

Renforcer la Mission Réduction des Risques et des Dommages (RDRD)

I - Les CAARUD, dispositifs dédiés à la RDRD

La vente libre de seringues en pharmacie et les programmes d'échanges de seringues (PES), mesures emblématiques de la Réduction des Risques, fut en 1^{er} lieu une réponse à l'épidémie de sida. Une RDR qui s'est ensuite structurée avec la mise en place des dispositifs bas seuil (futurs CAARUD) en 1993 et les traitements de substitution en 1995. Il a fallu attendre 2004 pour que la loi inscrive en toutes lettres la RDR dans la politique de santé publique puis la loi de santé 2016 pour le déploiement de nouvelles missions et la sécurisation des intervenants.

Repères sur les addictions

100 000 décès prématurés par an et **20% de la morbidité générale**

Coût économique: **plus de 1% du PIB**

Budget consacré par l'Etat : **22 milliards d'€** par an, **5,8% de la dépense publique**

II - Reconnaître l'efficacité des actions de RDRD

La mission RDR des CAARUD Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005

- L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour les usagers de drogues
- Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins
- 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 en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues
- La participation au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

+ Nouvelles missions attendues par décret...

Le PES a fait ses preuves en termes de réduction des comportements à risque avec une répercussion directement observable sur le risque infectieux. Des études indiquent un impact majoré par la combinaison des programmes d'échanges de seringues et des traitements de substitution (*Expertise collective INSERM 2010*).

L'intervention en RdR se conçoit en termes constants d'adaptation aux réalités d'un terrain lui-même toujours mouvant: injection, inhalation, nouvelles substances psychoactives (NPS) achetées sur internet, alcoolisation en milieu festif, qui concernent des populations dites « intégrées ».

Des usages changeants qui impliquent de faire évoluer les pratiques et c'est le sens des nouvelles mesures comme les tests de dépistages rapides VIH et hépatites (TROD), la Naloxone pour la prévention des overdoses et des missions comme l'analyse, la veille et l'information, qui incombent réglementairement aux CAARUD.

II- Garantir les moyens nécessaires au déploiement des nouvelles missions de RDRD

Les nouveaux outils consacrés par la loi de modernisation du système de santé doivent être déployés sur les territoires par les dispositifs dédiés.

- ✓ Nouvelle mission d'analyse, de veille et d'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition des produits et la dangerosité des substances consommées.
- ✓ Prescription de produit de santé utile pour la prévention des overdoses auprès de publics à fort risque de surdoses.
- ✓ La généralisation du dépistage et des Tests Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD), préoccupation majeure en santé publique, et tout particulièrement chez les usagers de drogues par voie injectable.
- ✓ La RdR en milieu carcéral, dont la loi de santé valide le principe d'équivalence par rapport aux mesures du milieu ouvert.

Ces nouvelles mesures répondent à la réalité des usages et les professionnels des addictions s'en félicitent. Néanmoins, afin d'accompagner le déploiement, il est nécessaire que les dispositifs remplissant des missions de RDRD disposent des moyens matériels et humains en conséquence. Des moyens souvent hétérogènes qui complexifient grandement l'accès à la RDRD sur certains territoires. Le recours aux TROD pour les hépatites exige d'être formé, la mission de veille exige d'avoir du temps, intervenir en milieu fermé exige du personnel dédié, pouvoir délivrer un médicament vital pour les usagers exige d'élargir les possibilités de délivrance.

Quelques chiffres

Plus de la moitié des CAARUD (88 répondants) fonctionnent avec moins de **5 équivalents temps plein (ETP)**.

Ils ont reçu en 2012 une file active cumulée de **35 529 usagers, soit une moyenne de 428 usagers**, la file active cumulée des **158 CAARUD approchait en 2014, les 70 000 usagers** (chiffres OFDT 2014)

Source : rapport d'enquête « Agir en réduction des risques » - Fédération Addiction, 2016