une réflexion spécifique sur les territoires, qui inclura tous les acteurs en présence (le porteur, la municipalité, l'ARS, l'Etat...).

¹⁰ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (JORF n°185) ; décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD (JO du 22 décembre 2005) et décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (JORF n°112).

Présentation de la typologie des réponses proposées **en complément de l'offre de réduction des risques existante :**

Les usagers de substances psychoactives consomment des produits différents, en de multiples lieux et de multiples façons ; ils constituent un public très large qui, dans l'approche du soin est concerné de différente manière. Leurs pratiques génèrent donc autant de prises de risques différentes, et ne trouvent pas leur place dans la cité de façon homogène et équivalente.

Ainsi, le dispositif de réduction des risques et de soin doit s'adapter au contexte et aux prises de risques spécifiques du public auquel il s'adresse. Il existe donc plusieurs outils d'accompagnement des consommations à moindre risque, certains déjà engagés, le principe étant d'imaginer **un nouveau continuum de réponses**.

1. Prévenir le passage et offrir des alternatives à l'injection : « Break the Cycle »

Ce programme, s'adresse aux usagers injecteurs potentiellement initiateurs, pour les aider à faire face aux demandes d'aide à s'injecter pour la première fois. Dans certains pays d'Europe, « Break the Cycle » vise également à proposer aux injecteurs, des modes de consommations alternatifs (inhalation).

En France, l'INPES a monté un groupe partenarial qui travaille depuis 3 ans à l'implantation et la modélisation de ce programme sur le territoire national.

Le programme se fixe pour objectifs :

- de prévenir le passage à l'injection ou de le retarder ;
- de promouvoir des modes d'administration à moindre risque autres que l'injection ;
- d'accroître chez les injecteurs la conscience des actions pouvant inciter les autres à commencer ;
- d'augmenter leur capacité à mieux répondre aux demandes d'initiation ;
- de les aider à réfléchir et à mieux informer les personnes désireuses de s'injecter sur les dommages éventuels (physiques, infectieux, moraux, psychologiques, sociaux, légaux...) ;

2. La salle de consommation à moindre risque (SCMR) : un dispositif à part entière

Ce dispositif bénéficie d'une implantation dont les contours sont bien définis (grâce aux expériences étrangères), avec des plages horaires larges, la présence d'une équipe médicale et sociale formée et dédiée à la supervision des consommations. Il vise à permettre un premier accueil/accompagnement de personnes éloignées des dispositifs de soins ou même des dispositifs de réduction des risques habituels.

La SCMR, fixe ou en unité mobile (bus) s'adresse à des publics précis :

- en situation de précarité ;
- qui consomment en nombre dans l'espace public à un endroit particulier (scène ouverte) ;
- en milieu urbain ou hors agglomération (rural ou périphérique).

La salle de consommation à moindre risque vise à apporter des réponses dans une situation qui a des conséquences considérables en termes :

- de santé publique (prises de risques de contamination pour la personne et pour le public (matériel usagé), overdoses, éloignement du soin) ;

- sociaux (désaffiliation sociale, entretien d'une précarité croissante et d'exclusion), de sécurité publique (conflits, reventes illicites).

3. L'espace de consommation à moindre risque (ECMR) à l'intérieur des dispositifs médicosociaux (CAARUD et CSAPA)

La mise en œuvre d'espace d'accompagnement à moindre risque des consommations compléterait l'offre en proposant aux personnes qui consomment dans les structures actuelles un cadre plus adapté juridiquement et au niveau sanitaire.

Le cadre et le référentiel de cet espace sont à construire et à poser dans un décret, par exemple dans le cadre des expérimentations prévues par la Loi 2002-2 ; ces espaces profitant d'un dispositif existant permettraient d'encadrer des pratiques d'usage ayant déjà lieu.

Les expériences à l'étranger, les réflexions des intervenants lors des séminaires, et l'avis des usagers permettent déjà d'en définir les contours. Un groupe de personnes morales gestionnaires de dispositifs s'est engagé dans un travail de formalisation d'un cahier des charges.

Il s'agit d'un espace :

- dans un centre existant et intégré à son activité ;
- sécurisé (dans les mêmes conditions que la SCMR) ;
- dans une pièce séparée de l'activité où :
 - l'utilisateur peut venir avec son produit et le consommer ;
 - le personnel médico-éducatif, formé spécifiquement, peut intervenir ;
 - l'action d'accompagnement telle qu'expérimentée dans le cadre de la recherche AERLI-ANRS peut s'effectuer.

Cette demande d'accompagnement à moindre risque de la consommation sera considérée comme une démarche « du prendre soin de soi ».

Le dispositif doit conserver sa fonction pleine et entière. Sa mission et l'ensemble de l'offre de soin et de RDR qu'il propose seront complétés par l'accompagnement de consommations, mais ne doivent pas s'y confondre ; l'espace doit être situé dans une pièce séparée afin de ne pas confronter à la consommation les personnes ne le souhaitant pas.

4. Outils permettant d'aborder la nature et la qualité des produits

Une partie de l'accompagnement réside dans la connaissance des produits.

La composition des produits illicites, de par la clandestinité de leur fabrication et de leur circulation, est en fait méconnue, ce qui accroît les risques immédiats. Ils requièrent donc des stratégies de RDR différenciées et de nouveaux outils.

La connaissance de la composition des produits vise à :

- Informer et améliorer les savoirs des usagers sur la qualité des produits qu'ils sont susceptibles de consommer, les sensibiliser et les éveiller aux risques liés à leurs consommations (de fait, travailler sur leurs représentations concernant les produits et leurs risques associés) ;

- Identifier des produits plus particulièrement toxiques et participer au dispositif de veille sanitaire en lien avec le dispositif TREND-SINTES de l'OFDT et les systèmes d'addicto-vigilance (ARS-CEIP) ;
- Diffuser des messages de RDR sur les produits à partir d'une information fiable et scientifiquement validée tout en restant accessible et adaptée au niveau de compréhension des usagers (vulgarisation des savoirs scientifiques, analytiques et pharmaceutiques) ;
- Attirer vers la RDR des consommateurs qui ne fréquentent pas les dispositifs existants (milieu festif, étudiant...)

La **chromatographie sur couche mince (CCM)** apparaît comme une technique analytique de choix (fiable, relativement peu coûteuse, accessible et qui permet un retour d'information relativement rapide à l'utilisateur) pouvant être mise en œuvre au sein de dispositifs CAARUD et/ou CSAPA.

Les **stratégies de gestion des consommations**, qu'il s'agisse de produits légaux ou illégaux, sont également bénéfiques. La connaissance de la composition d'un produit consommé va permettre de faire œuvre de pédagogie sur les risques liés aux mélanges et à la surdose, et d'envisager des alternatives (inhaler plutôt qu'injecter, favoriser l'alternance entre boissons alcoolisées et eau, expliquer les différences d'effets suivant les modes de consommation...).

ANNEXE 2 : Présentations des associations représentées dans la délégation partenariale.

La Fédération Addiction

La Fédération Addiction constitue **un réseau national représentatif de l'addictologie**. Elle fédère **200 adhérents personnes morales** de dimension nationale, régionale et locale (représentant près de **700 établissements et services**) et **400 adhérents personnes physiques**. Issus des secteurs sanitaire, médico-social et de la ville, ils interviennent dans le soin, la prévention, l'intervention précoce, l'accompagnement et la Réduction des Risques dans une approche médico psycho sociale et transdisciplinaire des addictions.

La Fédération Addiction s'est fixée pour mission de :

- **regrouper** les acteurs de l'addictologie,
- **réfléchir** aux évolutions et au sens de l'action,
- **soutenir** le réseau dans son organisation,
- **représenter** ses adhérents auprès des décideurs

Elle a pris de nombreuses positions politiques, basées sur le décloisonnement des approches professionnelles et la prise en compte des dimensions plurielles de l'expérience addictive. Elle privilégie la promotion de l'usager, sa reconnaissance en tant que citoyen et l'amélioration de sa qualité de vie et de son environnement.

La Fédération travaille sur la base d'une **démarche participative**. Cette méthode, qui s'appuie sur le travail des professionnels, vise à capitaliser les pratiques professionnelles de terrain, pour les «transformer» et les valoriser comme expertise collective.

Elle est organisée en **14 unions régionales et inter-régionales** afin de proposer à ses adhérents des espaces de réflexion et d'élaboration au plus près des contextes et des enjeux locaux.

Le Réseau Français de Réduction des Risques

Le Réseau Français de Réduction des Risques est un espace de rencontre et d'échange entre tous ceux qui sont concernés par la réduction des risques et ses dispositifs innovants : acteurs de la société civile (professionnels ou simples citoyens), acteurs de terrain, militants associatifs (drogues, sida, hépatites, humanitaire, lutte contre l'exclusion...), scientifiques, responsables politiques...

Diffuser des idées et constituer une force politique et médiatique

Le réseau va au-delà du milieu associatif de la réduction des risques. Ses objectifs sont **d'informer le grand public sur la réduction des risques** et ses dispositifs innovants, mais aussi **d'être une force de pression et de lobbying** pour influencer les responsables politiques.

Un réseau

Le réseau permet de **regrouper des organisations et des citoyens sur des objectifs communs**. Chaque association ou fédération, chaque personne inscrite reçoit la totalité de l'information diffusée. Elle peut ensuite s'associer ou non aux communiqués de presse, textes, ou actions que lancerait le bureau du réseau. Cela permet à chacun de ne travailler que sur certains thèmes et d'avancer à son rythme sur d'autres.

Un comité scientifique

Le réseau s'est doté **d'un comité scientifique, pluridisciplinaire**, dont la présidente d'honneur est Françoise Barré-Sinoussi, prix Nobel de Médecine 2008. L'objectif principal de ce comité scientifique est de contribuer à la structuration, à la diffusion et à la visibilité de la recherche en Réductions des Risques, en intégrant les besoins des acteurs de terrain.

L'Association Française de Réduction des Risques

Créée en 1998, l'Association Française pour la Réduction des Risques (AFR) est une organisation de la société civile française, issue du combat mené dans les années 90 pour introduire et promouvoir la réduction des risques (RdR) en France. Cette action fut initialement portée par une alliance de militants de la lutte contre le sida, d'usagers de drogues et de médecins : le collectif « Limiter La Casse », en 1993.

L'AFR est un **collectif d'acteurs engagés** et rassemble des militants, des professionnels, des bénévoles, des usagers, des structures et des réseaux.

L'AFR promeut une approche de la réduction des risques à la fois pragmatique et soucieuse de la dignité des personnes.

L'AFR milite donc pour :

- La reconnaissance des usagers de drogues dans le respect de leurs choix de vie;
- La participation citoyenne des personnes concernées afin de contribuer à de nouvelles réponses et de les associer tant dans les interventions proposées qu'au débat public en faveur d'une nouvelle politique des drogues ;

Ce qui se traduit par :

- Des propositions graduelles dans la prévention et les soins qui prennent en compte à la fois les risques somatiques (sanitaires), psychologiques et sociaux liés à l'usage des drogues, à tous les moments de l'usage, qu'il soit expérimental, ponctuel, abusif ou inscrit dans une dépendance ;
- La définition d'une stratégie de santé publique collaborative, conjuguant savoir professionnel et savoir profane.

Tant par sa pédagogie pragmatique que par son efficacité pratique, la réduction des risques a contribué à modifier les représentations et la prise en compte des usagers de drogues dans le champ sanitaire et social.

L'AFR s'appuie sur ce socle pour construire son plaidoyer et devenir un acteur du changement de la politique des drogues.

AIDES

L'association AIDES est une organisation de santé communautaire fondée en 1984. Elle rassemble des militants (bénévoles ou salariés) confrontés au VIH et aux hépatites virales B & C. Présente dans 80 villes de France métropolitaine et de la Caraïbe ses actions se déploient dans les champs de la prévention, du soutien aux personnes atteintes, de la défense des droits (plaidoyer) et de la démocratie sanitaire.

Dans une logique de promotion de la santé, AIDES est porteuses d'initiatives visant la transformation sociale dans le champ de la santé des populations les plus exposées au VIH et aux hépatites et sujettes aux inégalités sociales de santé.

A ce titre AIDES gère 30 CAARUD et a porté des expérimentations sur le dépistage communautaire non médicalisé du VIH et sur l'accompagnement aux risques liés à l'injection (AERLI).

Prévention et Soins des Addictions

Créée en 1984, *Prévention et Soins des Addictions* (anciennement SOS Drogue International) œuvre dans le domaine de l'aide et du soin aux usagers de drogues et de la lutte contre les toxicomanies. Depuis 2009, l'association a élargi son champ d'intervention à toutes formes d'addictions : dépendance à l'alcool, au sexe, aux jeux d'argent, aux jeux vidéo... D'où sa nouvelle dénomination : *Prévention et Soins des Addictions*.

Elle est implantée dans quatre régions : Ile-de-France, PACA, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et est principalement financée par l'Etat et l'Assurance maladie.

Les missions

Les actions de Prévention et Soins des Addictions se distinguent par leur caractère novateur, favorisant une prise en charge globale des usagers. Ses 25 structures proposent toute une palette de prestations de soins, d'hébergement et d'insertion.

Le public

Les structures de Prévention et Soins des Addictions sont ouvertes aux personnes concernées par des problématiques de dépendance, soit directement (usagers), soit indirectement (parents et proches d'usagers).

Les partenaires

Prévention et Soins des Addictions agit en parfaite collaboration avec ses partenaires, financeurs ou non : les ministères concernés, les autorités locales, mais aussi les plus grands spécialistes du sujet (médecins, psychologues, sociologues...). L'association a toujours souhaité faciliter les contacts entre ces scientifiques de disciplines diverses, afin que la confrontation des idées aboutisse à une réflexion commune et constructive.

Quelques chiffres

- 350 salariés,
- 25 structures (10 CSAPA (en ambulatoire avec AT et en résidentiel), 6 CAARUD, 1 Point écoute, 2 services d'ACT),
- Budget annuel global de 20 millions d'euros.

Chaque année

- 10 500 personnes bénéficient au moins d'une prestation délivrée par les centres,
- 700 personnes hébergées dans une structure de soins,
- 1100 personnes accueillies en hébergement d'urgence soit près

Sos hépatites

Créée il y a près de 20 ans, Sos hépatites est une association de lutte contre les maladies du foie et les hépatites virales. Elle fédère les malades infectés par une hépatite B ou C avec leurs proches, les professionnels de santé ou les travailleurs sociaux prenant en charge des publics fortement exposés tels que les personnes usagères de drogues, les migrantes, les travailleuses du sexe, homo ou bisexuelles. La prévention, l'information, la solidarité, la défense de tous les malades sans discrimination sont les buts poursuivis par chaque personne engagée dans Sos hépatites. Nos bénévoles sont présents dans 15 régions en France pour :

1. Accompagner et soutenir les malades dans le cadre de groupes de parole,
2. Informer et orienter les personnes exposées à un risque par les plateformes d'écoute téléphonique,
3. Sensibiliser des populations précaires via des ateliers thématiques,
4. Construire et coordonner des actions innovantes de dépistage rapide avec des partenaires de terrain pour les usagers de drogues et les migrants,
5. Former et améliorer les connaissances et pratiques des acteurs de terrain médicaux et non-médicaux

6. Mobiliser les personnes concernées par l'épidémie à VHB et VHC en organisant un forum annuel,
7. Militer pour améliorer l'accès aux soins et aux traitements tant en France que dans les pays émergents ou en voie de développement (depuis 3 ans, un réseau international d'associations francophones de 9 pays nous a rejoints pour promouvoir nos actions et nos valeurs).

Particulièrement préoccupée par l'épidémie d'hépatite C chez les usagers de drogues, Sos hépatites travaille activement à la réduction des risques survenant dans le cadre de la consommation de substances psychoactives avec les CSAPA et les CAARUD :

- Expérimentation et coordination de projets innovants avec des tests rapides (dits TROD) permettant un meilleur accès au dépistage des personnes les plus précaires
- Accompagnement des professionnels dans le développement d'actions de prévention des hépatites

Etroitement liée à notre axe visant à promouvoir la vaccination, nous développons les projets de réduction des risques sexuels avec par exemple l'association YOZ-Sos hépatites auprès des travailleuses du sexe en milieu semi-urbain ou rural.

Certains malades militant au sein de Sos hépatites sont devenus des patients experts et participent à l'orientation des politiques de santé publique, de l'organisation des soins, des recherches épidémiologiques ou médicales.