

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم  
LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS  
VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団  
ÄRZTE DER WELT दुनियाकेडॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOC



# LA BOÎTE À OUTIL DES ACTEURS DE LA RDR

## 33 FICHES PRATIQUES

pour transmettre les apprentissages issus de l'expérience  
des personnes usagères de drogues et des particien-ne-s de la  
Réduction des Risques dans le cadre du projet initié et porté depuis 2014  
par Médecins du Monde et ses partenaires à Abidjan, en Côte d'Ivoire.





# Guide pratique

Comment la boîte à outils a-t-elle été  
conçue et comment l'utiliser ?

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم  
LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS  
VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団  
ÄRZTE DER WELT दुनियाकेडॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOC



## 1. Présentation

Cette boîte à outils, constituée de 33 fiches pratiques, a été réalisée dans le cadre de la capitalisation du projet de Médecins du Monde pour la Réduction des Risques (RdR) auprès des personnes usagères de drogues (PUD) d'Abidjan en Côte d'Ivoire. Menée tout au long de l'année 2020, cette capitalisation a permis de formaliser « au fil de l'eau » les connaissances et savoir-faire progressivement développés dans le cadre du projet afin de disposer de leçons apprises et d'enseignements issus de l'expérience pour améliorer les pratiques dans le cadre du projet en lui-même ainsi que pour en faciliter la répliquabilité par d'autres acteurs dans l'avenir.

Ce travail maïeutique de co-construction, dont la méthodologie est décrite ci-dessous, s'est articulé autour de 5 thématiques majeures :

- Le lancement et le fonctionnement d'un centre communautaire de prise en charge des personnes usagères de drogues (Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie : CASA)
- La prise en charge intégrée des personnes usagères de drogues au sein de centres de santé pré-existants
- Le développement de l'outreach (aller vers) à base communautaire, notamment à travers l'implication d'éducateur·trice·s pair·e·s
- Le plaidoyer en Réduction des Risques
- Les éléments transversaux inhérents à la mise en oeuvre d'un projet RdR

## 2. Méthodologie

Consécutivement à une mission d'observation des consultantes de LED Expertise<sup>1</sup> en janvier 2020, un atelier en présentiel a été organisé à Abidjan avec l'équipe de Médecin du Monde (MdM) et des représentants d'ASAPSU (Association de Soutien à l'Autopromotion Sanitaire Urbaine) et d'Espace Confiance, partenaires de mise en oeuvre du projet, et qui a permis de déterminer :

1. [La méthodologie d'élaboration des fiches pratiques d'une part ;](#)
2. [La liste des thèmes à aborder par groupe de travail d'autre part.](#)

Cet atelier a été complété par un atelier à distance au mois de février 2020 pour finaliser la liste des fiches pratiques à collecter et valider la méthode de collecte (dont les étapes sont décrites en dessous).

Initialement prévue en présentiel, les évolutions du contexte sanitaire au cours de la période (émergence et propagation d'une pandémie de la COVID-19) a contraint les consultantes, en accord avec les équipes du projet, à poursuivre la capitalisation à distance et a donné lieu à certains ajustements des thèmes choisis lors de deux ateliers qui ont eu lieu en juillet 2020.

La collecte de données pour la constitution des fiches pratiques a ensuite eu lieu par entretiens téléphoniques. La liste des contributeurs figure en annexe de ce document. Les intitulés des fiches sont présentés dans le sommaire détaillé de la boîte à outils en partie 4 de ce guide.

1. L'Association LED a répondu à l'appel d'offre publié par Médecins du Monde en septembre 2019. LED (Local Environnemental Durable) est une association ayant pour but de mettre en place des actions de solidarité internationale de développement durable et de participer à une meilleure sensibilisation aux besoins du développement durable pour les populations défavorisées. Une des activités de LED est d'apporter des expertises sectorielles auprès des organisations de solidarité internationale, grâce à la mise à disposition.

### 3. Le processus de collecte des données en 10 étapes

#### ETAPE 1 : Description de l'activité ou de l'outil programmatique

Dans cette étape, il s'agissait de répondre à la question : « quel est le but de cette activité ? » et de la décrire, conformément à la liste d'activités définies lors des ateliers de capitalisation.

#### ETAPE 2 : SEPO (Les succès / Les échecs / Les potentialités / Les obstacles)

Dans le cadre de la capitalisation l'étape Succès s'est avérée fondamentale.

#### ETAPE 3 : Principales leçons apprises (essayer de se limiter à 6)

L'objectif était de tirer les points saillants des enseignements / apprentissages qui sont ressortis lors de l'exercice SEPO. Ici, il était important de toujours se poser la question « et si c'était à refaire, comment nous y prendrions-nous ? De la même manière ou différemment ? ».

L'idée ici était de :

- Valider les bonnes pratiques pour les transmettre ;
- Réfléchir au regard de l'expérience à des moyens de ne pas commettre les éventuelles erreurs du passé dans l'avenir ;
- Faire gagner du temps et de l'efficacité aux futurs intervenants à qui on passera le relais, dans l'intérêt des populations cibles et des acteur·trice·s de la Réduction des Risques (RdR).

#### ETAPE 4 : Liste et nature des partenaires impliqués (ou à impliquer)

Lors de cette étape il a fallu lister les différents partenaires par NATURE DE PARTENARIAT : distinguer les partenaires de mise en œuvre (PMO), les partenaires communautaires, les partenaires pour le référencement médical, les partenaires pour le référencement social, les partenaires du plaidoyer, etc. L'enjeu n'était pas tant de faire une liste exhaustive des partenaires que de synthétiser les différents types d'alliances indispensables à la réalisation de l'activité et qui allaient figurer dans chaque fiche.

#### ETAPE 5 : Rôle des éducateur·trice·s pair·e·s (EP)

Afin de mettre en évidence l'immense plus-value de l'approche communautaire, pour chaque fiche, il fallait tenter de répondre aux questions suivantes :

- Quel rôle jouent les EP dans le déroulement de l'activité ?
- L'activité serait-elle possible à mener sans les EP ?

#### ETAPE 6 : Approche spécifique femme, place des femmes

La population femme UD est une population vulnérable parmi les PUD, avec des besoins spécifiques. Outre la nécessité de valoriser la promotion de l'égalité femme-homme, il était important de se questionner sur :

- En quoi cette activité prend en considération les besoins spécifiques des femmes ?
- En quoi cette activité se rend accessible aux femmes ?

#### ETAPE 7 : Liste des documents de références (guide, étude, référentiel...)

L'enjeu était de bien identifier les documents de références, déjà existants, qui guident ou encadrent les pratiques.

#### ETAPE 8 : Liste des outils techniques utilisés (documents, fichiers, supports)

La création de supports pour mener un projet à bien peut être un exercice complexe. Ce listing d'outils techniques avait pour objectif de faciliter la mise en place, réplique et/ou la documentation des activités.

## ETAPE 9 : Le financement et la nature des dépenses associées

Il fallait ici répondre à la question : Que coûte la mise en place de cette activité en matière de :

- Ressources humaines (en incluant les fonctions supports et les EP) ?
- Dépenses opérationnelles (en séparant le type de dépense (transports, rafraichissements et collations, dépenses de santé, location de salle...)?

## ETAPE 10 : Recommandations issues de l'expérience (6 max) caractérisées

Compte tenu des leçons tirées dans chaque fiche, les interlocuteurs devaient émettre des recommandations à l'usage des futur-e-s intervenant-e-s de la RdR.

## 4. Présentation des fiches

Une fois les données collectées, les fiches ont été rédigées et présentées sur un format de publication standardisé qui mettait en avant :

- La problématisation du thème dans le titre sous forme de question
- La description de l'enjeu de la fiche
- La mise en avant de messages clés pour favoriser la répliquabilité
- La liste du type de partenaires impliqués
- Le rôle des éducateur·trice·s pair·e·s
- La place des femmes (praticiennes RdR ou usagères de drogues)

Pour le contenu correspondant à l'étape 7 : liste des documents de références, une seule fiche support rassemble toute la documentation collectée, elle a été intégrée au Groupe 5 « Thèmes généraux et/ou transversaux ».

Pour les contenus des étapes 8 (Outils) et 9 (Moyens humains et financiers), une fiche support dédiée a été élaborée pour chaque Groupe de travail :

- Groupe 1 : Approche dédiée (CASA)
- Groupe 2 : Approche Intégrée (ASAPSU)
- Groupe 3 : Outreach
- Groupe 4 : Plaidoyer (les rubriques outils et moyens sont intégrées au livret)

Pour le groupe 5 : thèmes généraux et/ou transversaux, chaque fiche comporte une rubrique outils et une rubrique moyens.

## 5. Sommaire de la Boîte à Outils

Groupe 1	Approche dédiée (CASA)
Fiche 1	Comment fonctionne la prise en charge holistique au sein d'un CASA ?
Fiche 2	Comment choisir la localisation et organiser l'aménagement d'un CASA ?
Fiche 3	Comment structurer l'organisation des ressources humaines d'un CASA ?
Fiche 4	Qu'est-ce que l'approche à « bas seuil » au sein d'un CASA ?
Fiche 5	Comment fonctionne la prise en charge sociale au sein d'un CASA ?
Fiche 6	Comment fonctionne la prise en charge psychologique au sein d'un CASA ?
Fiche 7	Comment fonctionne la prise en charge juridique au sein d'un CASA ?
Fiche 8	Quel rôle joue les activités collectives au sein d'un CASA ?
Fiche support	Outils et moyens

<b>Groupe 2</b>	<b>Approche intégrée (ASAPSU)</b>
Fiche 1	Comment développer la prise en charge des PUD en circuit intégré dans un centre de santé ?
Fiche 2	Comment renforcer le volet communautaire de l'approche réduction des risques dans un centre de santé ?
Fiche 3	Comment développer la recherche et la mobilisation de répondant familial dans le cadre de l'approche intégrée ?
Fiche support	Outils et moyens
<b>Groupe 3</b>	<b>Outreach</b>
Fiche 1	Comment fonctionne l'accompagnement médico-communautaire ?
Fiche 2	En quoi consiste l'approche communautaire au sein des lieux de consommation de drogues ?
Fiche 3	Comment identifier et accompagner les éducateur·trice·s pair·e·s ?
Fiche 4	Comment déployer les maraudes et les sorties soins et dépistages ?
Fiche support	Outils et moyens
<b>Groupe 4</b>	<b>Plaidoyer</b>
Fiche 0 (Introductive)	Quels sont les fondements du plaidoyer pour la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?
Fiche 1	Comment se construit le plaidoyer pour la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?
Fiche 2	Comment poser les fondements d'un plaidoyer en Réduction des Risques à base communautaire ?
Fiche 3	A quoi sert le plaidoyer régional et international ?
Fiche support	Outils et moyens
<b>Groupe 5</b>	<b>Thèmes généraux et/ou transversaux</b>
Fiche 1	Comment choisir ses partenaires de mise en œuvre dans le cadre d'un projet de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?
Fiche 2	Comment accompagner les partenaires de mise en œuvre d'un projet de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?
Fiche 3	Comment faciliter l'accès des personnes usagères de drogues aux structures de santé ?
Fiche 4	Quels partenaires de santé choisir et fédérer pour la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?
Fiche 5	Qu'appelle-t-on la « clarification des valeurs » et quel rôle joue-t-elle dans la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?
Fiche 6	A quoi servent les études bio-comportementales ?
Fiche 7	Comment convaincre les bailleurs de fonds de financer des programmes en Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?
Fiche 8	Quels enseignements pratiques retirer de la crise COVID-19 ?
Fiche 9	Comment développer le partenariat avec les associations communautaires et identitaires ?
Fiche support	Documents de référence

## Annexe : Liste des acteurs et contributeurs clés

### Les comités de suivi et de pilotage

#### Le Comité de suivi

Le « comité de suivi » a eu en charge d'animer le processus de capitalisation. Ses rôles et responsabilités étaient de coordonner les différents acteurs et parties prenantes, insuffler une dynamique interne autour du projet de capitalisation, organiser le processus « au quotidien » et assurer la mise en œuvre des différentes activités prévues. Les membres du comité de suivi étaient :

- Le coordinateur du programme Réduction des Risques (RdR) de Médecins du Monde (MdM) en Côte d'Ivoire (Coordinateur et point focal du Comité de suivi)
- La référente MdM des centres de prise en charge
- Le coordonnateur Espace Confiance du CASA (Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie)
- Le directeur technique de l'association ASAPSU (Association de Soutien à l'Autopromotion Sanitaire Urbaine)
- Le responsable des activités terrain de MdM
- La coordinatrice médicale de MdM

#### Le Comité de pilotage

Le « comité de pilotage » a assuré la gouvernance du processus de capitalisation. Ses rôles et responsabilités étaient de valider les étapes clés (objectifs de l'étude, TdR, choix de la consultance, commentaire et validation du rapport final, etc.) ainsi que de porter les apprentissages en interne (porter et diffuser des produits de l'étude, s'assurer de la mise en œuvre des recommandations, etc.).

Les membres du comité de pilotage sont :

- La coordinatrice générale MdM Côte d'Ivoire
- Le directeur de l'ONG Espace Confiance
- Le directeur technique de l'ONG ASAPSU
- Le conseiller évaluation et capitalisation de MdM
- La responsable mission MdM du projet RdR Côte d'Ivoire
- La responsable de desk MdM Côte d'Ivoire
- Le référent réduction des risques MdM siège
- Le coordinateur du programme RdR Côte d'Ivoire

#### Les Acteurs associés au projet

Un grand nombre de personnes a été associé au processus de capitalisation, certains y ont porté des responsabilités comme l'organisation de certaines réunions, d'autres ont été consultés pour contribuer et alimenter le processus :

- Le coordinateur programme RdR de MdM
- La référente des centres de prise en charge MdM
- Le responsable terrain de MdM
- La coordinatrice médicale de MdM
- Le référent médical MdM
- Le coordonnateur technique de l'association ASAPSU
- Le coordonnateur Espace Confiance du CASA
- Les bénéficiaires du CASA et des maraudes
- Le directeur du Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme et les autres Addictions (PNLTA)
- Le directeur de l'Institut National de Santé Publique
- Le directeur de l'association Espace Confiance

### Les personnes rencontrées lors de la visite terrain

#### Entretiens avec les équipes de MdM

- Dr BEAUX Stéphanie, Coordinatrice générale
- BOULET Renaud, Coordinateur Programme RdR
- Dr N'ZI, Lucien Coordinateur PARECO, puis Coordinateur Programme RdR
- TOHA Marie-Julie, Référente des Centres de Prise en Charge
- GNENAOLE Matthieu, Responsable des activités terrain
- KONE Hamidou, Référent médical
- KOUAME Roger, Infirmier superviseur
- KOUADJO Denise, Superviseur Activités communautaires
- DIE Sandrine, Médiatrice communautaire
- BRAHIM Khalil, Médiateur communautaire
- GANDEMA Bassirou, Éducateur Pair (EP) superviseur TB, rencontre au CAT d'Adjamé
- N'GUESSAN SERY Samuel, Éducateur Pair Plaidoyer Judiciaire
- N'DRI Arsène, Responsable Plaidoyer MdM
- AKA Erica, Chargée d'appui à la dynamique Communautaire

### Entretiens avec la Direction d'ASAPSU

- LATH KOKC Claudine, Directrice
- Docteur FE, Coordonnateur Technique

### Entretiens avec les équipes du CASA

- Dr ZAHOU, Médecin coordonnateur du centre communautaire CASA
- DOSSO Abraham, Chargé de Suivi et Évaluation
- KOUYATE CHEICK Ahmed, Gestionnaire de base de données
- ATSE AKAFFOU Ebénézaire, Infirmier
- VANIE Michèle, Assistante sociale
- KANGAH BROU Bernard, Préparateur Gestionnaire en pharmacie
- KISSI Raphael Ernest, Psychologue vacataire
- KAOUKAU Aya Prisila, Chargée de plaidoyer d'Espace Confiance présente 2 jours par semaine au CASA pour l'assistance juridique et judiciaire
- KOUAKOU AMENAN Florence, Chargé d'accueil et de la caisse
- COULIBALY Awa, Comptable
- OUANDA LOKPO Désiré Serge, Chargé du Référencement et Sortie Soins, actuellement également Responsable des activités communautaires par intérim
- ENOU Stanislas, Éducateur Pair
- BAKAYOKO ISSIAKA Ben, Éducateur Pair

### Entretiens avec les autorités nationales et les partenaires

- Directeur et adjoints du Programme National de Lutte contre les Addictions et les Drogues (PNLTA)
- Présidente et Vices-Président.e.s du Country Coordination Mechanism (CCM)
- Directeur du Centre Anti-Tuberculose (CAT) d'Adjame
- Directeur et équipe du PNLT (situé dans l'enceinte du CAT d'Adjame)
- Directeur adjoint et équipe PNLS
- Directeur de l'Institut National de Santé Publique (INSP) et Médecin Psychiatre du centre d'Hygiène mentale et d'addictologie

### Visites terrain

- Visite du Centre de santé intégré d'ASAPSU dans le district d'Abobo
- Visite du Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie (CASA) d'Espace Confiance

- Participation à une maraude Tuberculose (TB)
- Visite du Centre d'accueil de Sœur Emmanuelle et entretien avec Fatima, jeune mère ancienne PUD, accueillie chez Sœur Emmanuelle avec son fils
- Visite des locaux de l'INSP pressentis pour la Traitement de Substitution aux Opiacés
- Visite du CAT d'Adjame, entretien avec Alassane, PUD sous traitement Tuberculose (TB), rencontre au Centre Anti-Tuberculose (CAT) d'Adjame

### Les contributeurs directs aux travaux de groupes et à la collecte à distance

#### En appui transversal :

- Dr N'ZI Lucien, Coordinateur Programme RdR MdM à partir de février 2020
- TOHA Marie-Julie, Référente des Centres de Prise en Charge MdM
- Dr DIOMANDE Masséni, Coordinatrice Médicale MdM
- Dr KONE Hamidou, Référent Médical RdR MdM
- N'DA Hervé, Chargé de suivi-évaluation et reporting MdM

#### En appui au Groupe 1 : Approche dédiée, Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie (CASA)

- Dr N'ZI Lucien, Coordinateur programme RdR de MdM
- TOHA Marie-Julie, Référente des centres de prise en charge MdM
- Dr KONE Hamidou, Référent médical MdM
- KOFFI Valérie (Responsable Administrative et financière) MdM
- Dr ANOMA Camille, Directeur de l'ONG Espace Confiance
- Dr ZAHOU Feriole, Coordonnateur du CASA, Espace Confiance
- Dr BAH I Brunelle, Médecin au CASA, Espace Confiance
- KISSI Raphael, Psychologue du CASA, Espace Confiance
- VANIE Michèle, Assistante sociale du CASA, Espace Confiance
- KOUAKOU Aya Prisila, Juriste du CASA, Espace Confiance
- DOSSO Abraham, Chargé de Suivi-Évaluation du CASA, Espace Confiance

## En appui au Groupe 2 : Approche intégrée, l'accueil des personnes usagères de drogues dans des centres de santé communautaire (ASAPSU)

- TOHA Marie-Julie, Référente des centres de prise en charge MdM
- Dr KONE Hamidou, Référent médical RdR MdM
- KOUAME Roger, Infirmier superviseur RdR MdM
- Dr FE Gondo Salvador, Coordinateur technique de l'ONG ASAPSU
- HIE Matthieu, Responsable des activités terrain MdM
- N'DOUA Claudine, Assistante sociale ASAPSU

## En appui au Groupe 3 : Outreach, activités communautaires et terrain

- HIE Mathieu, Responsable des activités terrain MdM
- KOUADJO Denise, Superviseuse des activités communautaires MdM
- AKA Erica, Chargée d'appui à la dynamique Communautaire MdM
- ASSOUMOU Antoine, Assistant chargé suivi-évaluation et reporting MdM
- SORO Marcelin, Administrateur MdM
- BRAHIM Khalil, Superviseur des médiateurs communautaires MdM
- DIE Sandrine, Médiatrice communautaire MdM

- AMESSAN Jean-Claude., Médiateur communautaire MdM
- AFFOIGNON Boris, Médiateur communautaire MdM
- GANDEMA Bassirou, Éducateur Pair superviseur TB, MdM

## En appui au Groupe 4 : Plaidoyer RdR

- Dr N'Zi Lucien, Coordinateur projet RdR MdM
- Dr ADJAH Lise Hélène, Responsable de Mission projet RdR MdM
- N'DRI Arsène, Responsable Plaidoyer MdM
- BRAHIM Khalil, Superviseur des médiateurs communautaires MdM
- ATTA Jean, Stagiaire chargé des activités droites humains MdM
- N'GUESSAN SERY Samuel, Éducateur Pair, chargé du Plaidoyer Judiciaire, MdM

## En appui au Groupe 5 : Approche générale et/ou transversale

- Dr N'Zi Lucien, Coordinateur projet RdR MdM
- HIE Mathieu, Responsable des activités terrain MdM
- TOHA Marie-Julie, Référente des Centres de Prise en Charge MdM
- AKA Erica, Chargée d'appui à la dynamique Communautaire MdM

Cette capitalisation a été conduite par Marion Junca, de l'association LED Expertise (aujourd'hui PLUS 10 Expertises), appuyée par Aurélie Rabet pour une partie de la collecte de données.

## COMITÉ DE PILOTAGE



**Marie-Julie Marche-Toha**, Référente prise en charge CASA (mission MdM RCI)

**Lucien N'zi**, Coordinateur Programme RdR-PUD (mission MdM RCI)

**Stéphanie Baux**, Coordinatrice Générale (mission MdM RCI)

**Lise-Hélène Pourteau-Adjahi**, Responsable Mission RdR-PUD (mission MdM RCI)

**Julien Chauveau**, Référent Capitalisation et Evaluation (siège MdM)

**Anne Cheyron**, Responsable de Desk (siège MdM)





# Approche dédiée

Centre d'Accompagnement  
et de Soins en Addictologie (CASA)

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم  
LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΪ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DÖKTERS  
VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団  
ÄRZTE DER WELT दुनियाकेडॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOC



# Sommaire

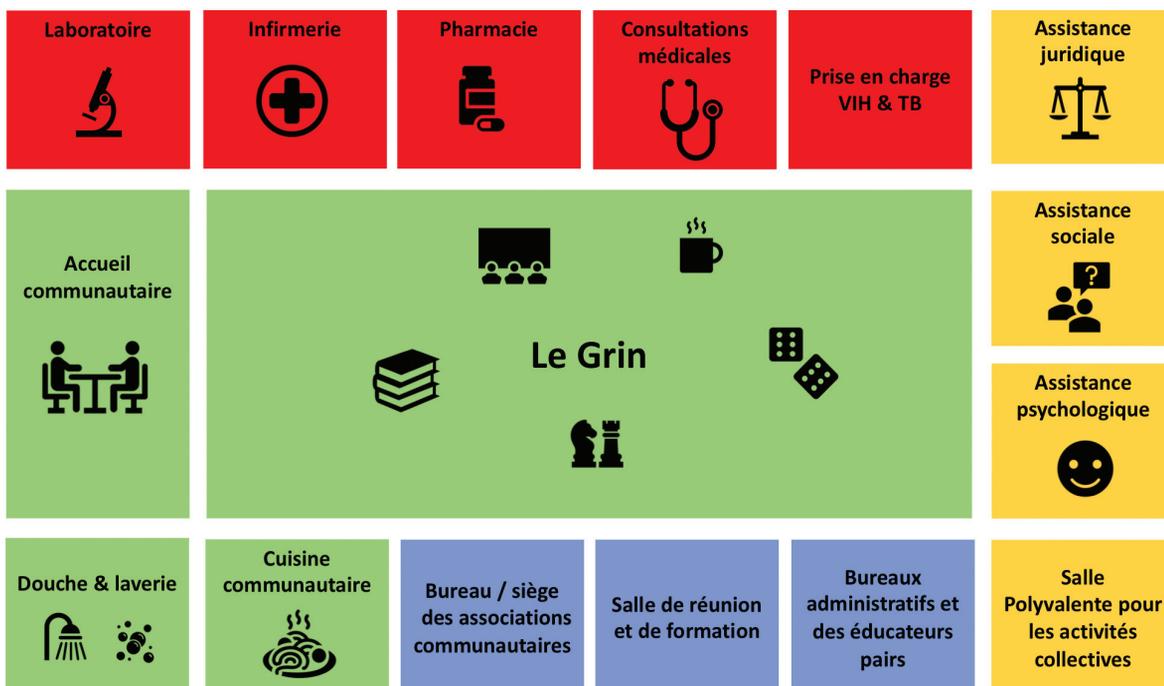
<b>Fiche pratique #1</b>	<b>3</b>
Comment fonctionne la prise en charge holistique au sein d'un CASA ?	
<b>Fiche pratique #2</b>	<b>7</b>
Comment choisir la localisation et organiser l'aménagement d'un CASA ?	
<b>Fiche pratique #3</b>	<b>10</b>
Comment structurer l'organisation des ressources humaines d'un CASA ? L'exemple du CASA d'Abidjan	
<b>Fiche pratique #4</b>	<b>13</b>
Qu'est-ce que l'approche à « bas seuil » au sein d'un CASA ?	
<b>Fiche pratique #5</b>	<b>15</b>
Comment fonctionne la prise en charge sociale au sein d'un CASA ?	
<b>Fiche pratique #6</b>	<b>17</b>
Comment fonctionne la prise en charge psychologique au sein d'un CASA ?	
<b>Fiche pratique #7</b>	<b>19</b>
Comment fonctionne la prise en charge juridique au sein d'un CASA ?	
<b>Fiche pratique #8</b>	<b>21</b>
Quels rôles jouent les activités collectives au sein d'un CASA ?	
<b>Fiche support CASA</b>	<b>24</b>
Outils et moyens mis en œuvre	

# Fiche pratique #1

## Comment fonctionne la prise en charge holistique au sein d'un CASA ?

Dans un **Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie (CASA)**, ce qui définit la **prise en charge holistique (PEC)**, c'est la complémentarité et la cohésion des équipes médicales, psychosociales et communautaires. Il n'y a pas un service plus important qu'un autre. La porte d'entrée des Personnes Usagères de Drogues (PUD) n'est pas forcément celle des services médicaux. **La consultation<sup>1</sup> médicale est un choix, pas une obligation.** Les PUD ont la possibilité d'utiliser uniquement le service social, les services d'hygiène (la douche et la laverie) ou la cuisine. Ils n'ont par ailleurs **pas d'obligation de dépistage** du VIH lors de leur première consultation même s'il est fortement recommandé. Les offres dites « bas seuil » ([voir fiche dédiée](#)) **ne requièrent que très peu de formalités administratives.** Confidentielles et anonymes, ces démarches allégées garantissent une grande rapidité dans la fourniture des services. Le CASA est ouvert aussi bien aux PUD consommatrices qu'à celles et ceux qui ne consomment plus. Les services proposés au CASA sont **tous gratuits**, y compris les médicaments.

### Les différents services d'un CASA



Un CASA est conçu de manière à ce que les PUD puissent trouver l'ensemble des services dont ils ont besoin. **Un code couleur**, attribué à l'accueil, facilite la fluidité et le circuit des bénéficiaires dans le CASA :

- A son arrivée, la PUD reçoit un carton de couleur différente en fonction du département dans lequel se trouve le service qu'il-elle consulte (par exemple, un carton rouge pour les services médicaux, un carton jaune pour les services sociaux, un carton vert pour le service juridique, etc.)
- Les PUD attendent tou-te-s dans la cour extérieure appelé le Grin<sup>2</sup>. Le Grin représente le cœur du CASA. C'est depuis cette cour que les PUD ont accès à tous les services.
- L'accès aux locaux administratifs (bureaux, salle de réunion) et au laboratoire est préservé et la salle polyvalente n'est accessible que lors d'animations de groupe encadrées par des professionnel-le-s du centre.

1. Mais dans les faits, cet acte est accepté par 95 % des PUD après le counseling ([voir fiche PEC psychologique](#)).

2. Nom donné au lieu où on se rassemble pour échanger autour d'un thé ou d'un café. Lieu choisi au CASA pour faire les sensibilisations à thème.



## MESSAGES CLÉS



### 1. Respecter les prérequis à la mise en place d'un CASA

- Développer une connaissance sociologique et épidémiologique robuste de la population usagère de drogues (par l'intermédiaire de missions exploratoires et d'études biocomportementales<sup>3</sup>)
- Établir un lien de confiance avec les PUD via les activités d'aller vers (outreach)

### 2. Avancer par étape

- Ne pas tout vouloir faire dès le début (en effet, si un CASA propose tous les services dès le début, un risque de surconsommation des services médicaux peut exister<sup>4</sup>)
- Initier dès le départ les services bas seuil et la convivialité, le travail social, les soins infirmiers ou les soins de santé primaire (le juridique et le volet insertion peuvent être développés dans un second temps)
- Répondre en priorité aux problèmes d'urgence et ceux de santé plus chroniques, puis proposer d'autres services non-médicaux
- Définir les interventions en fonction des besoins et des moyens à disposition et ajuster au fil de l'eau

### 3. Cultiver la redevabilité

- Accueillir et impliquer les associations communautaires et/ou bénéficiaires
- Créer un *Comité de Vie* pour gérer la vie et la participation quotidiennes des PUD au CASA
- Développer des mécanismes fonctionnels de suggestions et de remontée des plaintes

3. IBBS Integrated Biological Behaviours Study (2014)

4. Les PUD peuvent penser au début qu'ils sont « obligés » de consulter un médecin pour pouvoir bénéficier des autres services bas seuil. Certain-e-s se sentent contraints de dire qu'ils vont arrêter de consommer pour venir au CASA.



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Les partenaires de mise en œuvre
- Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
- Les autorités de tutelle (Programme National de Lutte contre le Tabac et l'Alcool, District sanitaire, etc.)
- Les associations communautaires, identitaires et les PUD
- Les bailleurs de fonds
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

La prise en charge holistique repose avant tout sur la collaboration entre les équipes médicales/paramédicales et les éducateur·trice·s pair·e·s (EP). Les EP assurent le lien entre les soigné·e·s et les soignant·e·s : accompagnement des référencement, de l'accès au traitement et de l'observance. Les EP sont formé·e·s sur les signes cliniques de base ; et inversement, les EP forment l'équipe médicale aux approches communautaires. Les EP permettent également l'accès aux fumoirs et sont une source d'information précieuse pour les équipes médicales et paramédicales. Ils sont disponibles 24h/24 pour l'accompagnement et des référencement médicaux ([voir fiche relative à l'accompagnement médico-communautaire dans la partie Outreach](#)).



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

La surreprésentation des hommes dans la population usagère de drogues ne doit pas faire oublier les femmes usagères. Elles sont moins nombreuses, mais plus vulnérables. Les femmes accèdent moins facilement au CASA (dans la structure existante à Abidjan, environ 8% des dossiers ouverts concernent des femmes). Le CASA doit être perçu comme un environnement protecteur où elles doivent être prioritaires.

Il est donc nécessaire de :

- Développer des activités d'aller vers (outreach) spécifiques pour les femmes (maraudes et groupes d'auto-support)
- Réserver des espaces et des activités leur étant dédiés au sein de la structure, notamment en séparant le bas seuil des femmes de celui des hommes
- Offrir des services spécifiques aux femmes (des services en droits et santé sexuels et reproductifs tels que la planification familiale, le dépistage du cancer du col de l'utérus, le suivi/référencement pour les grossesses, etc.).
- Faire particulièrement attention à la stigmatisation des femmes au sein du CASA.

**À noter :** le démarrage des activités d'insertion pour les femmes (en août 2020) a entraîné un fort pic de fréquentation des femmes au CASA d'Abidjan pour les services médicaux et sociaux.



## POUR ALLER PLUS LOIN... TÉMOIGNAGES

### Témoignage d'éducateur pair :

« J'ai commencé par être accueilli d'abord par d'autres pairs, ça m'a rassuré tout de suite. J'ai compris que j'étais dans une structure où je ne serai pas stigmatisé. [...] Maintenant je fais de la sensibilisation sur le VIH, la tuberculose et les hépatites. [...] Depuis que je suis là, j'ai énormément réduit ma consommation. Avant je consommait en moyenne 10 mèches d'héroïne par jour et 3 à 4 pipes de crack par jour. Aujourd'hui je suis à 5% de ma consommation. Je passe beaucoup de temps au CASA, je n'ai plus la tête à ça. Consommer, c'est aussi une façon de s'occuper l'esprit. [...] Ce qui m'a fait entrer dans la consommation, c'est mon divorce : j'étais abattu, je n'ai pas eu de soutien autour de moi. Je suis allé dans un fumoir, j'ai goûté à l'héroïne. Je me sentais bien. Mais près d'une semaine après, quand j'ai voulu arrêter et commencer une autre vie, le syndrome de manque à commencer à m'envahir. Le cycle infernal commençait. Il s'est arrêté au CASA. »

### Témoignage d'une personne usagère de drogues :

« Les gens ici sont accueillants, on nous considère comme des hommes, alors qu'en temps normal on nous considère comme des drogués. Dehors, les gens nous agressent, mais on n'a pas de force pour se défendre, on est malade. Quand on passe dans la rue, les gens nous frappent, ils pensent qu'on est des criminels, des agresseurs, qu'on tue. Nous aussi on est des humains. On doit nous considérer comme des hommes, pas comme des animaux. C'est à cause de ça que je suis venu ici, on m'a bien accueilli. Je me réveille la nuit. Mon corps me fait mal. Je viens chaque semaine me contrôler. Ici on peut se reposer, manger, avoir des vêtements. On nous aide à faire nos papiers, à trouver un travail. J'ai envie de changer ma vie. J'ai 3 enfants mais à cause de la drogue j'ai honte d'aller les voir. »

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la Réduction des Risques

« Quand j'ai débuté ici, j'avais peur. J'avais peur d'approcher les usagers de drogues, car ce sont des personnes que je n'arrivais pas à côtoyer. Je n'avais pas encore fait la clarification des valeurs (voir fiche dédiée) qui m'a ouvert les yeux. J'ai un amour très grand pour eux. Quand on me dit qu'une personne est « droguée » je dis que non, on ne dit pas « drogué », c'est juste une personne qui a des problèmes avec la consommation. Ne les voyez pas comme des gens violents, méchants. Je parle de mon travail à mon entourage, à mes amis, à ma famille. J'aime ce travail, j'adore les aider et les écouter. Ce sont des personnes qui réfléchissent comme nous. Il y a des personnes qui ont un master en informatique, d'autres sont vraiment très intelligents. Je suis accro ! »

### Témoignage d'une personne usagère de drogues :

« Je consomme de l'herbe, de l'héroïne depuis 1986. J'étais un accro. On voit les cicatrices sur mes bras. J'ai diminué. Les gens que je vois ici, ça m'aide, surtout les jeunes qui se sont retrouvés aplatés. Je suis un vieux consommateur, c'est à moi de leur donner des conseils. Les jeunes ne me voient pas fumer, je n'ai pas envie de le faire devant eux, c'est la honte, ça me gêne beaucoup. C'est une des motivations pour arrêter avec ma santé, la plus grande motivation. »

# Fiche pratique #2

## Comment choisir la localisation et organiser l'aménagement d'un CASA ?

Pour choisir l'emplacement d'un Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie (CASA), il faut **trouver un juste équilibre entre différents paramètres**. Tout d'abord, il faut avoir en tête qu'un CASA n'est pas un centre de santé comme les autres. La dimension communautaire et la fonction d'accueil de jour y sont prépondérantes. La configuration des lieux va donc conditionner la qualité des conditions d'accueil et le parcours des personnes usagères de drogues (PUD). Ensuite la sensibilité légale, sociale et politique autour de la problématique de l'usage de drogues doit aussi être prise en considération. A ce titre, l'emplacement (notamment mode d'accès et voisinage immédiat) sont des critères primordiaux à observer lors du choix des locaux. Enfin l'opportunité d'intégrer ou non un CASA dans une structure publique de santé préexistante doit être questionnée.



### MESSAGES CLÉS

#### 1. Bien choisir l'emplacement du centre

- Privilégier l'accessibilité géographique pour les PUD : proximité d'un axe routier ou des transports en commun
- Choisir un lieu d'implantation pas trop éloigné des sites de consommation
- S'implanter dans un lieu en retrait du voisinage immédiat
- Favoriser un lieu dans lequel l'association porteuse est déjà implantée ou dans lequel des activités d'aller vers /outreach (interventions dans les lieux de consommation) sont déjà en cours
- Ne pas hésiter à demander un appui aux autorités de tutelle pour trouver un local, ces dernières peuvent trouver des solutions et mettre à disposition des bâtiments<sup>5</sup>
- Bien anticiper la question du loyer et la pérennité de l'emplacement si le CASA n'est pas implanté dans un bâtiment public
- Planifier et budgétiser d'importants investissements au départ pour aménager et équiper l'espace<sup>6</sup>

#### 2. Anonymiser l'accès du centre

- Pour garantir une bonne acceptabilité de l'environnement immédiat et éviter tout litige avec le voisinage l'accès doit être banalisé
- Responsabiliser les PUD pour proscrire les rassemblements aux abords du centre afin de ne pas fragiliser l'implantation
- Ne procéder à aucune publicité sur l'ouverture d'un CASA, favoriser le bouche-à-oreille au sein des communautés

#### 3. Garantir la confidentialité des personnes usagères (voir fiche dédiée)

- Les bénéficiaires transmettent le nom qu'il-elle-s souhaitent, aucune carte d'identité n'est exigée. Il leur est juste demandé de connaître le code unique (numéro d'identification) qui leur est attribué
- Rappeler et faire respecter le fait que tout le personnel du CASA est tenu au secret professionnel

5. Si le CASA se trouve attachant à un hôpital, il est important de veiller à préserver sa dimension et sa fonction d'accueil communautaire (le Bas seuil représente 30 % des visites mensuelles). Au sein d'un hôpital, le risque peut être que le médical prenne le pas sur toutes les autres prises en charge et atténue les effets positifs de la PEC holistique (voir fiche dédiée).

6. Un CASA possède un aménagement unique et peu conventionnel qui demande une réflexion en amont sur la disposition des salles et leur agencement afin de faciliter le circuit patient et l'accès efficient à l'ensemble des services proposés.



#### 4. Établir des règles de sécurité claires et lisibles basées sur la responsabilisation des usager·e·s

- Élaborer un règlement intérieur, avec des représentant·e·s des PUD, qui établit clairement ce qui est accepté et interdit, notamment par rapport à la possession et à la consommation de drogues (interdiction d'avoir du matériel de consommation sur soi et interdiction de consommer au sein du CASA, etc.)
- Responsabiliser dès le début les PUD afin qu'elles prennent activement part au respect des règles de sécurité par leurs pair·e·s (autorégulation)

#### 5. Anticiper la fréquentation

- Calibrer la potentielle fréquentation afin d'adapter les locaux et d'estimer le besoin d'espace (éviter de se retrouver avec un centre trop petit qui ne pourrait pas absorber tout le flux).
- Garder en tête que la fréquentation n'est pas figée et évolue dans le temps.



### QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Le partenaire de mise en œuvre
- Le programme national de tutelle
- Le district sanitaire
- Les autorités locales
- Les bailleurs de fonds
- Le éducateur·trice·s pair·e·s



### QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S

Les éducateur·trice·s pair·e·s jouent un rôle important dans **la dynamisation de l'ergonomie d'un CASA** pour les PUD :

- Il·elle·s sont à l'origine de la mobilisation communautaire qui va permettre de faire connaître l'existence et les services proposés par le centre
- Il·elle·s ont la responsabilité de l'accueil communautaire au sein du centre, assurer l'orientation et la sensibilisation au Grin, veiller à la bonne utilisation du service d'hygiène et faire le lien entre les services.
- Il·elle·s jouent aussi un rôle de courroie de transmission de l'extérieur vers l'intérieur du CASA et de l'intérieur vers l'extérieur en assurant tout le suivi communautaire et en accompagnant les référencement médicaux (voir fiche sur l'accompagnement médico-communautaire dans la partie Outreach).



### QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

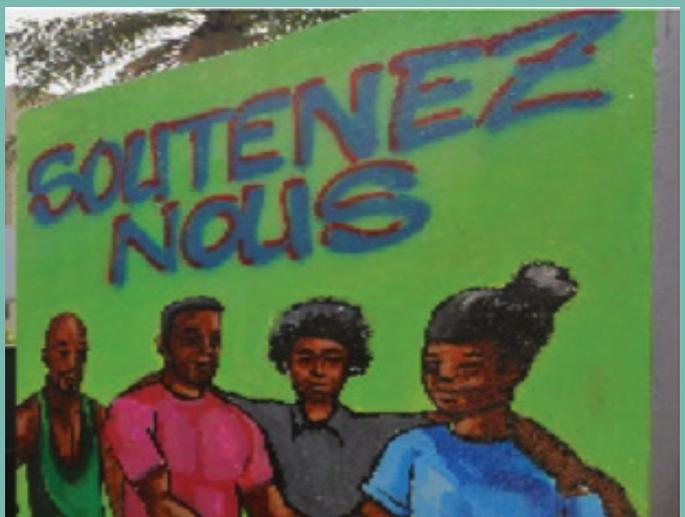
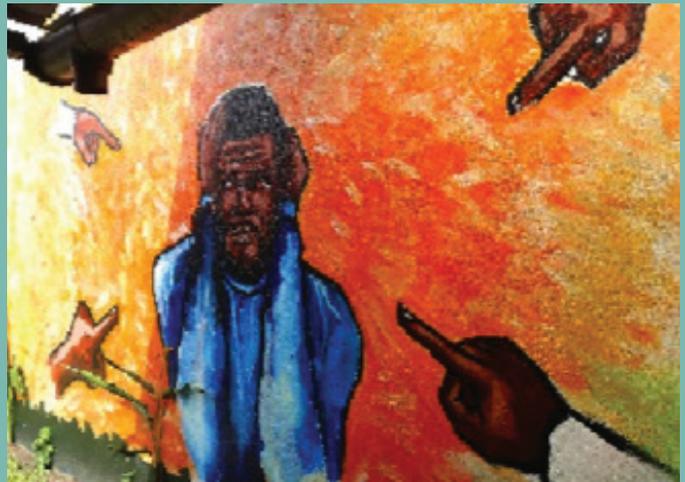
Au CASA, les femmes sont prioritaires pour l'accès à l'ensemble des services. Un lieu d'hygiène a été créé spécifiquement pour elles, isolé du reste de la cour. En dehors de cet espace, le CASA est un lieu mixte. Quand les femmes fréquentent le centre, elles sont accueillies au même titre que les hommes dans le Grin, et bénéficient au même titre qu'eux des séances de sensibilisation. Lors des journées qui leur sont spécialement dédiées, elles occupent une place privilégiée, mais les hommes sont également accueillis.

## LA FRESQUE MURALE DU CASA D'ABIDJAN

Au niveau de l'accueil du CASA d'Abidjan, les PUD ont réalisé une fresque murale avec des artistes peintres. Ils ont conçu les différents tableaux et les messages de sensibilisation.

### LE PARCOURS DE L'USAGER DE DROGUE AU CASA : de la criminalisation vers l'intégration

*Les images illustrent la chronologie de la perception qu'ils souhaitent donner à leur parcours : « de la criminalisation vers l'intégration ». La fresque symbolise leur passage entre le « monde de dehors » et le « monde de dedans ». L'idée derrière ce projet artistique est de laisser les PUD s'approprier les lieux en extériorisant leur ressenti.*



# FICHE PRATIQUE #3

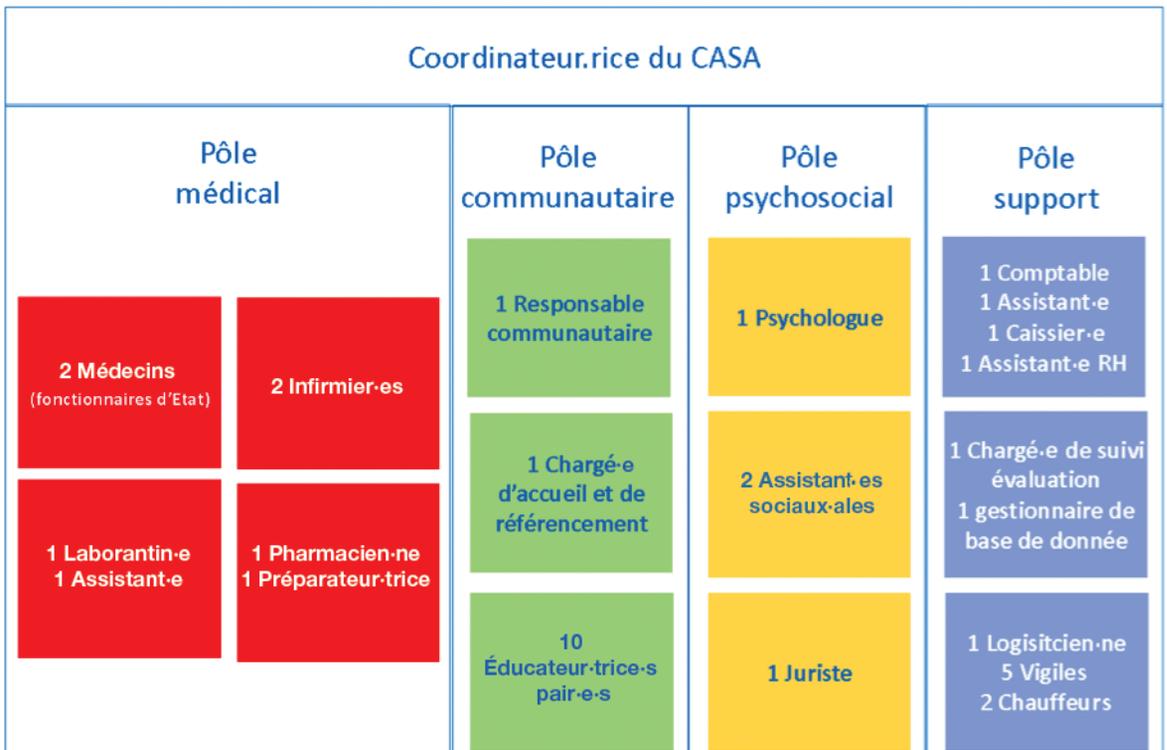
## Comment structurer l'organisation des ressources humaines d'un CASA ? L'exemple du CASA d'Abidjan

Pour remplir sa fonction holistique, un Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie (CASA) propose des services qui travaillent en complémentarité. Chaque pôle constitue la pièce d'un puzzle qui n'a de sens qu'en complémentarité avec les autres pôles. Pour garantir la circulation de l'information et la cohérence de l'approche, **la mise en place de mécanismes de coordination fluides est indispensable.** Dans ce cadre, différents niveaux de partage d'information et de coordination sont requis :

- Un briefing quotidien qui a pour objet le suivi médico-communautaire des patients et de donner les objectifs et activités quotidiens
- Une réunion d'équipe hebdomadaire qui consiste à partager l'information
- Une réunion de coordination mensuelle de pilotage de projet

Pour développer la prise en charge holistique des Personnes Usagères de Drogues (PUD), le CASA doit aussi avoir un organigramme cohérent et complet. Voici, à titre indicatif, la modélisation du CASA d'Abidjan : chaque fonction fait l'objet d'une fiche de poste dans laquelle la prise en charge holistique est intégrée et les temps de coordination anticipés. Les fiches de postes font partie de la liste des outils de la fiche Outils et Moyens de la partie CASA.

Modèle d'organigramme : le CASA d'Abidjan





## MESSAGES CLÉS

1. Recruter des profils déjà formés à la Réduction des Risques (RdR)
  - Favoriser **une pré-connaissance** par certains membres de l'équipe des populations usagères de drogues (grâce à la réalisation d'activités d'aller vers/outreach) et de la RdR
  - Valoriser les profils qui ont déjà une **expérience auprès des populations clés**
  - Veiller à garder une ouverture d'esprit au sein de l'équipe pour se former et progresser sur les thématiques relatives à la RdR
  
2. Veiller au renforcement de capacité de l'ensemble du personnel
  - Assurer **des formations RdR robustes** pour l'équipe du CASA
  - Créer des **synergies avec d'autres équipes travaillant sur des projets RdR existants pour favoriser les échanges de pratiques** (dans un cadre national ou international)
  - Proposer des **formations continues** via les Programmes Nationaux de Santé
  - Promouvoir l'accès à des formations à l'étranger (par exemple en addictologie)
  - Développer **des formations en « cascade »** basées sur les méthodes de formations de formateurs pour favoriser la diffusion à grande échelle
  - Réaliser des activités de coaching rapproché



### QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

Les autorités de tutelle du CASA et notamment :

- Le programme national de tutelle
- Le district sanitaire

Le partenaire de mise en œuvre en charge de la gestion du CASA

Les éducateur·trice·s pair·e·s



### QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Le responsable des activités communautaires gère les éducateur·trice·s pair·e·s (EP) avec l'aide du·de la responsable de l'accueil et du référencement. Les EP facilitent un grand nombre de services au CASA : l'accueil, le Grin (voir fiche service Bas Seuil), l'accompagnement des référencement (voir fiche accompagnement médico-communautaire), les activités d'aller vers/outreach (voir fiches dédiées), l'appui à l'infirmier·e pour les pansements, etc.



### QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

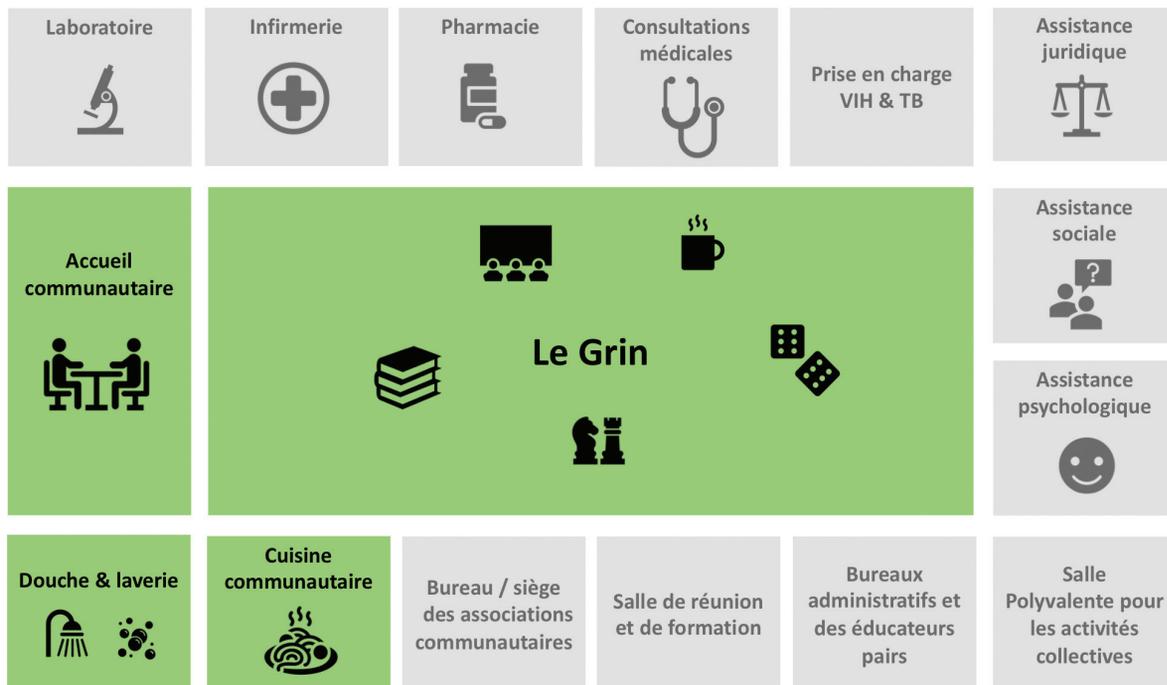
Le recrutement des ressources humaines au CASA est totalement paritaire dans l'ensemble des services. Pour les éducateur·trice·s pair·e·s, il est également important de veiller tant que possible à respecter cette parité.

# FICHE PRATIQUE #4

## Qu'est-ce que l'approche à « bas seuil » au sein d'un CASA ?

L'approche à « **bas seuil d'exigence** » définit la facilité d'accès à une institution et le niveau d'exigence bas auquel les Personnes Usagères de Drogues (PUD) doivent répondre afin de bénéficier des prestations du centre. Le « seuil bas » propose un accès à des services de base sans obligation d'ouvrir un dossier et prise en charge individuelle.

Elle consiste à accueillir les PUD « comme elles et ils sont »<sup>7</sup>, en éliminant au maximum les barrières à l'accès. « **Viens tel que tu es!** » pourrait en être le slogan.



Au Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie (CASA), les services de base (douche, laverie, cuisine, repos, jeux et loisirs, etc.) ont pour fonction de faire du centre un lieu d'accueil et de vie convivial et sécurisant, au sein duquel les PUD peuvent se poser et lâcher prise.

**L'hygiène** est un service essentiel pour les PUD car leur manque d'accès à l'hygiène constitue souvent une barrière à la fréquentation des structures de santé. Il alimente également les préjugés et la stigmatisation dont il-elle-s sont victimes. Faciliter cet accès est un premier pas important vers la réinsertion en retrouvant une dignité humaine.

**Le service de nutrition et d'alimentation**<sup>8</sup> est également essentiel pour les PUD car il-elle-s ont souvent un indice de masse corporel très faible. L'accès à une bonne alimentation est notamment fondamental pour l'observance aux traitements VIH, tuberculose et de substitution aux opiacés.

7. Dans le respect des règles de vie du centre.

8. « Au CASA, Les PUD peuvent amener de la nourriture et cuisiner sur place. Les éducateur-trice-s pair-e-s préparent aussi le café tous les matins. Des dons de pain sont faits régulièrement au centre et sont systématiquement partagés. Un repas communautaire est organisé pour chaque occasion » (visites officielles, journées internationales, fêtes nationales, etc.).



## MESSAGES CLÉS



### 1. Faire du CASA un lieu de ressourcement

- Séparer la vie au CASA de la vie à l'extérieur : « *Les histoires du ghetto ne rentrent pas au CASA!* »
- S'appuyer sur les mécanismes de participation, de responsabilisation et d'auto-régulation par les PUD au niveau de l'entretien du centre comme pour l'application du règlement intérieur

### 2. Créer des services à bas seuil adaptés aux besoins et aux contextes

- Ne pas se limiter dans la mise en place de ce type de services (en fonction de la configuration des locaux d'un CASA, on peut tout à fait envisager de développer un jardin, un potager, un poulailler, une salle de sports, une salle informatique, etc. L'important est que ces services répondent à un besoin et à un choix des PUD et qu'ils soient portés par elles et eux)
- Ne pas sous-estimer l'importance et le calibrage du service d'hygiène (qui représente 30 % de l'utilisation des services). Ainsi :
  - Prévoir plusieurs douches et un espace hommes-femmes séparé
  - Prévoir une banque de vêtements (notamment en mobilisant le système de dons)
  - Bien anticiper les dépenses de nourriture qui ne doivent pas nécessairement être quotidiennes.



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Le partenaire de mise en œuvre
- Les associations communautaires et identitaires
- Les bailleurs de fonds
- Les mécènes pour les dons de vêtements et de nourriture
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Les éducateur·trice·s pair·e·s assurent l'accueil communautaire. Ils font le café, gèrent l'organisation du Grin et sont les animateur·trice·s de la vie collective au sein du CASA.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Il est fondamental de créer un espace d'hygiène pour les femmes, séparé de celui des hommes. Les femmes ont tendance à peu utiliser les services bas seuil. Elles les utilisent uniquement si elles viennent à d'autres services ou activités. La mise en place de services spécifiques incitatifs (comme des services d'esthétique et de bien-être) peut permettre d'améliorer leur utilisation de l'ensemble des services du CASA.



# FICHE PRATIQUE #5

## Comment fonctionne la prise en charge sociale au sein d'un CASA ?

La prise en charge sociale a pour fonction d'accompagner **les Personnes Usagères de Drogues (PUD) dans leurs démarches en faveur de leur insertion sociale**. Un CASA offre des services de réinsertion sociale (consultation avec une assistance sociale, réhabilitation du lien familial, etc.) et économique (bourse de réinsertion). Cette offre est basée sur la volonté de la personne et sur sa demande. L'assistant·e social·e (AS) est la première figure professionnelle que rencontre une PUD lors de l'ouverture de son dossier patient à son arrivée au centre. Il·elle réalise une évaluation sociale et l'oriente en fonction de ses besoins. Il·elle a également pour fonction de réfléchir avec les PUD sur leur projet de réinsertion socio-professionnelle lors d'un accompagnement individuel. C'est le service le plus fréquenté de l'actuel CASA (entre 30 et 50 personnes par jour).

### LE RÔLE DE L'ASSISTANT·E SOCIAL·E AU CASA

- L'ouverture du dossier du patient avec une évaluation sociale comprenant toutes les informations est systématiquement ouvert pour toute nouvelle PUD du CASA (hors services bas seuil)
- L'orientation des PUD dans le centre, selon leurs besoins et leurs demandes
- L'affectation du code unique (numéro d'identification) et anonymisation dans le circuit
- Le dépistage VIH et le counseling
- L'évaluation nutritionnelle et la sensibilisation sur cette thématique
- L'obtention des papiers administratifs et des pièces d'identité
- La prise en charge sociale liée au sevrage
- L'accompagnement des cas de Violences Basées sur le Genre (VBG)
- La médiation familiale (visites à domicile)
- L'accès à la Couverture Maladie Universelle
- La participation aux Sorties Soins Dépistage<sup>9</sup>
- L'animation ou la participation aux activités collectives : « Family Lunch » ou « Groupe Femmes »
- La participation aux animations lors des journées internationales
- La contribution à la sensibilisation de masse
- La distribution des vêtements
- La protection de l'enfance
- L'accompagnement à la réinsertion socio-professionnelle



Les assistant·e·s sociaux·ales **animent des groupes collectifs (voir fiche dédiée)** et interviennent dans le groupe des femmes. Il·elle·s animent également le « Family lunch » qui a lieu un samedi par mois. Il permet de faire venir les familles au sein du CASA afin de les sensibiliser sur les addictions et a pour principal objectif le rapprochement familial.

Il·elle·s **développent l'opportunité de référencement social**. Il·elle·s sollicitent des partenariats pour obtenir des dons (livres, vêtements, nourriture, etc.) et anticipent les opportunités de référencement social notamment pour les femmes usagères enceintes ou avec enfant.

Il·elle·s pilotent la mise en place du volet **de réinsertion professionnelle**. Cette activité a pour objectif d'élargir la palette d'offres de services aux PUD (cours d'alphabétisation, groupes collectifs d'insertion, attributions de bourse, etc.) afin de renforcer leur autonomisation sociale et financière. Il·elle·s aident les PUD à formuler des objectifs personnels et professionnels afin d'élaborer des projets pour mener une activité génératrice de revenu.

9. L'assistante sociale participe aux Sorties Soins Dépistage et travaille ainsi directement dans les fumoirs. Cela permet de créer une plus forte relation de confiance avec les PUD et d'être davantage accessible.



## MESSAGES CLÉS



### 1. Positionner l'assistant-e social-e comme premier contact

- Anonymiser tout le dossier patient via la codification interne
- Orienter les PUD en fonction de leurs besoins
- Se rapprocher de la Stratégie Nationale de Lutte contre les Violences Basées sur le Genre si elle existe ou des acteurs internationaux en la matière

### 2. Développer un accueil sans condition

- Veiller à ce que les PUD comprennent que le CASA:
  - est ouvert aux anciens PUD comme aux consommateur·trice-s actif·ve-s
  - que leur retour en famille ne remet pas en cause leur accueil au CASA
  - est une opportunité pour mieux vivre sa consommation

### 3. Bien gérer son temps et l'octroi de ses moyens

- Recruter des assistant-e-s sociaux.ales diplômé-e-s et expérimenté-e-s avec une expérience auprès des populations clés ou une appétence pour la RdR
- Anticiper tous les frais inhérents à la fonction notamment ceux liés à la mobilité et à la communication
- Anticiper la charge de travail et le nombre de postes nécessaires
- Ce service est fondamental (surtout pour la recherche de répondant familial), recruter donc une équipe solide, qui soit bien managée, avec des tâches bien définies et planifiées afin d'éviter tout épuisement du personnel (le service social pourrait être dégagé des activités de dépistage VIH et nutritionnel par exemple)



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Le Ministère des Affaires Sociales et de la Famille
- Le Programme de Lutte contre le Tabac et l'Alcool
- Le partenaire de mise en œuvre
- Le réseau des travailleur·euse·s sociaux.ales de toutes structures sanitaires et sociales publiques
- Les partenaires pour les dons et les référencement sociaux : mécènes, organisations confessionnelles, autres ONG locales
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Les EP facilitent le travail des assistant·e·s sociaux.ales avec les PUD. Il·elle·s les soutiennent dans les démarches de recherche et de réintégration familiale. Il·elle·s assistent également les AS pour les démarches de dépistage VIH et dans l'accompagnement des parcours individuels de réinsertion.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

La plupart des femmes usagères de drogues se trouvent en situation de très grande précarité sanitaire et sociale et nécessitent une prise en charge et un suivi appuyé de la part de l'assistant·e social·e, notamment en cas de grossesse et/ou de maternité.

Des événements spécifiquement dédiés aux femmes sont régulièrement organisés au CASA avec un fort portage par l'assistant·e social·e : la fête des mères, la journée des femmes, octobre rose, etc.

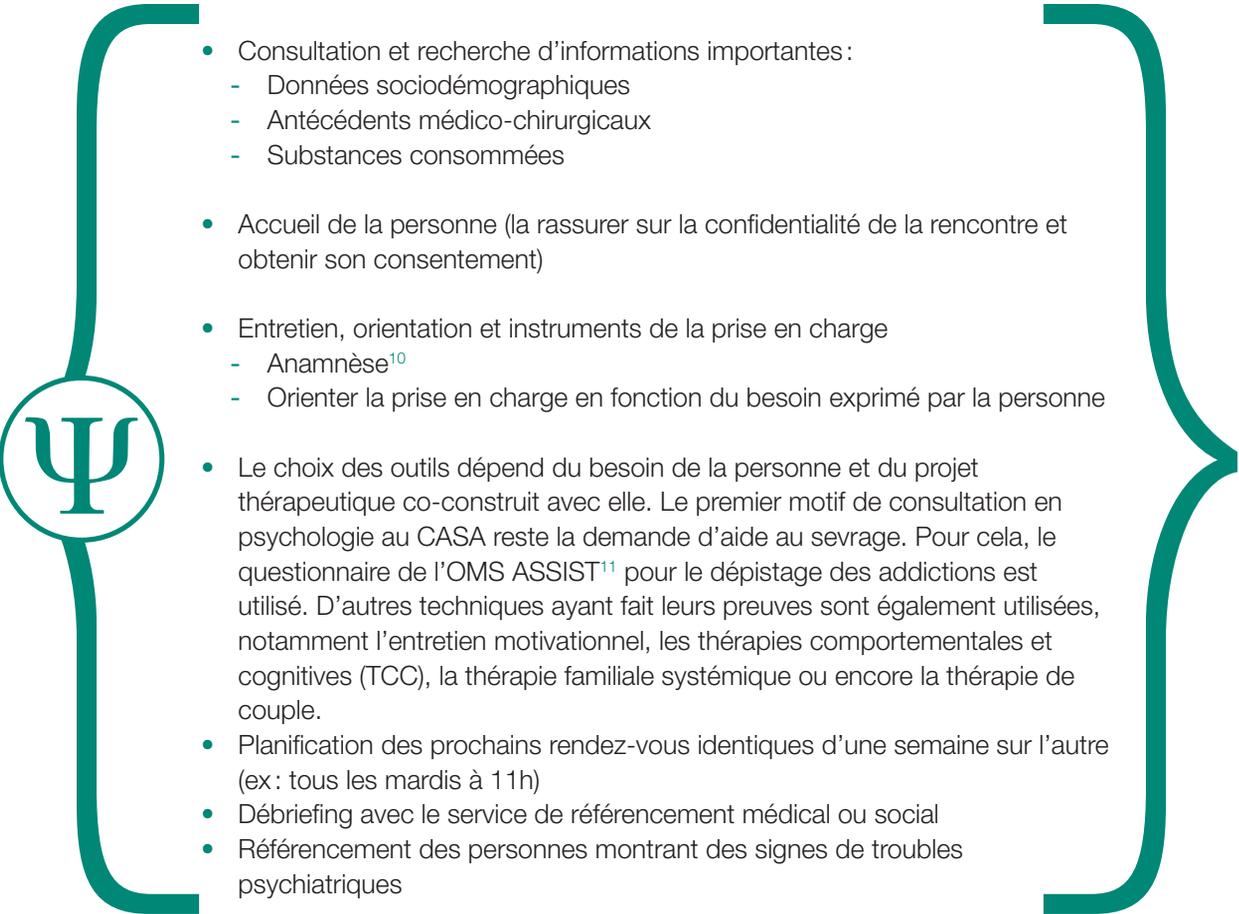
Un groupe d'activités collectives réservé aux femmes est mis en place et connaît une très forte demande.

# FICHE PRATIQUE #6

## Comment fonctionne la prise en charge psychologique au sein d'un CASA ?

Le Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie (CASA) propose un service de prise en charge et **d'accompagnement psychologique aux personnes usagères de drogues (PUD) qui expriment le besoin**. L'objectif de ce service est **d'aider les personnes à trouver les moyens de soulager leur souffrance psychologique**. Le/la psychologue peut également accompagner les personnes dans leurs démarches de gestion de leurs consommations ou de sevrage en utilisant différents supports parmi lesquels le travail pluridisciplinaire, l'accompagnement individuel et l'animation du groupe d'auto-support « gestion de la consommation ». La prise en charge psychologique se décline en plusieurs étapes.

### Les étapes de la PEC psychologique au CASA

- 
- Consultation et recherche d'informations importantes :
    - Données sociodémographiques
    - Antécédents médico-chirurgicaux
    - Substances consommées
  - Accueil de la personne (la rassurer sur la confidentialité de la rencontre et obtenir son consentement)
  - Entretien, orientation et instruments de la prise en charge
    - Anamnèse<sup>10</sup>
    - Orienter la prise en charge en fonction du besoin exprimé par la personne
  - Le choix des outils dépend du besoin de la personne et du projet thérapeutique co-construit avec elle. Le premier motif de consultation en psychologie au CASA reste la demande d'aide au sevrage. Pour cela, le questionnaire de l'OMS ASSIST<sup>11</sup> pour le dépistage des addictions est utilisé. D'autres techniques ayant fait leurs preuves sont également utilisées, notamment l'entretien motivationnel, les thérapies comportementales et cognitives (TCC), la thérapie familiale systémique ou encore la thérapie de couple.
  - Planification des prochains rendez-vous identiques d'une semaine sur l'autre (ex : tous les mardis à 11h)
  - Débriefing avec le service de référencement médical ou social
  - Référencement des personnes montrant des signes de troubles psychiatriques

10. En psychologie, l'anamnèse est la « biographie » du sujet, les informations relatives au passé du patient recueillies par le psychologue.

L'anamnèse permet de comprendre la genèse d'un problème (par exemple : ce qui favorise un comportement dépressif).

11. [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_french-pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_french-pdf?ua=1)



## MESSAGES CLÉS

### 1. S'adapter à son public

- Offrir une **prise en charge personnalisée**, ajustée aux besoins et aux capacités de la personne
- S'adapter à l'**hétérogénéité des profils** et différencier les approches en fonction de la réceptivité de la personne
- **Multiplier les approches différentes**: entretien individuel, groupe de parole, family lunch, etc.
- **Rechercher l'innovation** en allant plus loin pour répondre aux besoins et aux problématiques (visites à domicile, groupe de parents, etc.)
- **Développer les consultations par téléphone** si besoin
- **Développer les consultations à domicile** si adapté

### 2. Travailler en équipe

- **Maintenir un lien permanent** avec les médecins, les assistant·e·s sociaux·ales et les responsables des référencement·s communautaires
- **Impliquer les éducateur·trice·s pair·e·s** dans le rappel des rendez-vous et le suivi de l'observance
- Favoriser l'acceptation et **déconstruire les perceptions** qu'ont les PUD sur la psychologie (souvent associée à la pathologie mentale) à travers l'implication du·de la psychologue dans les activités collectives



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Le partenaire de mise en œuvre
- Les partenaires de référencement des troubles psychiatriques
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Les éducateur·trice·s pair·e·s jouent un rôle essentiel dans la recherche des perdus de vue (abandons) et dans la relation soignant-soigné.

Il·elle·s participent aux groupes d'auto-support « gestion de la consommation » en tant que bénéficiaires et certain·e·s interviennent dans le groupe en tant que parrains et marraines<sup>12</sup>. (Voir fiche sur les activités collectives au sein d'un CASA)



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Les femmes ont peu recours au service de prise en charge psychologique et lorsque c'est le cas elles sont très peu observantes. On sait qu'elles sont plus vulnérables que les hommes et donc généralement plus éloignées de l'accès aux soins et de la PEC holistique. Il est donc indispensable de renforcer les activités d'aller vers (outreach: maraudes) et les mesures participatives dédiées aux femmes au sein du CASA. Il est primordial de continuer sans relâche d'aller vers elles et de leur proposer de les impliquer, notamment par l'intermédiaire d'activités pour les femmes ou de développer les consultations à domicile.

12. L'idée, basée sur l'approche Narcotique Anonymes consiste à ce qu'un·e pair·e soit toujours disponible pour répondre aux difficultés et besoins/demandes d'une PUD dans sa démarche de gestion de sa consommation.



## ZOOM sur le GROUPE D'AUTO-SUPPORT « GESTION DE LA CONSOMMATION »

### Témoignage de praticien de la RdR :

« L'objectif est d'éviter l'isolement, de partager ses expériences entre usagers, de cultiver l'effet miroir, de rassembler ceux qui veulent diminuer leur consommation, de mener des discussions de groupe et de proposer une éducation groupale. Ce GAS connaît un grand succès car il permet aux PUD de sortir de l'isolement en parlant de leurs difficultés. Le bouche à oreille a très bien fonctionné. Au début, ce GAS était programmé deux fois par mois, mais suite à la demande des PUD eux-mêmes, les réunions ont maintenant lieu une fois par semaine. Les usagers ont un grand besoin de parler et de partager leurs expériences. Les résultats obtenus par ceux qui ont participé sont bons : prise de conscience, réduction de leur consommation, rétablissement progressif des liens familiaux, etc. »



# FICHE PRATIQUE #7

## Comment fonctionne la prise en charge juridique au sein d'un CASA ?

L'assistance juridique appelée « **clinique juridique** », est animée par **un-e juriste** qui vient deux jours par semaine au Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie (CASA). Il-elle oriente et accompagne les personnes usagères de Drogues (PUD) dans la valorisation de leurs droits en tant que citoyen-ne-s. Il-elle est épaulé-e par une équipe de **para-juristes**. Ce sont des agents communautaires formé-e-s sur les notions relatives aux Droits Humains et à l'écoute juridique. Il-elle-s se répartissent la couverture des zones sanitaires et se rendent sur les lieux en cas d'arrestation ou de Violation des Droits Humains (VDH). Il-elle-s ont la capacité de discuter avec les forces de l'ordre en cas d'arrestation de PUD pour les motifs de simple consommation de drogues.

### Le rôle du-de la juriste au CASA



- Consultations juridiques : écoute et accompagnement juridique des PUD
- Information des PUD sur les Droits Humains avec renforcement de leurs connaissances et leurs compétences sur leurs droits et leurs devoirs
- Assistance des PUD dans l'application du respect de leurs droits par l'assistance administrative, juridique et judiciaire
- Sensibilisation des PUD dans la communauté, « au Grin » au CASA ou au sein des groupes de parole et d'auto-support
- Écoute individuelle des PUD puis conseils juridiques, interventions spécifiques en cas de violences basées sur le genre (VBG)
- Intervention en urgence possible en faveur des PUD au niveau de la chaîne judiciaire en cas d'interpellation, en lien avec les para-juristes.
- Collaboration avec les para-juristes pour le suivi de cas de violation des droits humains
- Sensibilisation à la notion de plaider auprès des forces de police et de justice

Les PUD sont très stigmatisées et exposées à la violence du fait de la criminalisation de l'usage de drogues. Elles font l'objet d'interpellations régulières en raison de leur fréquentation des lieux de consommation. Elles vivent en permanence dans un climat anxieux.

Le rôle premier du service juridique de même que les autres services au CASA contribue à **développer une nouvelle estime de soi grâce aux relations de confiance établies**. Avec ce service, les PUD réalisent également qu'il-elle-s sont détenteur-trice-s de droits. Elles deviennent ainsi plus à même d'identifier les situations de violation de leurs droits fondamentaux et sont donc plus enclin-e-s à les faire valoir.



## MESSAGES CLÉS

1. Travailler de pair avec le service de prise en charge sociale du CASA
  - Principalement pour les **médiations familiales** et l'obtention des **pièces d'identité**
  - Faciliter les négociations lors de la médiation familiale
  
2. Développer une relation privilégiée avec les PUD
  - Être capable de se faire accepter **en allant vers les PUD**
  - Prendre le temps pour apprendre à se connaître et **créer une relation de confiance réciproque**
  - Développer **une grande capacité d'écoute**, surtout lors de la première rencontre
  - **Prendre le temps** d'accompagner les PUD à long terme
  - Renforcer la confiance en soi des PUD
  
3. Créer des ponts avec les institutions
  - Développer des stratégies pour s'adresser aux autorités dans un contexte où la loi criminalise la consommation de drogues
  - Mobiliser les forces de sécurité et de justice pour contribuer à la clarification des valeurs (**voir fiche dédiée**) notamment par l'intermédiaire d'un système de point focal par zone géographique
  - Contribuer à sensibiliser et former les agents de police dans tous les districts sanitaires sur la thématique de l'usage de drogues



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Le Comité Interministériel de Lutte Anti-Drogue «CILAD» (collaboration administrative sur le plan national intégré et la révision du projet de loi)
- Les procureurs
- Les postes de police et de gendarmerie
- Les points focaux VBG dans les postes de police et de gendarmerie
- Les associations partenaires pour la mise à disposition d'avocats ou encore pour la formation des points focaux dans les postes de police et gendarmerie
- Les autres projets en synergie qui portent la voix des populations clés au sein de l'Instance Nationale de Coordination du Fonds Mondial
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Les éducateur·trice·s pair·e·s (EP) sont formé·e·s sur la notion des Droits Humains et d'assistance juridique. Il·elle·s peuvent aussi être formé·e·s comme para-juristes spécialisés au sein du CASA.

Ces EP para-juristes accompagnent les PUD auprès de la police et dans leurs démarches pour déposer plainte en cas de violation de leurs droits. Il·elle·s mènent les discussions avec les forces de police en cas d'arrestations (dans les deux cas, l'EP est accompagné·e soit par le·la superviseur·e ou le·la responsable des activités communautaires).



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Les fumeurs, qui sont bien souvent les lieux de vie des femmes usagères de drogues, sont des lieux dans lesquels elles sont confrontées à la violence (notamment la violence conjugale). Comme souvent pour beaucoup de femmes, elles souffrent de la fragilité des mécanismes de protection dont elles peuvent disposer si elles décident de porter plainte contre les hommes qui sont à l'origine de ces violences. Sans ces mécanismes, une action judiciaire peut malheureusement devenir une source d'insécurité supplémentaire en exposant la plaignante sans la mettre à l'abri.

La protection des femmes et des enfants n'est pas nécessairement le cœur de métier d'une organisation développant des programmes en RdR. C'est néanmoins une réalité avec laquelle il faut composer et pour laquelle il faut mobiliser ou inventer des solutions en travaillant en réseau.

### Témoignage de praticien·ne de la RdR :

*« Il faut des logements d'urgence (mais il n'y en a pas) pour qu'elles puissent quitter les fumeurs et assurer leur protection (mise à l'abri). La famille pourrait jouer ce rôle de protection si une réintégration familiale était possible, ce qui est trop rarement le cas. C'est seulement lorsqu'une femme est mise en situation de protection qu'elle peut ensuite tenter une action judiciaire. Sans cette protection, pas d'action possible. »*

# FICHE PRATIQUE #8

## Quels rôles jouent les activités collectives au sein d'un CASA ?

Le Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie (CASA) mène quatre types d'activités collectives :

1. Les activités psychosociales
2. Les activités ludiques et récréatives<sup>13</sup>
3. Les activités d'insertion
4. Les célébrations des journées internationales

Elles offrent un cadre de rencontre convivial tout en développant la prévention et la sensibilisation. Elles constituent un complément à l'accompagnement médical, psychosocial, juridique et communautaire. Les activités fonctionnent principalement grâce au bouche à oreille entre personnes usagères de drogues (PUD). Elles sont animées de façon hebdomadaire (sauf « family lunch ») par des professionnel·le·s du centre, des intervenant·e·s externes et/ou des éducateur·trice·s pair·e·s.

Les activités psychosociales	
<b>Le « Family Lunch »</b>	<b>Qui anime ?</b>
C'est une rencontre entre les PUD et leurs parents dans une ambiance conviviale pendant laquelle pourront être abordés des sujets comme l'usage de drogues, la compréhension de l'addiction, la prise en charge offerte par le CASA. C'est un temps d'expression mensuel pour les familles qui peuvent faire part de leurs difficultés et se rendent compte qu'elles ne sont pas seules.	Psychologue, assistant·e social·e et éducateur·trice·s pair·e·s
<b>Le groupe d'auto-support « gestion de la consommation »</b>	<b>Qui anime ?</b>
C'est un groupe de parole qui a pour objectif de rassembler ceux qui veulent mieux gérer leur consommation, de cultiver l'échange d'expériences et l'effet miroir <sup>14</sup> . Ce GAS permet aux PUD de sortir de l'isolement en parlant de leurs difficultés en lien avec leurs consommations.	Psychologue et éducateur·trice·s pair·e·s « parrains / marraines »
<b>L'art thérapie</b>	<b>Qui anime ?</b>
Il s'agit d'une technique de psychothérapie reposant sur l'utilisation de divers outils artistiques dans le but de favoriser un cadre d'amélioration et de renforcement de l'estime de soi. L'objectif est que la personne puisse renouer un dialogue avec lui-même et autrui. Grâce à l'art, la personne s'exprime en laissant sortir ses émotions et souffrances dans un but de mieux-être.	Art-thérapeute

Les activités ludiques et récréatives	
<b>Les animations « Woyo »</b>	<b>Qui anime ?</b>
C'est une activité musicale dont le but est d'utiliser l'animation traditionnelle « Woyo » (i.e. un tam-tam) pour faciliter la création de lien social ainsi qu'un cadre de relaxation et de détente à travers la prestation d'artistes issus de la communauté.	Artistes (slameur·euse·s, chanteur·euse·s, etc.)
<b>Les journées cinéma ou sport</b>	<b>Qui anime ?</b>
Pendant ces journées, les PUD présent·e·s au CASA assistent à des projections de films, de musique, de matchs sportifs dans le but de partager du temps ensemble et de créer du lien.	L'équipe communautaire du CASA

13. Les activités occupationnelles comportent un objectif de Réduction des Risques et des thèmes d'information et de sensibilisation peuvent y être abordés. Elles ne sont pas uniquement ludiques, mais vectrices de messages. Elles viennent renforcer l'information et la sensibilisation par ailleurs déjà mises en place dans le cadre de la prise en charge (PEC) holistique.

14. L'idée sous-jacente du terme d'« effet miroir », employé par les contributeur·trice·s de manière empirique, est que le fait de partager avec d'autres des vécus similaires a des effets très positifs sur les PUD, qui se sentent moins isolées et deviennent aussi plus enclines à adopter des techniques éprouvées par leurs « pair·e·s-miroirs » pour mieux gérer les consommations et réduire leur exposition aux risques.

<b>Le «Chic Graya»</b>	<b>Qui anime ?</b>
Tous les vendredis, les PUD volontaires préparent un déjeuner pour leurs pair·e·s (environ 50 personnes) dans la cuisine communautaire du CASA. C'est l'occasion d'organiser une activité de démonstration culinaire et cela contribue à la socialisation.	L'équipe communautaire du CASA
<b>Le théâtre</b>	<b>Qui anime ?</b>
Tournée aussi vers le chant, cette activité permet de stimuler l'expression orale et artistique des PUD, d'évoquer leurs situations, leurs difficultés et de construire collectivement un rendu artistique. L'expression «artistique» devient un moyen de renforcement de l'estime de soi.	Des artistes comédien·ne·s et chanteur·euse·s

### Les activités d'insertion

<b>Les activités de réinsertion pour les femmes</b>	<b>Qui anime ?</b>
Cet atelier permet de créer un cadre de rencontre avec les femmes usagères de drogues pour qu'elles puissent bénéficier de conseils divers (diététique/beauté, méthodes de contraception et de santé de la reproduction, parentalité, etc.). L'objectif est de partager un moment d'échange sur des thèmes qui leurs tiennent à cœur ou encore d'échanger sur leurs préoccupations personnelles dans un environnement convivial et protégé.	Assistant·e social·e, éducateur·trice·s pair·e·s et intervenant·e·s extérieur·e·s
<b>Les cours de «compétences de vie»</b>	<b>Qui anime ?</b>
Il s'agit d'un groupe de parole qui vise à échanger sur les normes de genre, les violences basées sur le genre, le VIH, la santé sexuelle et reproductive, la confiance en soi, et les capacités à communiquer. L'objectif est de renforcer les capacités des PUD afin qu'il·elle·s puissent prendre des décisions et agir d'une manière positive sur leurs vies.	Assistant·e social·e, responsable des activités communautaires
<b>L'alphabétisation en lien avec un projet professionnel</b>	<b>Qui anime ?</b>
Il s'agit ici d'améliorer le niveau d'alphabétisation des PUD dans l'optique de leur permettre de mener efficacement leurs activités professionnelles.	Intervenant·e spécialisé·e
<b>L'atelier d'insertion à partir d'objets de récupération</b>	<b>Qui anime ?</b>
Cet atelier répond aux besoins spécifiques des PUD en fonction de leur parcours de réinsertion et permet de créer un lien social en confectionnant des objets créatifs et esthétiques à partir d'objets de récupération valorisés lors d'expositions.	Responsable des activités communautaires

### Célébration de journées internationales

Les journées mondiales et les fêtes nationales ou internationales, telles que la journée mondiale de lutte contre le VIH, «*Support! Don't Punish*» ou encore «Octobre rose» pour la lutte contre les cancers féminins sont célébrées au CASA. Ces journées s'inscrivent souvent dans le cadre des activités médico-communautaires du centre et elles célèbrent des thèmes bien précis. Elles sont l'occasion d'organiser des séances de sensibilisation et de dépistage. Des maraudes de mobilisation autour de ces journées sont organisées par les éducateur·trice·s pair·e·s.

#### CALENDRIER de journées internationales

Journée internationale des droits des femmes	Le 8 mars	Journée internationale de lutte contre les hépatites virales	Le 28 juillet
Journée de lutte contre la Tuberculose	Le 24 mars	Le mois de lutte contre les cancers féminins «Octobre Rose»	Octobre
La Fête des mères	Le 10 mai	Journée internationale de lutte contre le VIH	Le 1er décembre
Support! Don't Punish (campagne internationale de plaidoyer en faveur de politiques en matière de drogues fondées sur la santé et les droits humains)	Le 26 juin		

## MESSAGES CLÉS



### 1. Contextualiser et ajuster l'offre

- **Anticiper** la mise en place de l'offre d'ateliers et bien organiser la coordination des activités collectives.
- Intégrer l'animation d'ateliers dans les emplois du temps des intervenant-e-s du CASA.
- **Impliquer** les bénéficiaires dans le choix des activités et proposer autant que possible des activités en fonction de leurs besoins.
- Articuler de façon logique les activités entre elles. Elles doivent être **complémentaires** et le contenu d'une activité ne doit pas se retrouver dans une autre.
- Déterminer **un jour fixe** ou une occurrence par activité et ajuster la mise en place d'atelier au taux de fréquentation du CASA.

### 2. S'ouvrir vers l'extérieur

- Observer et s'inspirer de **ce qui se fait ailleurs**
- Mobiliser le réseau des équipes du CASA pour **faire venir des intervenant-e-s extérieur-e-s** qui animent des ateliers
- Privilégier des intervenant-e-s qui ont l'habitude de travailler avec des populations vulnérables



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Les formateur·trice·s ou animateur·trice·s vacataires de tous horizons pour animer des ateliers spécifiques (professionnel·le en alphabétisation, professionnel·le de conduite de l'art théâtrale, esthéticien·ne, coiffeur·euse, couturier·e, etc.)
- L'Institut National de Santé Publique (INSP) a fait intervenir son art-thérapeute au CASA
- Les bailleurs de fonds et les mécènes
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Les éducateur·trice·s pair·e·s peuvent animer, encadrer ou participer à certaines activités. Il·elle·s mobilisent les PUD à participer lors des maraudes et des sorties soins dépistages.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Tous les ateliers sont mixtes. Une activité est spécifiquement dédiée aux femmes : l'atelier de réinsertion pour les femmes qui a lieu tous les jeudis. Plusieurs journées mondiales leur sont dédiées telles que la journée des droits des femmes et la fête des mères par exemple.

# FICHE SUPPORT CASA

## OUTILS ET MOYENS MIS EN ŒUVRE

### Les outils utilisés

#### Les outils de prise en charge :

- Le circuit patient
- Les dossiers médicaux et psycho-sociaux des patient-e-s du CASA
- Les dossiers spécifiques VIH
- Les fiches de référencement et contre-référencement
- Le registre d'accueil
- La liste de présence sensibilisation et utilisation des services d'hygiène et de repos
- Les différents registres par service
- Les comptes rendus d'entretiens individuels
- Les comptes rendus des visites à domicile
- Les termes de références des activités collectives
- Les rapports de l'ensemble des activités collectives
- Les listes de présence aux diverses activités collectives
- Les dossiers de demande de bourse de réinsertion (notification d'attribution, liste présence commission, documents justifiant les dépenses, fiche de demande de décaissement de fond, fiche de demande de financement...)
- Les fiches de demandes d'achats
- Les dossiers d'achats
- Le registre de gestion de caisse

#### Les outils de suivi d'activité :

- La base de données
- Les réunions de briefing matinales tous les jours
- Les termes de références des différentes réunions de suivi
- Les rapports des réunions hebdomadaires pour le suivi des activités
- Les rapports des réunions de coordination mensuelle
- Les rapports des Comités de Pilotage et ceux des Comités de suivi du projet
- Les rapports de supervision/coaching avec une analyse SWOT de chaque supervision (compilations et bilans des supervisions tous les mois et recommandations)

#### Les outils de reporting :

- Le rapport mensuel programmatique et financier
- La liste de donation
- Le rapport d'activité du Grin

#### Les outils RH :

- Les contrats de travail
- Les fiches de poste et les profils de poste
- Le règlement intérieur
- L'organigramme
- Les grilles salariales

### Les moyens humains et/ou financiers, les points de vigilance issus de la capitalisation de l'expérience

#### 1. Estimation de l'investissement de départ

A l'ouverture d'un CASA, il est nécessaire de prévoir d'importants investissements au départ pour aménager l'espace (circuit du patient, disposition des différents services...) et d'estimer la fréquentation du centre. Cette estimation peut s'avérer difficile pour un centre pilote innovant car on part sans aucune référence. Elle peut être faite en fonction des chiffres dont on dispose dans le cadre des activités outreach.

#### 2. Budget loyer et dépenses liées au fonctionnement du lieu

La dépendance du centre vis-à-vis du loyer pose des questionnements quant à sa pérennité. L'idéal serait d'implanter le CASA dans un espace mis à la disposition par le secteur public (dans un centre de santé public par exemple ou autre) afin de supprimer ces coûts importants de loyer. Veiller toutefois à ce que l'intégration dans un tel endroit n'impacte pas le caractère communautaire du centre. Le CASA n'est pas considéré aujourd'hui comme une clinique mais bel et bien comme un lieu de vie où l'on trouve une très large palette de services de prise en charge.

Budgétisation des intrants/équipements/fonctionnement : la poudre pour faire la lessive, le savon pour se laver, les ustensiles de cuisine, jeux de société, les nattes pour se reposer... ces « petits coûts » sont souvent oubliés.

### 3. Budget RH, formations et renforcement des capacités

Pour les recrutements, il faut explorer dans quelle mesure des mises à dispositions de personnels de la fonction publique ou la couverture de certains postes sont envisageables.

Il faut également prévoir la planification et la budgétisation des formations et voyages d'études (formations pratiques et échanges d'expériences). Les professionnel-le-s recruté-e-s assurent les consultations qui ne nécessitent pas de coût spécifique autre que le coût RH associé mais il est important de prévoir des frais de transport et de communication. Ces frais permettent aux professionnel-le-s d'effectuer des démarches et d'accompagner les bénéficiaires en dehors du centre. Le renforcement de capacité et l'accompagnement des ressources humaines est un volet très important. La planification des coûts de formations sont à prendre en compte dès le début même si certaines formations sont dispensées par les programmes nationaux.

### 4. Budget activités

Le budget des activités collectives est relativement important :

- Une activité ludique/occupationnelle à un coût mensuel qui varie entre 100 et 650€. La plus coûteuse est celle du « Chic Graya » (environ 650 euros par mois pour 4 repas donnés à 50 personnes à chaque fois soit un coût unitaire d'environ 3,25 euros).
- Une activité d'insertion à un coût mensuel qui varie entre 150 et 400€.

Toutes ces activités ont des besoins logistiques et des besoins en ressources humaines. Des coûts d'investissement au démarrage sont à prévoir (achats d'instruments de musique, d'ustensiles et d'équipement pour la cuisine, de matériel de peinture...). Le budget peut inclure des frais de transport des participant-e-s (attention toutefois à la motivation première et la pérennisation) et des collations.

### 5. Budget réinsertion

Le budget du volet réinsertion tout comme celui du volet médical n'est pas évident à budgétiser :

- L'activité « Recherche de pièces administratives » à un coût important (environ 410 euros par mois) à cause des nombreuses démarches administratives à entamer.
- Les bourses attribuées en une seule commission ont été d'un montant global de 1 500 euros à se partager entre 11 PUD bénéficiaires.

### 6. Cas particuliers

Lors de la budgétisation il est important de consacrer une ligne budgétaire pour les opérations d'urgence vitale.

Prévoir une ligne budgétaire pour le référencement et la mise à l'abri des femmes victimes de VBG. Ce qui sera possible qu'avec des partenariats sociaux solides.

Une ligne d'imprévus permet de faire face à des dépenses non prévisibles comme lors de la pandémie COVID-19 où les achats de protections ont augmenté en quantité mais également en coût unitaire.

## CHECKLIST DES LIGNES À BUDGÉTISER

RESSOURCES HUMAINES
PERSONNEL ADMINISTRATIF & LOGISTIQUE
Coordonnateur-trice/Directeur-trice Espace Confiance (siège PMO)
Complément prime RAF (siège PMO)
Complément prime RH (siège PMO)
Comptable
Assistant-e comptable
Assistant-e RH
Chargé-e de suivi évaluation
Gestionnaire de base de données
Caissier-e
Logisticien-ne
Technicien-ne de surface
Chauffeur-euse-s
Agents de sécurité
PERSONNEL PROGRAMME
Coordonnateur-trice / chef-fe de projet CASA
Médecin généraliste
Médecin addictologue
Médecin vacataire (temps partiel)
Infirmier-e-s (2)
Pharmacien-ne / préparateur-trice gestionnaire en pharmacie
Technicien-ne de laboratoire
Responsable des activités communautaire
Chargé-e de l'accueil, des activités outreach et du référencement
Éducateur-trice-s pair-e-s (10)
Assistant-e-s Sociaux-ales (2)
Psychologue
Juriste
RENFORCEMENT DE CAPACITES
Formations
Voyages d'étude
Supervision mixte
Séance de régulation (analyse de la pratique)
COUTS D'INSTALLATION
REHABILITATION / CONSTRUCTION
Réhabilitations du centre
MATERIELS ET EQUIPEMENTS
Matériel et équipements médicaux
Mobilier de bureau
Matériel de froids et clim du Centre
Matériel cuisine/laverie
Matériel de sensibilisation - TV+ Dvd+ Wifi
Vêtements équipe médicale
Tee-shirts / gilets visibilité équipe outreach

Sacs à dos pour les maraudes
Matériel activités outreach (tentes, tables, chaises, caisses...)
<b>MATERIEL INFORMATIQUE ET BUREAUTIQUE</b>
Ordinateurs fixes et portables
Disque dur externe
Imprimantes grande et petite capacité ( Photocopieuse )
Petit matériel électrique + matériel informatique
Vidéo projecteur
Coffre-fort
<b>MATERIEL COMMUNICATION</b>
Téléphone portable
Téléphone fixe
Box internet
<b>COUTS DE FONCTIONNEMENT</b>
<b>LOCATION ET CHARGES DE STRUCTURE DE SANTE</b>
Loyer mensuel
Frais d'agence (1 mois) + frais enregistrement du bail + frais de dossier
Charges d'électricité
Charges d'eau
Entretien Maintenance IT
Entretien Maintenance Clim
Produits / matériel nettoyage
Entretien du centre (petits travaux)
<b>VEHICULE ET MOTO ( Fonctionnement )</b>
Location de véhicule
Carburant véhicule
Carburant Clinique Mobile
Carburant / entretien Moto
Entretien / remise en état Clinique Mobile
Forfait transport (administration et autres)
<b>ASSURANCES</b>
Assurance Clinique Mobile
Assurance moto
Assurance CASA
<b>CONSOMMABLES BUREAUX</b>
Forfait consommables
Impressions diverses
<b>COMMUNICATION</b>
Ligne fixe
Communication Staff portables
Frais de connexion internet
<b>FRAIS BANCAIRES</b>
Frais bancaires

<b>COUTS PROGRAMMES</b>
<b>CONSOMMABLES RdR</b>
Embouts
Tracts
Préservatifs
Outils de démonstration
<b>CONSOMMABLES MEDICAUX</b>
Tests de dépistage hépatite
Tests de grossesses
Intrants pour pansement
Frais d'analyse Laboratoire
<b>MEDICAMENTS</b>
Médicaments + Intrants PF
<b>VACCINS</b>
Tétanos + autres vaccins
<b>KIT FEMMES</b>
Kits accouchements et naissance (méd., lait maternisé, vaccins, habits, etc...)
<b>REFERENCEMENT / SORTIES TERRAIN</b>
Fonds de solidarité
Taxi EP référencement / VAD
Transport UD
Primes équipes mobiles (Médecin, agent dépisteur, EP, relais communautaire)
Maraudes (femmes, TB, VIH)
<b>ACTIVITES DU CENTRE</b>
Appui nutritionnel et intrants pour offre bas seuil (thé, café, savon, lessive, ...)
Animations communautaires, activités occupationnelles
Activités collectives
Journées mondiales
Groupe de parole / GAS
Frais liés aux démarches juridiques (avocats, documents, huissier ...)
Frais liés à la confection des pièces d'identité
Bourse de réinsertion
Tutorat par vacation délocalisée (Art thérapie)
<b>AUDIT FINANCIER</b>
Frais d'AUDIT



Cette capitalisation a été conduite par Marion Junca, de l'association LED Expertise (aujourd'hui PLUS 10 Expertises), appuyée par Aurélie Rablet pour une partie de la collecte de données.

### COMITÉ DE PILOTAGE

**Marie-Julie Marche-Toha**, *Référente prise en charge CASA (mission MdM RCI)*

**Lucien N'zi**, *Coordinateur Programme RdR-PUD (mission MdM RCI)*

**Stéphanie Baux**, *Coordinatrice Générale (mission MdM RCI)*

**Lise-Hélène Pourteau-Adjahi**, *Responsable Mission RdR- PUD (mission MdM RCI)*

**Julien Chauveau**, *Référent Capitalisation et Evaluation (siège MdM)*

**Anne Cheyron**, *Responsable de Desk (siège MdM)*

Photographies : ©I5PC, Erica Aka





# Approche intégrée

ASAPSU

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم  
LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΪ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DÖKTÖRS  
VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団  
ÄRZTE DER WELT दुनियाकेडॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOC



# Sommaire

<b>Fiche pratique #1</b>	<b>3</b>
Comment développer la prise en charge (PEC) des personnes usagères de drogues (PUD) en circuit intégré dans un centre de santé ?	
<b>Fiche pratique #2</b>	<b>7</b>
Comment renforcer le volet communautaire de l'approche Réduction des Risques dans un centre de santé ?	
<b>Fiche pratique #3</b>	<b>9</b>
Comment développer la recherche et la mobilisation de répondant familial dans le cadre de l'approche intégrée ?	
<b>Fiche support APPROCHE INTEGRÉE</b>	<b>12</b>
OUTILS ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	

# Fiche pratique #1

## Comment développer la prise en charge (PEC) des personnes usagères de drogues (PUD) en circuit intégré dans un centre de santé ?

L'approche « intégrée » consiste à **accompagner des centres de santé primaire qui accueillent la population générale à ouvrir leurs services aux personnes usagères de drogues (PUD)**. Cette prise en charge intégrée, pour qu'elle s'effectue dans de bonnes conditions, nécessite des adaptations dans le protocole du circuit patient, avec des mesures spécifiques pour les PUD :

### 1. Un circuit patient intégré :

Il est essentiel de ne pas « mettre de côté » les PUD dans un circuit parallèle, mais au contraire de **les intégrer à la file active des patient·e·s du centre de santé**. Dans la file d'attente, tou·te·s les patient·e·s sont identiques, personne ne sait si le bénéficiaire est PUD. Son carnet de santé est le même que celui de la population générale.<sup>1</sup>

### 2. Des agents de santé communautaires sensibilisé·e·s :

Ce sont des **points focaux communautaires**, personnels des centres de santé. Ce sont eux·elles qui enregistrent les patient·e·s lors de leur accueil au centre (et donc notamment les PUD) et qui sont leur premier contact. Comme le reste de l'équipe, il·elle·s ont été formé·e·s à la Réduction des Risques (RdR) et spécifiquement à la **clarification des valeurs (voir fiche dédiée)**.<sup>2</sup>

### 3. Des éducateur·trice·s pair·e·s affecté·e·s à chaque centre :

Les éducateur·trice·s pair·e·s (EP) font le lien entre la communauté et les centres de santé. Il·elle·s sont en interface directe avec les agents de santé communautaires des centres de santé, qui coordonnent les activités des EP dans chaque centre. On trouve 5 EP dans chaque centre, dont 2 sont affecté·e·s dans le centre toute la journée et 3 mènent des activités d'aller vers (outreach) et de référencement.

### 4. Une contribution financière normalisée :

Contrairement aux idées reçues, **la contribution financière** des PUD n'est pas un frein dans leur accès aux centres de santé intégrés. Il est important de les sensibiliser à la finalité de leur contribution financière aux frais de consultation (ticket modérateur de 20 % de la consultation + carnet de santé) qui permet la pérennité de l'action.

### 5. Une intégration au système national de santé :

Tous les centres de santé de santé doivent rendre compte mensuellement de leurs données de santé à travers un rapport mensuel du Ministère de la santé (SIG<sup>3</sup>). Désormais, **on y trouve dans la rubrique « type de population » les PUD**. Les centres de santé intégrés sont supervisés par le Médecin-Chef de district ce qui permet une intégration totale dans le système national et la pérennité des activités en faveur des PUD. Il n'y a pas de convention formelle de partenariat avec d'autres structures sanitaires de référence car les établissements de santé du même district n'ont pas à contractualiser entre eux (la « gouvernance » du district suffit).

1. Témoignage de personnel médical d'un centre de santé intégré : « Au centre, les usagers de drogues sont considérés et traités comme la population générale (sans circuit spécifique de prise en charge ni services dédiés). L'inclusion et l'intégration des usagers de drogues est totale et réussie. »

2. Témoignage de personnel médical d'un centre de santé intégré : « Au départ, on a pu constater que le personnel nourrissait une forme d'appréhension à l'égard des usagers de drogues qui faisaient l'objet d'une forte stigmatisation et d'idées reçues. Mais le personnel des centres a, avec le temps, compris la nécessité de mener des interventions auprès de ces personnes. En les côtoyant, le personnel a pu mieux comprendre leurs réactions et a réalisé que leurs préjugés étaient infondés. »

3. Système d'Information de Gestion du Ministère de la Santé



### ZOOM : L'ouverture du dossier patient pour les PUD dans un centre de santé intégré

- Enregistrement au registre spécial anonymisé « personnes usagères de drogues » (pour identifier les nouveaux bénéficiaires)
- Renseignement de la fiche d'enregistrement détaillée (antécédents, mode de vie, etc.) par les Agents de Santé Communautaire (les points focaux) ou les éducateur·trice·s pair·e·s
- Une fois intégré·e dans le programme « personnes usagères de drogue », le·la patient·e paye le ticket modérateur (20 % du tarif de la consultation et l'achat du carnet de santé)
- Le·la patient·e bénéficie du dépistage VIH
- Le service social procède à l'évaluation de ses besoins
- Le·la patient·e assiste à la consultation médicale qui comporte systématiquement le screening de la tuberculose (les analyses sont envoyées au Centre de Traitement Antituberculeux)
- Le·la patient·e est référé·e au laboratoire d'analyses médicales si le médecin lui prescrit des examens
- En cas de référencement à une autre structure de santé, l'éducateur·rice pair·e affilié·e au centre de santé accompagne le patient dans le cadre de la prise en charge médico-communautaire (voir fiche dédiée)



## MESSAGES CLÉS

### 1. S'ouvrir à l'approche de Réduction des Risques

- Former le personnel des centres de santé pour déconstruire la stigmatisation à l'égard des PUD

### 2. Anticiper l'augmentation de certaines pathologies au démarrage de l'intégration de la prise en charge des PUD

- Prévoir une **augmentation des pathologies d'urgence** car les PUD consultent souvent tard dans un état de santé général fragilisé. Cela a des répercussions sur le budget des consommables et de la pharmacie qu'il est nécessaire d'anticiper
- Prévoir une **augmentation de la découverte de pathologies chroniques** (présentes mais peu détectées auparavant) qui impliquent la recherche de répondants familiaux qui soient en mesure d'accompagner les patient·e·s dans les structures de référencement, de prendre des décisions médicales importantes et de prendre en charge financièrement les soins à termes (tout comme pour les urgences médicales)

### 3. Prévoir de travailler en réseau

- Pour la recherche des répondants familiaux impliquer les éducateur·trice·s pair·e·s, les agents de santé communautaires (points focaux) et les travailleur·euse·s sociaux·ales des centres de santé mais également des structures de santé de référencement
- Anticiper le nombre de référencement en développant en amont des partenariats de santé publics et privés
- Effectuer régulièrement des rencontres de coordination avec les équipes du district sanitaire

### 4. S'ouvrir à l'addictologie

- Créer des petits pôles d'addictologie dans les centres de santé (pour la gestion de la consommation et le sevrage)
- Mettre en place des groupes de parole par genre et par type de pathologie pour renforcer l'observance aux traitements



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Les centres de santé qui pratiquent l'approche intégrée
- Les districts sanitaires (formés à la Réduction des Risques et qui font les supervisions intégrées sur la thématique des PUD)
- Les partenaires de santé de référencement (voir fiche dédiée)
- La direction nationale de la santé communautaire
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Des séances de coaching et d'expérimentation ont eu lieu pour que les éducateur·trice·s pair·e·s se familiarisent avec le personnel et les activités des centres afin qu'ils puissent faire au mieux l'interface entre la communauté et le centre de santé (orientation des PUD malades, accueil des PUD dans le centre)

Il·elle·s sont également très actif·ve·s dans la recherche des perdu·e·s de vue, l'accompagnement des référencement et des contre référencement médico-communautaires (voir fiche dédiée), le suivi et l'observance de la prise en charge VIH et TB et les maraudes et sorties soins dépistage.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Les centres de santé intégrés ont des **sages-femmes** et peuvent offrir une prise en charge aux femmes pour les suivis de grossesse, la santé sexuelle et reproductive et de dépistage des cancers féminins. De plus, un gynécologue vacataire est présent dans les centres. Des groupes de paroles pour les femmes usagères peuvent également être mis en place.

Il existe une plateforme<sup>4</sup> regroupant des acteur·trice·s médicaux·ales, des travailleur·euse·s sociaux·ales



4. <https://cotedivoire.unfpa.org/fr/news/lutte-contre-les-violences-bas%C3%A9es-sur-le-genre-vbg-en-p%C3%A9riode-de-covid-lunfpa-%C3%A9quipe-les>

# Fiche pratique #2

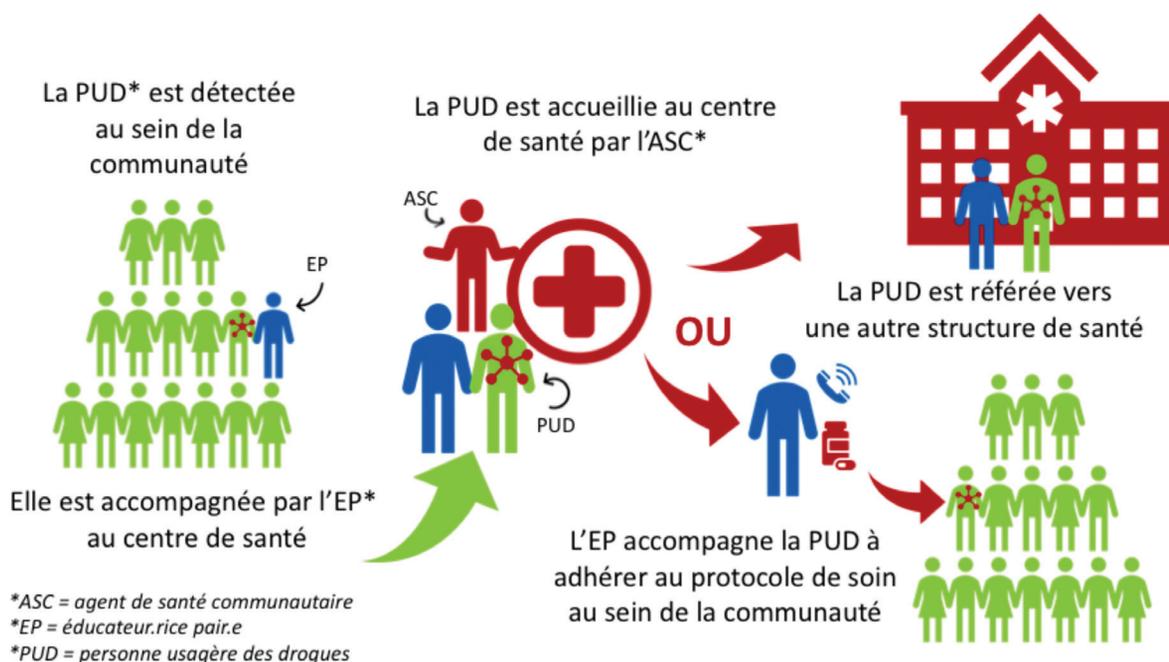
## Comment renforcer le volet communautaire de l'approche Réduction des Risques dans un centre de santé ?

La Réduction des Risques (RdR) implique de partir de là où la personne usagère de drogues (PUD) se situe. C'est un paquet de services dans lequel la PUD peut prendre ce dont il-elle a besoin <sup>5</sup>. C'est aussi une porte d'entrée vers le système de santé qui va pouvoir amorcer un changement plus global pour les PUD. La RdR part du principe que les PUD (ou anciennes PUD) constituent la meilleure source d'informations concernant les pratiques à risque de l'usage de drogues et qu'à ce **titre il-elle-s doivent être impliqué-e-s au premier plan dans la définition des réponses qui leur sont apportées.**

C'est pourquoi en plus de l'approche communautaire classique <sup>6</sup> (habituellement portée par les agents de santé communautaire), **l'approche communautaire en faveur de la Réduction des Risques implique une bonne articulation des rôles entre les agents de santé communautaires du centre et des éducateur-trice-s pair-e-s, issu-e-s de la communauté des PUD.**

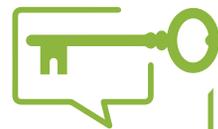
C'est l'articulation de ces deux fonctions clés (agents de santé communautaire (ASC) + éducateur-trice-s pair-e-s (EP)) qui constitue **toute la richesse et la pérennité de l'approche intégrée. Les ASC font le lien entre le système de santé public et les patient-e-s usager-e-s de drogues et l'éducateur-ricerice pair-e fait lui le lien entre le-la patient-e (dans sa communauté) et le système de santé.**

### La complémentarité des rôles entre les agents de santé communautaires et les éducateur-trice-s pair-e-s



5. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/qui-sommes-nous/reduction-des-risques-rdr>

6. Dans les centres de santé primaires de Côte d'Ivoire, il y existe déjà une dimension communautaire, telles que les visites à domicile, la recherche active des patients à besoins spécifiques (VIH), les sorties de sensibilisation. Chaque centre est doté d'agents de santé communautaire (ASC) qui sont notamment en charge de développer cette approche. C'est d'ailleurs historiquement la raison de l'ouverture de centres de santé dits « communautaires », intégrés au système de santé publique



## MESSAGES CLÉS

### 1. Bien former les équipes à la Réduction des Risques

- Élaborer un plan de formation en Réduction des Risques en mettant l'accent sur la clarification des valeurs (voir fiche dédiée) dans la prise en charge des PUD.
- Former tous les personnels des centres de santé et les partenaires de référencement pour qu'aucun d'entre eux ne soit « un obstacle » à la prise en charge des PUD.
- Visiter le Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie (CASA) d'Abidjan.
- Visiter les sites de consommation avec les éducateur·trice·s pair·e·s

### 2. Encourager la cohésion d'équipe et encadrer les éducateur·trice·s pair·e·s

- Encourager les synergies et la cohésion d'équipe à travers des temps d'échanges réguliers et des briefings quotidiens.
- Développer des groupes d'analyses des pratiques
- Mettre en place des réunions de régulation des équipes communautaires (agents de santé communautaire, éducateur·trice·s pair·e·s)
- Prévoir l'encadrement spécifique des éducateur·trice·s pair·e·s via un poste de superviseur (en gardant en tête le ratio 1 superviseur·euse pour 6 EP maximum)
- Pratiquer le coaching permanent et rapproché des éducateur·trice·s pair·e·s (voir fiche dédiée) qui sont des ressources humaines très exposées du fait de leur proximité directe avec les PUD



### QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Les centres de santé qui pratiquent l'approche intégrée
- Les districts sanitaires (formés à la Réduction des Risques et qui font les supervisions intégrées sur la thématique des PUD)
- Les partenaires de santé de référencement (voir fiche dédiée)
- La direction nationale de la santé communautaire
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



### QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Il·elle·s assurent le référencement des PUD vers les centres de santé. Au sein des centres, il·elle·s accompagnent l'accueil, le suivi du·de la patient·e, l'accompagnement des référencements et le suivi des patients pour garantir l'adhésion aux traitements, y compris dans la communauté.



### QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Il est indispensable d'avoir des femmes éducatrices paires. Même si les femmes usagères sont minoritaires, leur vulnérabilité accrue et leurs besoins spécifiques doivent pouvoir être pris en compte par leurs paires.

Dans les centres, un accent particulier est mis sur la sensibilisation des femmes enceintes et allaitantes ou en âge de procréer sur l'importance de la santé sexuelle et reproductive et les suivis de grossesse (visites prénatales et postnatales).

Témoignage d'éducatrice paire : « Avec les femmes il faut être patiente. Les femmes sont les plus vulnérables, elles sont souvent brutalisées parce qu'elles consomment. Les femmes sont encore plus mal vues que les hommes dans ce milieu. Elles sont souvent plus dures aussi car elles souffrent énormément. Il faut faire des activités spécialement pour les femmes. Elles doivent attirer automatiquement notre attention et bénéficier d'un suivi médical immédiat et rapproché. Il faut que les femmes soient une priorité. Et qu'on accepte le fait qu'elles soient à protéger en priorité. »

# Fiche pratique #3

## Comment développer la recherche et la mobilisation de répondant familial dans le cadre de l'approche intégrée ?

La **médiation familiale** est une technique de conciliation familiale qui a pour **but de recréer ou de redynamiser un lien familial fragilisé ou interrompu**. Les personnes usagères de drogues (PUD) n'ont, pour la majorité d'entre eux-elles, plus de relation avec leurs familles. Pour des raisons diverses, les liens se sont distendus ou ont fini par se rompre. De plus, en Côte d'Ivoire, comme dans beaucoup de pays, les préjugés et les représentations sociales péjoratives sur l'usage de drogues sont très importantes, ce qui ne facilite pas la restauration d'une relation.

Ce lien peut pourtant s'avérer un atout essentiel pour les patient·e·s usager·ère·s de drogues et pour les équipes communautaires, trouver un répondant familial peut permettre **de faciliter leur prise en charge**. Lorsqu'elle se passe bien, la reconnexion familiale peut notamment influencer l'observance ou la gestion de la consommation. Dans les cas nécessitant une hospitalisation, la présence de la famille est également très importante, notamment parce que dans le système hospitalier, la prise en charge quotidienne du patient (hygiène, nourriture) repose sur l'accompagnant familial.

Aussi, il est indispensable d'élaborer une stratégie globale de mobilisation familiale dès l'entrée du·de la patient·e dans le parcours de soins. Pour chaque patient·e, il faut tenter d'**identifier au moins un contact** à partir duquel on va pouvoir essayer de retisser le lien. A ce titre, **les éducateur·trice·s pair·e·s jouent un rôle central**. Une fois ce contact établi, il·elle·s font le relais avec les travailleur·euse·s sociaux·ales, afin qu'une médiation familiale puisse avoir lieu.



### MESSAGES CLÉS

#### 1. Anticiper!

- Faire de la recherche de répondant familial  **systématiquement avant de rencontrer des situations d'urgence** médicales (et non pas uniquement pour les cas hospitalisés ou les décès)
- **Prévoir un budget** téléphone et déplacements pour les éducateur·trice·s pair·e·s
- Clarifier avec les PUD le rôle du répondant familial comme un atout supplémentaire et non comme un substitut à la prise en charge proposée par le centre de santé intégré <sup>7</sup>

#### 2. Travailler en réseau

- **Établir des liens avec les structures** dépendant du Ministère des Affaires Sociales et de la Famille (MASF)
- **Mobiliser les travailleur·euse·s sociaux·ales** présents dans les communes d'origine des familles (en tenant compte du maillage national MASF)
- Développer des liens avec **les services sociaux des structures sanitaires de référence**
- Participer aux réunions et développer des relations avec les acteur·trice·s du domaine social

#### 3. Mobiliser directement les familles

- Organiser des **activités collectives pour les parents** comme le « family lunch »<sup>8</sup> ([voir fiche sur les activités collectives au CASA](#))
- Créer un groupe de parents peut également servir de levier pour toucher d'autres parents
- Budgétiser les activités collectives à l'égard des familles

7. Plusieurs éducateur·trice·s pair·e·s ou praticien·ne·s des centres ont constaté que les PUD ne donnent pas les vrais contacts des membres de leur famille, mais ceux de leurs pair·e·s car souvent il·elle·s pensent que si les centres contactent leurs parents, il·elle·s ne seront plus suivi·e·s par le centre.

8. C'est une rencontre entre les PUD et leurs parents dans une ambiance conviviale pendant laquelle pourront être abordés des sujets comme l'usage de drogues, la compréhension de l'addiction, la prise en charge offerte par le centre. C'est un temps d'expression mensuel pour les familles qui peuvent faire part de leurs difficultés et se rendent compte qu'elles ne sont pas seules.



### QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Les travailleur·euse·s sociaux·ales
- Le Ministère des Affaires Sociales
- Le Ministère de la Famille
- Le CASA
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



### QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Les éducateur·trice·s pair·e·s sont au cœur du dispositif de recherche du répondant familial. Lorsque ce processus échoue, il·elle·s sont également amené·e·s à jouer le rôle de substitut à la famille, notamment en cas d'hospitalisation.

### ZOOM: Le rôle des éducateur·trice·s pair·e·s dans la restauration du lien familial

1. Convaincre la PUD du bien fondé de renouer le lien basé sur des expériences réussies
2. Rechercher activement le ou les répondants familiaux
3. Entreprendre un dialogue positif avec la famille inspiré par la clarification des valeurs et sa propre expérience
4. Accompagner la mise en relation avec l'appui du·de la travailleur·euse social·e du centre de prise en charge si nécessaire
5. Assurer le suivi de la restauration du lien



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Pour les femmes la situation est plus complexe parce qu'elles sont souvent encore plus violemment rejetées par leurs familles que les hommes usagers de drogues. Il y a une fenêtre d'opportunité pour renouer des liens autour de la grossesse et de la maternité. Ainsi, sur la période 2018-2020, grâce à la recherche de répondant familial 57 % des femmes enceintes fréquentant le Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie d'Abidjan, ont pu accoucher en présence de leur famille.



## POUR ALLER PLUS LOIN... TEMOIGNAGES

### Témoignage d'un·e praticien·ne d'un centre de santé intégré :

« Le service social fait l'ouverture du dossier et le counseling/dépistage du VIH. La lourdeur administrative associée ne lui laisse que très peu de temps de s'impliquer dans la recherche de répondant familial. Ce sont les EP qui sont de fait en charge de cette recherche. Mais finalement on a constaté que les personnes usagères de drogues sont en fait encore bien plus à l'aise pour que cette démarche soit entamée par leurs pairs. »

### Témoignage d'une éducatrice paire

« Moi j'ai pris le volet femmes et plus spécifiquement femmes enceintes pour qu'on fasse un suivi jusqu'à l'accouchement. Mon vécu m'a permis de bien faire ce travail-là. Je ne voulais pas qu'une fille vive ce que j'ai vécu par manque d'information. Elles ont vraiment confiance et sont plus rassurées avec moi car elles connaissent mon parcours. (...) Des filles accouchent et restent au ghetto avec leur bébé. Et on doit chercher des solutions pour les mères avec des bébés. On part chercher des centres d'accueil et je fais de la médiation familiale. Je raconte aux familles que mes propres parents ne m'ont pas rejetée et que c'est grâce à ça que je me tiens devant eux aujourd'hui. Je dois le faire. Moi on ne m'a pas abandonnée alors je dois être là pour les autres. »



# Fiche support

## APPROCHE INTEGRÉE

### OUTILS ET MOYENS MIS EN ŒUVRE

#### Les outils utilisés

##### Les outils de suivi :

- La base de données
- Les termes de références des différentes réunions de suivi
- Les rapports des réunions hebdomadaires pour le suivi des activités
- Les rapports des réunions de coordination mensuelles
- Les rapports des Comités de Pilotage et ceux des Comités de suivi du projet
- Les rapports de supervision/coaching avec une analyse SWOT de chaque supervision (compilations et bilans des supervisions tous les mois et recommandations)

##### Les outils de reporting :

- Le rapport mensuel programmatique et financier
- Les rapports par service

##### Les outils RH :

- Les contrats de travail
- Les fiches de poste et les profils de poste
- Le règlement intérieur
- L'organigramme
- Les grilles salariales

#### Les moyens humains et/ou financiers, les points de vigilance issus de la capitalisation de l'expérience

##### 1. Budget réhabilitation des centres

Lorsqu'on décide de développer un accueil intégré des PUD, il est important de prévoir un budget pour la réhabilitation des centres.

##### 2. Budget RH, formations et renforcement des capacités

Les RH des centres de santé intégrés sont la plupart du temps des fonctionnaires de l'Etat, le versement d'une prime doit aussi être anticipé dans le budget du partenaire.

La planification et budgétisation des formations et voyages d'études (formations pratiques et échanges d'expériences). Ne pas omettre les formations dites de « recyclage ou de rafraichissement ». Sur la base de l'expérience en Côte d'Ivoire il est recommandé de prévoir un coût moyen de 10 000 euros pour 30 personnes (pour 5 jours en présentiel avec coûts de déplacement).

Le coût du « coaching continu et permanent » ne peut pas se quantifier car il s'agit de renforcement de compétences en binôme entre une RH du partenaire technique et financier et une RH du PMO.

*Exemple : un investissement important de la part de MDM a eu lieu à destination des professionnel-le-s des centres intégrés particulièrement par le Réfèrent médical RdR de MDM (coaching du PMO) pour, par exemple, la gestion de la pharmacie, la qualité des soins, la création de boîte à images pour faciliter le dépistage, la préparation des référencements (cartographie des centres de santé publics et privés).*

Il est également important d'anticiper le renforcement des RH au sein des sièges des partenaires de mise en œuvre (fonction support, logistique...) et pas seulement au sein de centres de santé.

##### 3. Budget médical

Dès le départ, il est important de mettre en place des partenariats avec les structures sanitaires publiques et privées afin de diminuer les coûts médicaux et de prévoir des coûts associés à l'augmentation des taux de prévalence des maladies chroniques de la TB et du VIH (transport, frais de communication, alimentation...) même si leur dépistage et traitement sont pris en charge gratuitement par l'Etat. Il faut également penser à ajouter une enveloppe budgétaire pour les opérations d'urgence vitale.

#### 4. Budget recherche de répondant familial

Pour développer une stratégie en recherche de répondant familial, il est nécessaire d’avoir une ou plusieurs ressources humaines dédiées par centre de prise en charge. On peut prévoir également un budget initial pour la participation aux réunions et le développement des relations avec les acteurs du domaine social.

### CHECKLIST DES LIGNES A BUDGETISER

RESSOURCES HUMAINES
<b>PERSONNEL</b>
Prime Médecins
Prime Infirmier·e·s
Prime Infirmier·e vacataire
Prime Sages-femmes
Prime Biotechnicien·ne
Prime Assistant·e·s sociaux·ales
Prime Vigile
Prime Chauffeur·euse
Prime Coordinateur·ice projet
Prime Suivi évaluation
Prime Comptable
Prime Pharmacien·ne
Prime Caissier·e
Salaire assistant·e comptable
Salaire assistant·e suivi évaluation
Prime ASC
<b>RENFORCEMENT DE CAPACITES</b>
Participation aux réunions de coordination mensuelles et autres activités
Supervision mixte
Formations
Voyages d’étude
<b>GESTION ET SUIVI DU PROJET</b>
Frais de reproduction et outils de collecte de données et de gestion
Frais de transport pour collecte hebdomadaire des données
Carburant
Frais réparation véhicule
Frais entretien véhicule
Per diem lors des sorties soins et dépistage
Frais de communication pour la coordination
Fourniture de bureaux
Frais Bancaires

AMELIORER LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

MISE EN PLACE D'UNE OFFRE DE SOINS ADAPTEE

Mise en place d'un ticket modérateur

ACQUISITION DE MATERIEL ET ENTRETIEN/MAINTENANCE DU CENTRE

Acquisition de petit matériel médical (otoscope, tensiomètre, stéthoscope, lits d'examen, fauteuils, chaises, bancs.)

Acquisition de matériel équipement labo (lecteur de glycémie, micropipette, split, stabilisateur, onduleur...)

Appui à la gestion des centres (maintenance du matériel, entretien des locaux ...)

OFFRE DE SOINS AUX FEMMES (ENCEINTES, NON ENCEINTE ET NOURRICES)

Consultations prénatales et gynécologiques

Consultations post natales

Consultations PF

Forfait carnet CPN

Forfait Bilan prénatal

Forfait accouchement

ACTIVITES REALISEES PAR ET POUR LES UD

Contribution au plaidoyer trimestriel sur les PUD (membre d'équipe cadre du district...)

Réhabilitation (préau, appatam, accueil, bureau, visibilité...)

Mobilisation communautaire en direction des PUD (groupe d'autosupport)

Transport animateur groupe d'autosupport

Transport communautaire/ EP recherche active des client vus en soins ou autres

ACTIVITES D'AIDE AUX SOINS

Fonds d'urgence

Premiers soins médicaments

Premiers soins consommables





Cette capitalisation a été conduite par Marion Junca, de l'association LED Expertise (aujourd'hui PLUS 10 Expertises), appuyée par Aurélie Rablet pour une partie de la collecte de données.

### COMITÉ DE PILOTAGE

**Marie-Julie Marche-Toha**, *Référente prise en charge CASA (mission MdM RCI)*

**Lucien N'zi**, *Coordinateur Programme RdR-PUD (mission MdM RCI)*

**Stéphanie Baux**, *Coordinatrice Générale (mission MdM RCI)*

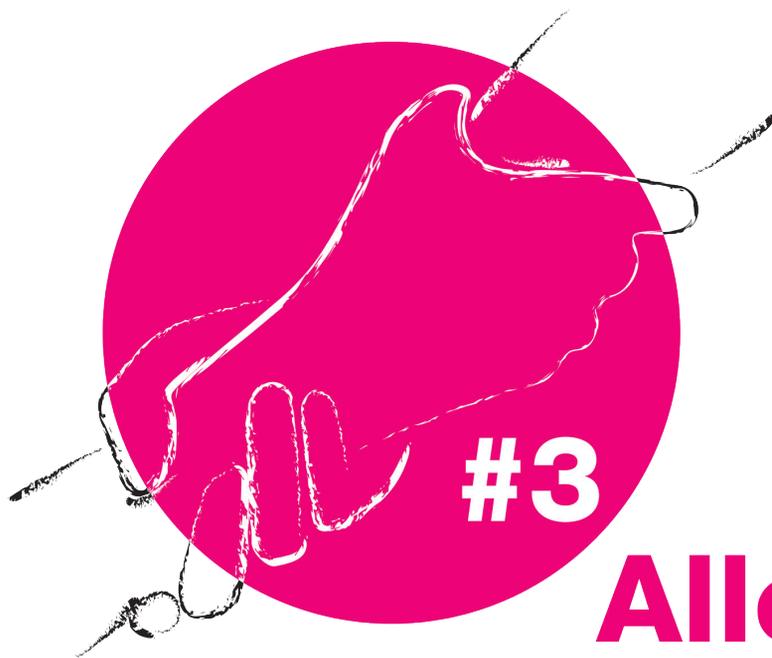
**Lise-Hélène Pourteau-Adjahi**, *Responsable Mission RdR- PUD (mission MdM RCI)*

**Julien Chauveau**, *Référent Capitalisation et Evaluation (siège MdM)*

**Anne Cheyron**, *Responsable de Desk (siège MdM)*

**Photographies:** ©I5PC, Mia Collis





# Aller vers

Accompagnement médico-communautaire

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم  
LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΪ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS  
VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団  
ÄRZTE DER WELT दुनियाकेडॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOC



# Sommaire

<b>Fiche pratique #1</b>	<b>3</b>
Comment fonctionne l'accompagnement médico-communautaire ?	
<b>Fiche pratique #2</b>	<b>8</b>
En quoi consiste l'approche communautaire au sein des lieux de consommation de drogues ?	
<b>Fiche pratique #3</b>	<b>11</b>
Comment identifier et accompagner les éducateur·trice·s pair·e·s ?	
<b>Fiche pratique #4</b>	<b>14</b>
Comment déployer les maraudes et les sorties soins et dépistages ?	
<b>Fiche support OUTREACH</b>	<b>19</b>
OUTILS ET MOYENS MIS EN ŒUVRE	

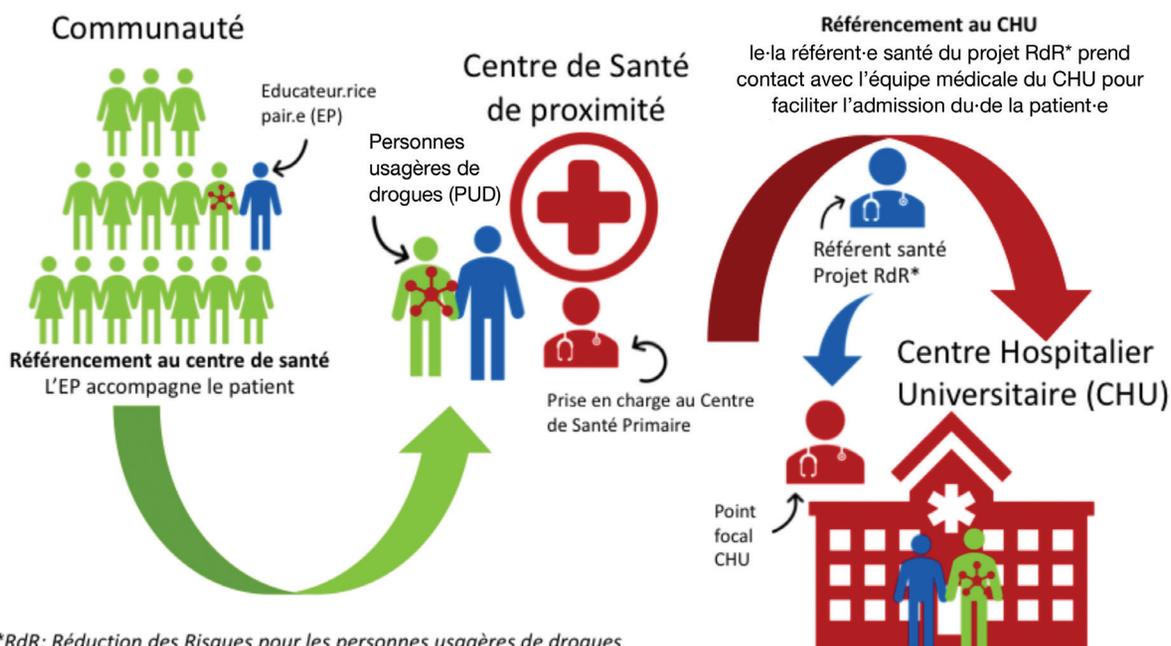
# Fiche pratique #1

## Comment fonctionne l'accompagnement médico-communautaire ?

L'accompagnement médico-communautaire est une approche innovante qui sert à **renforcer l'efficacité de l'accès aux soins et l'adhésion aux traitements des personnes usagères de drogues (PUD)**. Lors des activités d'outreach, certaines prises en charge ne peuvent pas se faire au niveau du site et l'équipe médicale est souvent obligée de référer les patient-e-s.

Au début du projet de Réduction des Risques (RdR), l'équipe de Médecins du Monde en Côte d'Ivoire référerait les malades aux structures de santé, mais elle s'est aperçue que les patient-e-s n'y allaient pas ou n'étaient pas adhérent-e-s aux traitements et que leur état de santé empirait. Elle a, par ailleurs, constaté que **si les patient-e-s étaient accompagné-e-s par un-e pair-e et accueilli-e-s par un point focal au sein des structures de santé, l'adhésion s'améliorait significativement**. C'est sur la base de ce constat qu'elle a décidé de **modéliser et de systématiser l'accompagnement médico-communautaire** qui est aujourd'hui au cœur de son projet RdR.

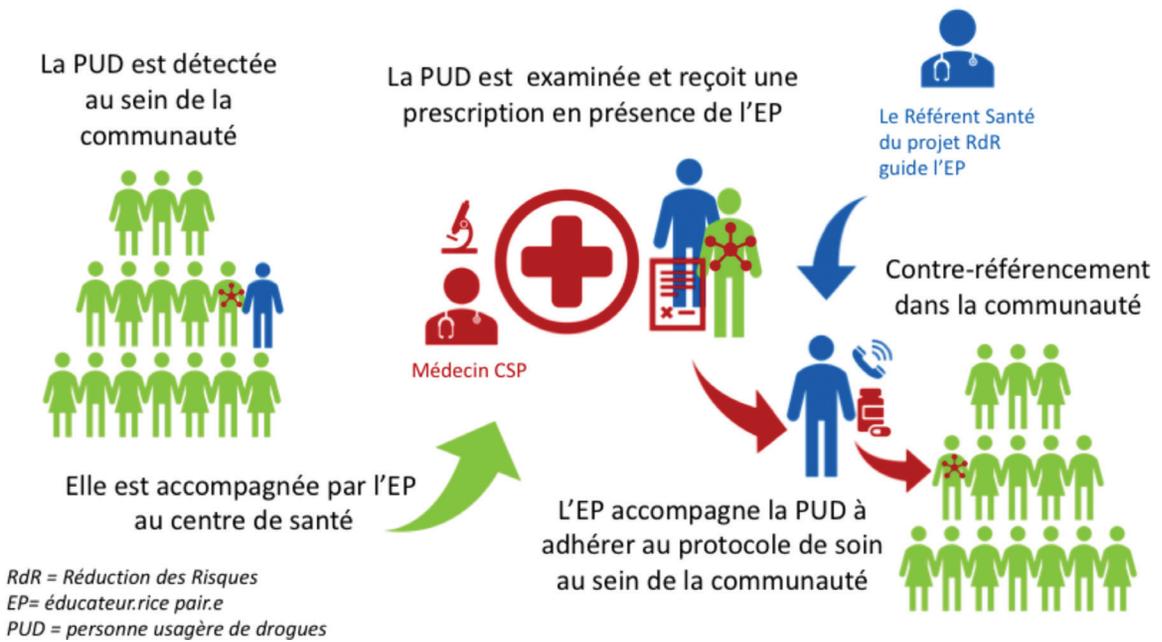
### Modélisation de l'accompagnement médico-communautaire avec référencement hospitalier



Quand le-la patient-e a besoin d'un traitement, l'accompagnement médico-communautaire permet de maintenir le lien entre le-la patient-e et son médecin. Quand le-la médecin établit un protocole de soins pour le-la patient-e, le protocole est également exposé à l'éducateur·trice pair·e qui accompagne le-la patient-e. L'EP est présent-e à tous les rendez-vous médicaux. Le-la médecin donne des indications pour pouvoir permettre à l'EP d'effectuer un suivi éclairé. Ce suivi peut aussi permettre de repérer certains cas de bactéries multi-résistantes, notamment dans le cas de la tuberculose si on sait que le-la patient-e est adhérent-e, mais qu'on ne voit pas de modification de son état de santé.

La seconde porte d'entrée pour booster l'adhésion, c'est le **contre-référencement communautaire**. On appelle communément le contre-référencement communautaire le fait de renvoyer le-la patient-e dans la communauté avec un protocole de soins à suivre. Par exemple, dans le cadre de la tuberculose, le-la patient-e doit passer chaque semaine récupérer les médicaments ou faire des examens. L'éducateur-trice pair-e échange avec le-la malade pour évaluer comment ils vont pouvoir gérer ensemble les conditions de son adhésion. Certain-e-s malades décrochent car il-elle-s ont peur d'être stigmatisé-e-s ou chassé-e-s du lieu de consommation (qui peut aussi être leur lieu de vie), si leur statut est révélé. Avec leur éducateur-trice pair-e, ils vont trouver des moyens d'assurer le suivi en restant discret et en mettant en place un fil d'Ariane pour être toujours trouvables et être sûrs de garder le lien. Parfois les éducateur-trice-s pair-e-s conservent les traitements à la demande du-de la patient-e et conviennent avec lui-elle la meilleure manière de garantir leur adhésion.

## Modélisation de l'accompagnement médico-communautaire avec contre-référencement communautaire



### MESSAGES CLÉS

#### 1. Développer une chaîne basée sur la complémentarité

Dans « médico-communautaire » une notion ne va pas sans l'autre. C'est bien la chaîne des complémentarités qui crée toute la cohérence de l'action et qui brise les barrières d'accès au soin. Chaque maillon de la chaîne médico-communautaire vient faciliter le parcours du-de la patient-e.



## 2. Bien accompagner les accompagnants (EP)

- Pour qu'il-elle-s gardent du recul et jouent bien un rôle de médiateur-trice et ne se substituent pas à la famille du-de la patient-e, si elle est présente et qu'on peut la mobiliser
- Essayer de TOUJOURS privilégier l'appui de la famille en premier lieu notamment dans les situations les plus critiques où le pronostic vital est engagé. Si les relations familiales sont dégradées, rassurer le-la patient-e qu'avec ou sans la présence de la famille l'accompagnement se poursuivra.

## 3. Ne pas faire l'erreur d'évaluer la qualité du dispositif par la qualité personnelle des éducateur-trice-s pair-e-s. « Il n'y pas de mauvais-es éducateur-trice-s pair-e-s, il n'y a que des mauvaises manières de s'organiser autour d'eux-elles ».

- Il est important de savoir les manager et de s'adapter à ce qu'il-elle-s sont (voir fiche dédiée identifier et accompagner les éducateur-trice-s pair-e-s).
- Il faut les responsabiliser en renforçant leurs capacités au fur et à mesure. Au départ cela demande une très forte implication de la part des managers de l'équipe communautaire, mais cela devient de plus en plus fluide avec le temps.
- C'est la qualité du sillon dans lequel il-elle-s évoluent qui est fondamentale. Le dispositif ne doit pas être figé, il faut s'adapter en permanence et se nourrir des retours des EP.



### QUI SONT LES ACTEUR-TRICE-S IMPLIQUÉ-E-S ?

- Les partenaires de mise en œuvre qui régissent les centres de santé primaire
- Les partenaires de référencement en santé (Voir fiche les partenaires de santé)
- Les éducateur-trice-s pair-e-s



### QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR-TRICE-S PAIR-E-S ?

**Il-elle-s sont LE PILIER de ce dispositif.** Il est important qu'il-elle-s soient formé-e-s et coaché-e-s sur les techniques d'accompagnement et de suivi des patient-e-s. Par exemple, dans le cadre d'un suivi patient atteint de tuberculose, l'éducateur-trice pair-e doit maîtriser le protocole national. L'éducateur-trice pair-e doit bien comprendre qu'il-elle vient appliquer ce que le médecin a dit au malade. Pour autant, chacun doit rester dans son rôle : le communautaire et le médical. Il n'y pas de décisions médicales à prendre au niveau communautaire. L'éducateur-trice pair-e est là pour aider le-la patient-e à appliquer les décisions du médecin. À ce titre, il-elle doit constamment être en lien avec l'équipe médicale du projet de Réduction des Risques, surtout s'il-elle n'a pas compris certaines subtilités liées au diagnostic ou au traitement. Il doit faire preuve d'humilité et toujours chercher à comprendre sans jamais se substituer.



### QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Comme dans toutes les activités de la RdR, il est fondamental de permettre aux patientes de pouvoir être accompagnées et suivies par des paires. Dans certains référencement hospitaliers en maternité ou en gynécologie notamment, il peut être facilitant que l'accompagnement soit pris en charge par une femme.



## POUR ALLER PLUS LOIN... TEMOIGNAGES

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la Réduction des risques :

« Au début, quand l'EP accompagnait le ou la malade qui était orienté vers une grosse structure type CHU, en général il était en difficulté donc on a ajouté un maillon de plus à la chaîne de l'accompagnement médico-communautaire en envoyant un infirmier de Médecins du Monde pour « ouvrir la voie » au patient et à son accompagnant. L'avantage c'est que les professionnels de santé parlent le même langage et viennent du même monde, ils ont un référentiel commun et leur dialogue et leurs connexions s'en trouvent facilités. Une fois cette nouvelle porte ouverte l'EP peut prendre le relais pour assister le malade lors de son hospitalisation »

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la Réduction des risques :

« **La genèse du dispositif d'accompagnement médico-communautaire :** Cette idée nous est venue car on avait plusieurs zones et certaines dans lesquels certains points focaux étaient particulièrement dynamiques comme au centre de santé d'ASAPSU à Yao Séhi. On avait une répondante relais communautaire dans l'un des sites qui de manière volontaire accompagnait les patients malades vers le centre de santé. Dans ce centre d'ASAPSU il y avait une dame qui travaillait sur le projet et était très protectrice avec les personnes usagères de drogues. Il y a eu un lien spontané et le bouche à oreille a fait le reste. Les usagers avaient confiance et ont continué de solliciter cette femme. Le centre a donc été de plus en plus fréquenté par les usagers. Et on peut dire que c'est là qu'a émergé ce qu'on appelle aujourd'hui « l'accompagnement médico-communautaire ». »

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la Réduction des risques :

« **L'Accompagnement médical** permet de donner des conseils pour adapter et ajuster les traitements à la condition physique spécifique du patient. C'est une vraie aide pour les structures de santé. Par exemple, dans le cadre du syndrome de sevrage, les patients veulent souvent quitter l'hôpital. Avec l'appui des chefs de service, on explique au praticien sur place pourquoi le patient réagit de cette façon et comment suivre le protocole de prise en charge du syndrome de manque. Il faut absolument impliquer les responsables de services. C'est eux qui ont le pouvoir et la légitimité de faire appliquer le protocole par leurs équipes. »

Témoignage d'un·e praticien·ne de la Réduction des risques :

« **Les Groupes d'Auto Support** (GAS) tuberculose et VIH, sont une des activités de l'accompagnement médico-communautaire. Lorsque le malade a l'occasion d'échanger et de parler franchement avec des pairs, c'est très positif. Cela sert également à ajuster l'accompagnement. C'est un mécanisme de feedback aussi pour nous. Ça nous permet d'évaluer la pertinence et l'efficacité de ce qu'on met en place. On y reçoit des informations fondamentales. Ils nous expliquent comment ils aiment être suivis et accompagnés, ce qui fonctionne ou pas. Et on s'ajuste mensuellement. Cela donne une vraie dynamique et une réactivité forte, d'être toujours au plus près des vécus du terrain. »

Témoignage d'un·e praticien·ne de la Réduction des risques :

« Il y a un patient qu'on cherchait, il était sorti des soins et quand on l'a trouvé il était malade. Il a donc adhéré au GAS VIH et y a retrouvé son ami intime, qui avait développé la même pathologie. Ils se sont soutenus mutuellement dans le traitement et celui qui n'était pas observant est devenu observant. Ces patients font partie des premiers patients stables. Et ils montrent que les usagers de drogues peuvent parfaitement être adhérents et stables, comme tous les patients de la population générale qui prennent 6 mois de traitement et ont une charge virale indétectable. »



# Fiche pratique #2

## En quoi consiste l'approche communautaire au sein des lieux de consommation de drogues ?

L'accompagnement communautaire à l'intérieur et à proximité des lieux de consommation est **la première pierre à l'édifice d'un projet de Réduction des Risques (RdR)** pour les Personnes Usagères de Drogues (PUD). Les PUD qui vivent en communauté autour des lieux de consommation (communément appelés les fumoirs) limitent souvent leurs contacts avec l'extérieur. Victimes d'une forte stigmatisation et exposé·e·s à la répression policière du fait de leurs pratiques illicites, elles ont tendance à se replier autour de leurs pair·e·s et à développer une forme d'appréhension ou de défiance vis-à-vis du monde extérieur. C'est pourquoi lors de la mise en place d'un projet de RdR qui leur est destiné, **la première démarche est d'aller vers eux.**

### 1. Savoir se faire accepter

Pour rendre cela possible, il est indispensable de **passer par des membres de la communauté, des pair·e·s**, qui vont servir de pont entre les populations usagères, les organisations porteuses de projets et les acteur·trice·s extérieur·e·s telles que les structures de santé. Le projet doit informer, former et renforcer les pair·e·s identifié·e·s issu·e·s de la communauté pour qu'il·elle·s puissent relayer dans les fumoirs les messages clés et ainsi permettre aux professionnel·le·s d'y accéder. Dans les fumoirs, l'important est de **bien communiquer avec la communauté, les « Babachés »** qui tiennent les fumoirs, sur les objectifs du projet en insistant sur l'argument de santé publique et la neutralité de la démarche.

Pour garantir l'accès dans les fumoirs, les bonnes relations avec les Babachés sont déterminantes. On ne peut se rendre sur un site qu'avec leur accord. Une fois convaincu·e·s, il·elle·s peuvent jouer un rôle actif dans le référencement et la prise en charge de certain·e·s patient·e·s.

### 2. Savoir garder la bonne distance pour être efficace dans son rôle

L'approche communautaire dans les lieux de consommation demande un investissement à la fois professionnel et personnel des **éducateur·trice·s pair·e·s (EP)**. De la même manière qu'un médecin ou un professionnel se tient à jour des informations dans sa discipline, **un éducateur·trice pair·e se tient à jour des évolutions de son terrain**, le fumoir. La difficulté est de faire la part des choses entre les moments de travail et les moments plus privés dans la communauté.

#### MESSAGES CLÉS



##### 1. À destination des éducateur·trice·s pair·e·s

- Savoir trouver les mots justes pour convaincre les pair·e·s d'adopter des comportements moins à risque et d'accéder aux soins en se basant sur sa propre expérience
- Être patient·e, à l'écoute et disponible
- Faire attention à garder son libre arbitre et savoir adopter des comportements incitatifs (par exemple en respectant les mesures propices à la RdR dans la consommation (« asso pao divisé »))
- Entretenir de bonnes relations avec les babachés pour garantir l'accès aux fumoirs
- Se préserver en se reposant sur l'équipe communautaire, les responsables hiérarchiques ou les autres professionnel·le·s de l'équipe



## 2. À destination des Superviseur·euse·s de l'équipe communautaire (voir fiche dédiée)

- Bien briefer les nouveaux·elles venu·e·s qui entrent en contact avec les PUD dans les fumoirs
- Inciter les EP à faire la part des choses entre leur statut d'EP et de bénéficiaire du projet en s'appuyant sur leurs collègues et leurs superviseur·euse·s
- Encourager les EP à faire remonter les informations sur ce qui se passe quotidiennement sur les lieux de consommation et qui pourrait impacter le déroulement des activités projet (mieux vaut faire remonter trop d'éléments que pas assez)
- Montrer aux équipes d'EP qu'il·elle·s sont soutenu·e·s par l'organisation qui les supervise



### QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Le partenaire principal c'est la communauté elle-même et les Babachés
- Les associations communautaires (voir fiche dédiée)
- L'équipe ressources humaines de l'organisation impliquée
- Les educteur·trice·s pair·e·s



### QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Les EP sont au cœur du dispositif. Comme décrit dans le corps de la fiche, ce sont elles et eux qui sont en lien direct avec le terrain.



### QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Au sein de la population usagère de drogues, les femmes sont les plus vulnérables, elles ont des taux de prévalence VIH 3 fois plus élevés (voir fiche études bio-comportementales), elles sont victimes de violences liées au genre et leur statut de consommatrices les rend également plus susceptibles de s'exposer à accepter des relations sexuelles pour accéder aux produits. Elles subissent par ailleurs une très forte stigmatisation sociale liée à leur statut de femmes usagères de drogues qui semble encore plus ostracisé que celui des hommes usagers. C'est pourquoi, même si elles sont moins nombreuses (environ 10%), elles doivent néanmoins bénéficier d'une approche spécifique appuyée et ce dès les premiers contacts dans les fumoirs.



## POUR ALLER PLUS LOIN... TÉMOIGNAGES

### Témoignage d'une éducatrice paire :

« Avec les femmes il faut être patiente. Elles sont souvent plus difficiles à atteindre, car elles souffrent énormément. La femme, elle n'a que son sexe dans le fumoir. Si quelqu'un veut lui donner à fumer, elle doit se soumettre sexuellement. C'est aussi la femme qui donne naissance, qui souffre et c'est la plus vulnérable. Quand on la voit dans un fumoir elle doit attirer automatiquement notre attention et bénéficier d'un suivi médical immédiat et rapproché ».

### Témoignage d'une éducatrice paire :

« Les UD se méfient toujours. Ils ont besoin de personnes qui puissent leur expliquer la démarche RdR de l'intérieur. Ayant vécu dans ce milieu je sais de quoi je parle et quand on leur explique, ils adhèrent. Avec moi ils n'ont pas peur de la stigmatisation. Je joue un peu un rôle d'ambadrice. Il faut savoir trouver les mots justes pour convaincre et en général je puise dans mon expérience vécue. (...) Avec les leaders communautaires au début ce n'était pas facile. On était parfois suspecté d'être de mèche avec la police. Mais la confiance s'est finalement instaurée parce qu'on a fait un travail de sensibilisation et de dialogue et aussi parce que certains patients guérissaient. Les Babachés sont sensibles au fait que les malades du fumoir soient pris en charge. »

### Témoignage de praticien·ne de la Réduction des Risques :

« Lorsqu'un EP accompagne un patient, ce patient peut s'avérer être un proche ou un ami. Il y a des moments très durs en cas de décès où l'EP est en plein deuil. Il arrive aussi que l'EP soit confronté à des demandes au ghetto qu'il ne peut pas honorer, comme certaines demandes de financements matériels à des particuliers. Leur rattachement à l'équipe projet RdR modifie leur image et suscite des attentes chez leurs pairs qui vont parfois au-delà de leurs capacités à aider. Leur ascension professionnelle peut aussi les fragiliser vis-à-vis de leurs pairs qui attendent beaucoup d'eux. S'ils doivent accompagner des patients dont les pathologies ne peuvent pas être soignées ou prises en charge, ils peuvent le vivre assez mal car ils ont peur de passer pour des personnes indifférentes. Leur défi est de toujours tenter de garder une forme de distance et de ne pas entrer dans des rapports de forces ou des enjeux de pouvoir. »

### Témoignage d'un·e éducateur·trice pair·e :

« Les UD, par moment ils essaient d'entamer un rapport de force, mais même là, il faut savoir discuter. Il faut les comprendre, je les connais étant donné que j'étais à leur place... Il faut désescalader, les aider à faire redescendre la pression en eux. Et quand ils sont retombés, alors on peut à nouveau discuter calmement. Pour les convaincre, je me base sur ma propre expérience et sur des exemples de réussites d'autres usagers pour qui ça fonctionne. Je les mets en avant et je mets en avant leur témoignage. J'essaye de toujours leur prouver leur valeur. »

# Fiche pratique #3

## Comment identifier et accompagner les éducateur·trice·s pair·e·s ?

Au sein d'un projet de Réduction des Risques (RdR), les éducateur·trice·s pair·e·s (EP) jouent un rôle prépondérant. Ils sont **la courroie de transmission entre les personnes usagères de drogues (PUD) et les services proposés dans le cadre de la RdR**. Leur rôle est indispensable au projet et afin qu'il·elle·s puissent le jouer pleinement, il est important de savoir les identifier puis les accompagner.

### 1. Identifier : se frayer un chemin et repérer les bons profils

La constitution d'une **équipe communautaire** est un processus progressif au cours duquel il est capital de bien identifier les profils. Dès la mission exploratoire, on lie les premiers contacts avec un « fixeur » qui connaît la population cible. Ce premier interlocuteur sera le point de départ du fil d'Ariane. Une fois le lien noué on peut identifier d'autres contacts et chercher des allié·e·s issu·e·s de la communauté, des allié·e·s avec qui on peut commencer à construire. Ce sont souvent des profils de personnes qui ont plus de facilité avec le monde extérieur.

Pour jouer pleinement leur rôle de relais communautaires, ces personnes contacts doivent jouir d'une forme de reconnaissance au sein du « ghetto »<sup>1</sup>. **Il·elle·s doivent être connecté·e·s, influent·e·s et respecté·e·s**. Souvent le statut d'ancienneté de « vieux père » ou « tonton » joue un rôle positif. Il est important de garder une attitude d'ouverture, d'accessibilité et de non-jugement. Une fois qu'on bénéficie des bons contacts et de l'accès aux sites, le recueil des besoins de manière plus large est effectué pour toute la population des PUD.

### 2. Accompagner : manager une équipe communautaire

Avec les EP, il est important de prendre en considération leur niveau de maîtrise de leur consommation. Il faut les accompagner pour qu'il·elle·s soient en mesure d'en tenir compte et de composer avec dans le cadre de leur engagement professionnel. L'idée est que cette consommation affecte le moins possible leurs engagements sans pour autant être niée. La prise en compte de ces fluctuations contribue à établir la confiance entre un·e EP et son·sa référent·e.



1. Ce terme est employé délibérément car il correspond à l'appellation donnée par les personnes usagères de drogues à leur lieu de consommation (le fumoir), qui peut également être un lieu de vie.

## MESSAGES CLÉS



1. **Identifier des «fixeur·euse·s»** respecté·e·s et influent·e·s pour ouvrir l'accès à la communauté des consommateur·trice·s de drogues
2. Pour les consommateur·trice·s actif·ve·s proposer d'emblée un **accompagnement dans la gestion de la consommation** (sans exigence de sevrage)
3. **Prendre le temps de former**, de faire monter en capacité et de coacher ces recrues
4. **Adopter un mode de management flexible**, parfois à mi-chemin entre l'encadrement et l'accompagnement thérapeutique
5. **Savoir être à l'écoute**, faire preuve de patience et garder en tête que les éducateur·trice·s pair·e·s sont aussi des bénéficiaires du projet RdR
6. **Savoir gérer la distance entre l'aspect professionnel et personnel** en utilisant les bons outils (régulation, groupes d'analyse des pratiques, breaks réguliers, le travail en équipe...)
7. **Développer les groupes d'analyse des pratiques et la régulation** ( une psychologue vient une fois par mois pour que les membres de l'équipe puissent discuter de leurs pratiques professionnelles et de leur vécu sur le projet RdR)
8. Pour les situations difficiles à gérer on peut aussi **organiser des séances de travail** dont on ressort généralement avec des **plans d'action**
9. **Organiser des séances de travail régulières avec les éducateur·trice·s pair·e·s** pour parler des activités en plus du coaching individuel
10. Ne pas porter seul la coordination du volet communautaire, **mener un travail en équipe** pour qu'il y ait plusieurs interlocuteur·trice·s et plusieurs relais
11. S'assurer que les membres de l'équipe encadrante et les EP fassent des breaks réguliers et **qu'un systèmes fonctionnel de relai** à un tiers soit anticipé



### QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

12. Au moment de l'identification (au début d'un projet) la partenaire principale c'est la communauté elle-même
13. Les associations communautaires (**voir fiche dédiée**) ont aussi joué un rôle de relais de l'information pour les recrutements
14. L'équipe ressources humaines de l'organisation doit aussi jouer un rôle d'appui sur les profils de postes, les recrutements et les formations
15. Les équipes médicales de l'organisation et des partenaires de mise en œuvre peuvent également contribuer à la formation technique des nouvelles recrues. (**Voir fiche les partenaires de santé**)
16. Les éducateur·trice·s pair·e·s



### QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Être EP c'est jouer un rôle prépondérant et la première démarche c'est d'**accepter les règles du jeu de l'engagement mutuel** avec l'équipe projet, avec tout ce que cela suppose en termes de solidarité, d'entraide, mais aussi de respect des liens de subordination.

Et **cet engagement est professionnel et donc pas immuable**. Il peut être arrêté à tout moment par l'organisation ou par l'EP. Si l'engagement n'est pas respecté de manière répétitive, l'organisation doit pouvoir mettre fin à la relation de travail. Mais à côté de cela **l'organisation doit aussi faire preuve de flexibilité**, par exemple en donnant le droit pour les EP de mettre leur contrat en pause dans les périodes de consommation non maîtrisée, ou de leur mettre à disposition certaines personnes ressources du projet (accompagnement psychologique, groupes d'auto-support...).



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

**Les femmes EP sont avant tout des EP, elles peuvent TOUT FAIRE.** Pour les femmes EP, il faut faire attention à **ne pas systématiquement tenter de genrer l'approche sous la forme** : les femmes EP accompagnent les femmes UD et les hommes EP accompagnent les hommes UD. Ça ne fonctionne pas comme ça.

Dans le cas précis où une patiente UD est hospitalisée elle va parfois avoir besoin d'être accompagnée par une femme, notamment pour tout ce qui a trait à l'hygiène. Idem pour l'accouchement, une femme EP a plus facilement accès à la maternité.



## POUR ALLER PLUS LOIN... TÉMOIGNAGES

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la Réduction des Risques :

*« Ce qui enrichit l'approche RdR c'est surtout de cultiver la mixité. De fait dans le travail communautaire, ce sont les relations au sein du ghetto qui prévalent sur les relations intra-genrées. Il y a des enjeux de pouvoir dont il faut tenir compte. Un homme EP peut donc accompagner une femme UD et vice versa, même sur les suivis de grossesse. L'important c'est qu'il soit établi une relation de confiance avec l'EP, homme ou femme. »*

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la Réduction des Risques :

*« Quand nous avons débuté nous avons tout de suite appelé les relais communautaires « EDUCATEURS PAIRS ». Au départ, les critères de choix des profils portaient surtout sur l'engagement et l'appartenance à la communauté. Mais c'était un statut informel. Puis la collaboration initiale a évolué. Au fur et à mesure de l'enracinement du projet, la relation s'est formalisée. Les EP des débuts sont devenus médiateurs (superviseurs) et le projet a recruté d'autres EP. Il y a eu en parallèle un renforcement de leur professionnalisation. On a créé une sorte de parcours de stage et un stage de spécialisation. Là on s'est rendu compte que certains profils avaient des prédispositions pour certaines activités. On a renforcé et laissé s'épanouir les profils à haut potentiel. »*

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la Réduction des Risques :

*« Le travail de pilotage d'une équipe qui met en place des activités communautaires demande une très forte implication professionnelle et personnelle. Il faut donc être vigilant quant aux risques que cela présente et aux dérives que cela peut entraîner. Les émotions, les sentiments, l'empathie sont très sollicités et il faut savoir se tenir à la bonne distance. »*

# Fiche pratique #4

## Comment déployer les maraudes et les sorties soins et dépistages ?

Dans le cadre d'un projet de Réduction des Risques (RdR) liés à l'usage de drogues, il existe deux outils principaux d'outreach (aller vers) déployés sur le terrain : **les maraudes et les sorties soins et dépistages (SSD)**.

Ces deux activités peuvent être menées indépendamment ou simultanément, car elles ne mobilisent pas les mêmes ressources et n'ont pas les mêmes objectifs. L'important est de bien identifier en amont le but recherché, compte tenu des moyens à disposition, en déployant l'une ou l'autre de ces activités.

### 1. Les maraudes<sup>2</sup>

Dans le cadre d'un projet de RdR liés à l'usage de drogues, les maraudes consistent à se rendre sur les lieux de consommation pour créer du lien avec les personnes usagères de drogues (PUD) et leurs proposer des mesures incitatives de réduction des risques liés à leur consommation. La maraude n'est pas nécessairement une démarche médicalisée, elle peut être effectuée par des éducateur·trice·s pair·e·s et/ou des travailleur·euse·s communautaires. Elle peut également être thématique (maraude TB, maraude VIH, maraude femmes, maraudes injecteurs...). Par ailleurs, au-delà de son rôle d'outil de sensibilisation, la maraude sert également à repérer les lieux, à connaître les PUD et se faire connaître, à identifier les besoins des PUD et à proposer des services. Par exemple, les éducateur·trice·s pair·e·s (EP) y repèrent les malades, les testent (VIH et tuberculose) et les réfèrent.

Si elle s'avère particulièrement efficace pour créer du lien en début de projet, la maraude peut aussi être utilisée tout au long du programme comme outil pertinent pour continuer à entretenir la relation avec le terrain, approfondir certains sujets ou encore initier un suivi pour certains patients. Elle permet aussi de maintenir la couverture géographique et le lien sur les sites de consommation. Les maraudes ont pour but de créer des ponts entre les structures de santé existantes et les fumeurs. Enfin, la maraude est aussi l'occasion d'entretenir des relations/liens informels avec toutes les parties prenantes au projet : les PUD, les *babachés*, les agents de santé...

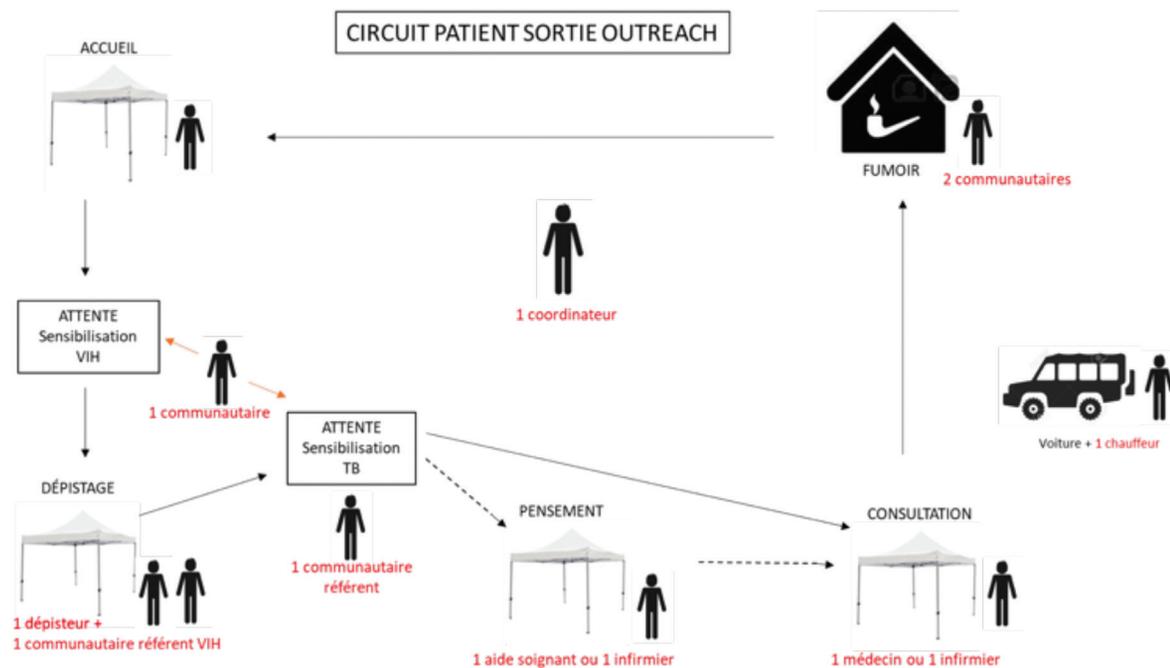
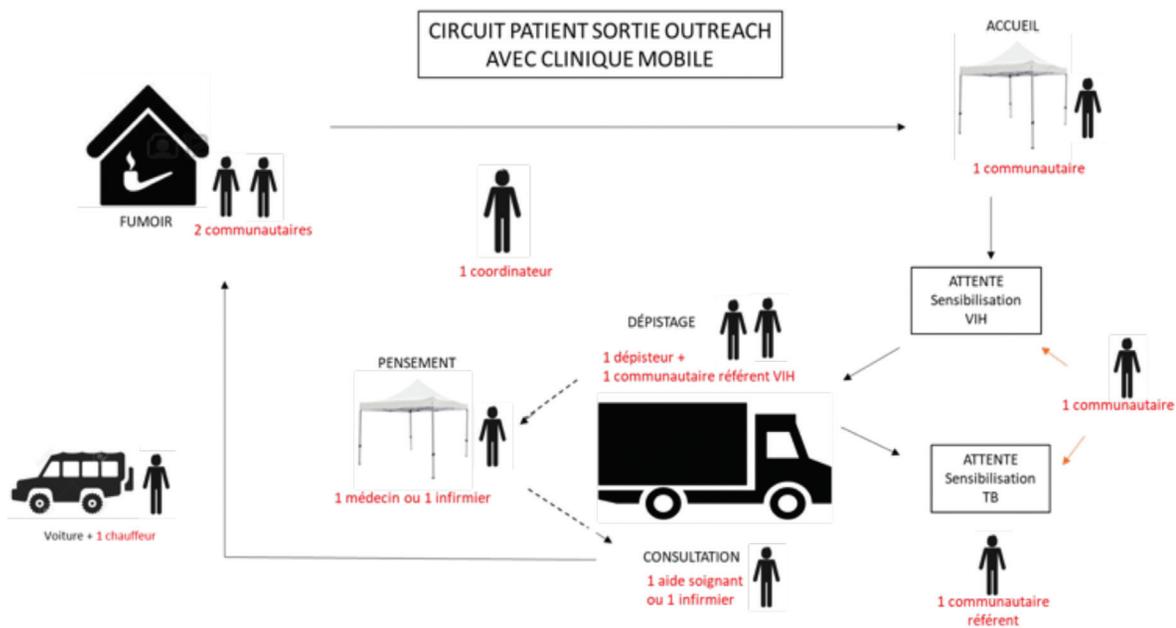
### 2. La sortie soins et dépistages (SSD)

À l'inverse de la maraude, la SSD est un dispositif médicalisé. Il s'agit **d'un service de médecine mobile** qui peut se décliner sur des formats plus ou moins lourds dont deux d'entre eux sont présentés plus loin sous forme de schémas.

**Au démarrage du projet** lorsque l'acceptance et la reconnaissance sont des enjeux importants pour pouvoir s'implanter, **les dispositifs les plus lourds sont recommandés** afin d'asseoir la légitimité des organisations porteuses du projet vis-à-vis des populations cibles. Cela permet de fournir de façon efficiente des soins aux malades sans les faire déplacer. C'est un point d'accroche très fort qui permet à la fois la prise de contact et la mise en confiance de la population d'un site. Quand le projet est plus avancé, elle peut aussi servir à **traiter des situations d'urgence**.

**Lorsque le projet est bien ancré** et que les équipes et les structures de santé sont bien identifiées, on peut mettre en place un **dispositif plus léger** avec moins de personnel et de matériel car le système de référencement est déjà fonctionnel, notamment grâce à l'accompagnement médico-communautaire ([voir fiche dédiée](#)).

2. La maraude est, dans sa définition générale, le parcours effectué par les bénévoles, les travailleur·euse·s sociaux, communautaires ou humanitaires, dans les rues ou les campements des grandes villes pour porter assistance aux personnes qui y vivent.



Référence: les deux schémas présentés ici sont issus du Vadémécum SSD de Médecins du Monde en Côte d'Ivoire

## MESSAGES CLÉS



### 1. S'adapter aux besoins du terrain

- Ajuster constamment la meilleure réponse aux besoins de chaque contexte et des moyens disponibles.
- Développer la complémentarité entre les dispositifs maraude et SSD qui peuvent avoir lieu simultanément en fonction des besoins identifiés
- Tenir compte du fait que tous les sites de consommation ont des spécificités propres
- Suivre les protocoles de prise en charge tout en s'adaptant aux réalités de chaque terrain

### 2. Accompagner les éducateur·trice·s pair·e·s

- Bien coacher les EP pour qu'il·elle·s s'approprient les stratégies et les outils associés
- Encourager les EP à faire des retours réguliers pour améliorer et réajuster continuellement l'activité.
- Assurer le renforcement continu de leurs compétences<sup>3</sup>

### 3. Remettre le-la patient·e dans une démarche d'accès aux soins

- Garder en tête que pour la maraude, comme pour les SSD, l'objectif est de placer le-la bénéficiaire comme un·e acteur·trice essentiel·le de sa prise en charge pour améliorer son accès aux soins.
- Donner une place importante à la dynamique d'accompagnement médico-communautaire (voir fiche dédiée).
- Élaborer une aire sanitaire pour relier tous les lieux de consommation alentours aux centres de santé existants.



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Les partenaires de mise en œuvre
- Les structures médico-sanitaires de référencement
- Les agents de santé communautaires des centres de santé primaires ou spécialisés tel que Centres de Traitement de la Tuberculose
- Les autorités locales, la police, la gendarmerie (qui doivent être informées des activités en cours des projets et des zones qu'elles couvrent)
- Les habitants du quartier (pour assurer une bonne compréhension des personnes qui vivent avec les PUD)
- Les éducateur·trice·s pair·e·s

3. Il est notamment important de rester attentif·ve au fait que les éducateur·trice·s pair·e·s sont également des bénéficiaires et que de ce fait, en les faisant intervenir dans les lieux de consommation, on peut parfois les fragiliser par rapport à la gestion de leur propre de consommation s'il·elle·s ne sont pas correctement accompagnés·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Les EP font partie intégrante du processus des activités outreach que ce soit SSD ou maraude. Ils interviennent en amont, durant et après la réalisation des activités. Ce sont elles et eux qui prodiguent l'information et la sensibilisation ; qui assistent le personnel médical pour toute la logistique des SSD et qui incarnent le lien entre le personnel médical et les PUD pendant et après le référencement.

Il-elle-s sont également des agents dépisteurs communautaires. Il-elle-s pratiquent le test rapide pour détecter le VIH et assurent le dépistage et la collecte des crachats pour la Tuberculose. Il-elle-s acheminent les prélèvements aux laboratoires d'analyse, puis rapportent les résultats directement aux patient·e-s. Pour les cas positifs, il-elle-s, en lien avec les équipes médicales des centres de santé, proposent immédiatement un accompagnement médico-communautaire (voir fiche dédiée). Par ailleurs, s'il-elle-s constatent qu'un·e patient·e présente des signes inquiétants lors des collectes, il-elle-s appellent l'équipe médicale, décrivent ce qu'il-elle-s voient et transmettent les recommandations en direct. Il-elle-s sont également les premiers relais vers les soins lors des urgences médicales vitales.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Lors des SSD, les femmes usagères de drogues ne patientent pas. Elles sont prises en charge prioritairement avec une bonne acceptance de la part des hommes usagers. Pour les maraudes, il est capital de veiller à organiser des maraudes thématiques dédiées spécifiquement aux femmes au sein desquelles elles peuvent aborder toutes les problématiques auxquelles elles sont confrontées dans un environnement protégé.



## POUR ALLER PLUS LOIN... TÉMOIGNAGES

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la RdR :

« Quand on a organisé le groupe « Go Choc ! » (femme forte) ça a très bien marché. C'est un groupe de parole mais pas que. Les femmes parlent de thèmes qui leur tiennent à cœur mais aussi elles se tressent, préparent à manger ensemble. Il y en a une qui m'a dit « C'est vrai je suis UD, mais je suis une belle femme ! », ça les valorise de prendre soin d'elles. »

### Témoignage d'une éducatrice paire :

« Les maraudes femmes c'est très important ! Entre elles, les femmes se lâchent et partagent leur ressenti. Quand on est ensemble, chacune dit ce qu'elle pense et ce qu'elle vit, alors qu'elles ne le diraient jamais devant les hommes. Tout ce qu'elles vivent en tant que femmes UD, les violences, la prostitution, les grossesses... il n'y a qu'entre elles qu'elles en parlent. »

### Témoignage d'un-e praticien-ne de la RdR:

« C'est mieux de spécialiser des équipes de maraudes selon le profil et la motivation des travailleur-euse-s communautaires. Au début, on a essayé de faire travailler la même équipe sur plusieurs thèmes. Les intervenants étaient polyvalents. Mais on a réalisé que certaines thématiques revenaient plus que d'autres lors des maraudes et qu'elles portaient sur les sujets sur lesquels les travailleurs communautaires se sentaient plus à l'aise. On a donc suivi cette tendance au lieu d'aller contre et on a recomposé les équipes par affinités thématiques en leur permettant de se spécialiser. Ça a créé des compétences et fait émerger des profils de plus en plus pertinents sur leurs sujets. Ils construisent leur expertise à force de la nourrir. C'est à la fois plus facile pour eux et plus valorisant. Cela a aussi été bénéfique pour les personnes usagères de drogues car elles ont eu accès à une information beaucoup plus approfondie. »

### Témoignage d'un-e praticien-ne de la RdR:

« Pour les SSD, il faut absolument informer les autorités qu'on couvre ces zones. Par ailleurs, on essaye de mobiliser la communauté en amont pour qu'elle prépare la population. On prend souvent des patients qui présentent déjà des symptômes et on peut aussi dépister la population générale (non UD) pour ne pas susciter de stigmatisation. »



# Fiche support OUTREACH

## OUTILS ET MOYENS MIS EN ŒUVRE

### Les outils utilisés

- Les fiches de référence, contre-référence
- Les fiches de collecte
- Les fiches de transport
- Les fiches de rapport de suivi à destination des EP qui doivent rendre compte de leur suivi.
- La bases de données de suivi patients
- Les ordres du jour et comptes rendu des réunions hebdomadaires point suivi patients (avec une forte initiative des EP et un contrôle de l'équipe médico-communautaire)
- Les ordres du jour et compte-rendus des réunions mensuelles de suivi patients en présence de toute l'équipe et des EP qui sont des vrais acteur-trice-s de la réunion et doivent présenter leurs patients.
- Les contrats qui lient les EP à l'organisation référente et les fiches de poste
- L'organigramme communautaire: penser la composition d'une équipe en cascade avec un ratio de maximum 6 EP à manager en direct
- Les Kits de formation des EP
- Fiches pour codifier les patients (TB)
- Outils RdR

### Les moyens humains et/ou financiers, les points de vigilance issus de la capitalisation de l'expérience

#### 1. Budget RH, formations et renforcement des capacités

Dans le cadre du budget de l'outreach, Il est important de prévoir de financer une équipe d'éducateur-trice-s pair-e-s respectant le ratio **1 EP à temps plein pour assurer le suivi de 6 patients.**

Au niveau de l'encadrement, il faut également prévoir un ratio sensiblement similaire de 1 pour 6: **un-e superviseur-e pour 6 EP** et d'ajouter des référent-e-s thématiques VIH et tuberculose (TB) qui accompagnent les équipes dédiées de façon transversale à plein temps.

**Il faut également anticiper les frais de transports:** dans chaque protocole de suivi VIH et TB, les visites à domicile sont prévues à intervalles réguliers. Par ailleurs, ces frais pourront également permettre de garantir la dispensation des traitements des personnes les plus isolées.

#### 2. Budget urgences

Enfin il est important de prévoir **des enveloppes hebdomadaires d'urgences** avec des frais de transports et des frais de santé pour le suivi des PUD atteintes de pathologies non prises en charge par l'Etat (donc hors VIH TB) ou pour les urgences chirurgicales.

### CHECKLIST DES LIGNES À BUDGETISER

Visibilité
Frais de transport
Frais de communication
Matériel: tente, tabouret, paravent, sac à dos
Matériel médical: tensiomètre, lit de consultation...
Médicaments
Frais alimentation café thé
Outils de sensibilisation RdR
Unité mobile
Sac à dos pour transport matériel maraudes
Location de voiture



Cette capitalisation a été conduite par Marion Junca, de l'association LED Expertise (aujourd'hui PLUS 10 Expertises), appuyée par Aurélie Rablet pour une partie de la collecte de données.

### COMITÉ DE PILOTAGE

**Marie-Julie Marche-Toha**, *Référente prise en charge CASA (mission MdM RCI)*

**Lucien N'zi**, *Coordinateur Programme RdR-PUD (mission MdM RCI)*

**Stéphanie Baux**, *Coordinatrice Générale (mission MdM RCI)*

**Lise-Hélène Pourteau-Adjahi**, *Responsable Mission RdR- PUD (mission MdM RCI)*

**Julien Chauveau**, *Référent Capitalisation et Evaluation (siège MdM)*

**Anne Cheyron**, *Responsable de Desk (siège MdM)*

Photographies : ©I5PC





# Plaidoyer

Pour la Réduction des Risques  
liés à l'usage de drogues

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم  
LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΪ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DÖKTERS  
VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団  
ÄRZTE DER WELT दुनियाकेडॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOC



# Sommaire

<b>INTRODUCTION</b>	<b>3</b>
Quels sont les fondements du plaidoyer pour la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?	
<b>Fiche pratique #1</b>	<b>4</b>
Comment se construit le plaidoyer pour la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?	
<b>Fiche pratique #2</b>	<b>12</b>
Comment poser les fondements d'un plaidoyer en Réduction des Risques à base communautaire ?	
<b>Fiche pratique #3</b>	<b>16</b>
À quoi sert le plaidoyer régional et international ?	

# INTRODUCTION

## Quels sont les fondements du plaidoyer pour la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?

Dans la plupart des pays du monde, l'usage prohibé de substances et la législation relative aux consommations de drogues conduisent à de fortes pressions sur les consommateur-ice-s. Cette pression, doublée d'une forte stigmatisation sociale aboutit à une discrimination quasi universelle des personnes usagères de drogues. Leur accès aux droits fondamentaux en général, et au droit à la santé en particulier, s'en trouvent très fragilisé.

La Réduction des Risques (RdR) est une approche pragmatique qui **consiste à construire avec les personnes usagères de drogues (PUD), des solutions adaptées à leurs besoins pour améliorer leur santé**. Cela induit des interventions de prévention, des traitements et des soins, un accompagnement psychosocial et des actions favorisant l'autonomie socio-économique auprès des personnes concernées, et notamment de :

- Promouvoir la mise en œuvre de services holistiques dans une démarche communautaire non-jugeante basée sur les besoins.
- Faire évoluer les politiques qui criminalisent la consommation, au profit d'approches fondées sur la santé publique et les droits humains.
- Améliorer l'accès à la prévention, au dépistage et au traitement du VIH, de la TB et des Hépatites Virales.
- Lutter contre la stigmatisation et toutes formes de violences en militant pour l'accès à la justice et aux droits.

Basé sur le schéma proposé par Médecins du Monde<sup>1</sup> reposant sur 12 piliers<sup>2</sup>, l'équipe de Médecins du Monde en Côte d'Ivoire, avec des représentant-e-s de la population usagère de drogues, propose une approche adaptée au contexte ivoirien en 12 points :

Information, Education, & Communication ciblées	Conseils et dépistage à l'initiative du soignant pour le VIH et les hépatites	Réduction du partage des outils de consommation & Promotion du préservatif
Prévention, diagnostic & traitement des Infections Sexuellement Transmissibles	Prévention, diagnostic des hépatites virales (B & C) & vaccination contre l'hépatite B	Prévention, diagnostic & Traitement de la Tuberculose
Prise en charge VIH/Sida	Prise en charge des addictions et sevrage accompagné	Promotion des droits humains pour les UD, lutte contre la criminalisation & prévention des violences
Appui psychosocial & santé mentale	Réintégration socio-économique	Prévention & gestion des overdoses

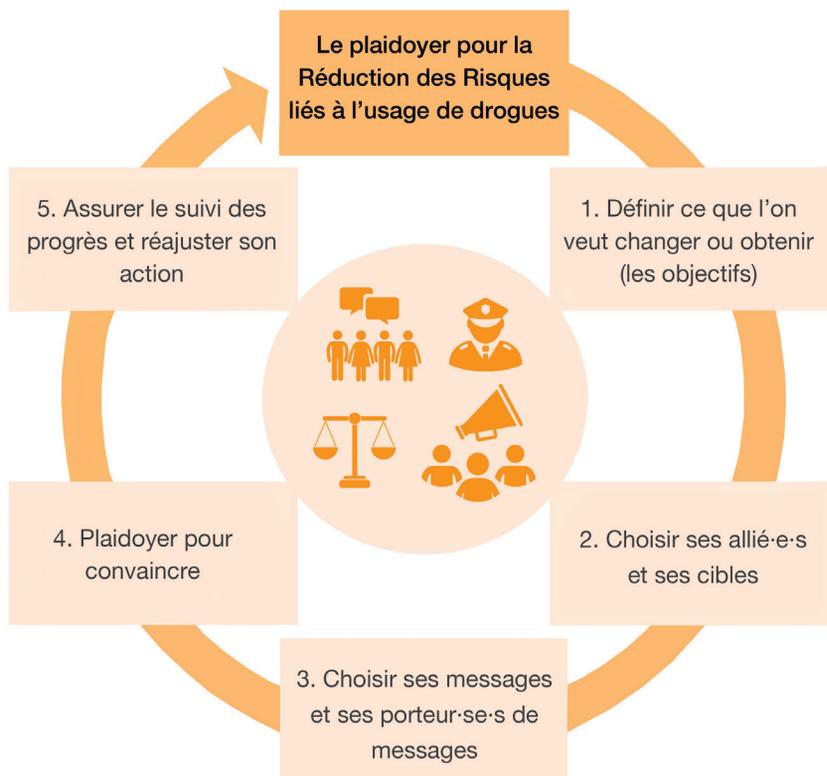
1. <https://www.medecinsdumonde.org/fr/qui-sommes-nous/reduction-des-risques-rdr>

2. Eux-mêmes inspirés du Schéma de proposé en 2009 par l'OMS, l'ONUDC et l'ONUSIDA, dans son guide destiné aux Pays pour la définition d'objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA, (page 10) constitué d'un paquet d'activités visant à réduire les risques liés au VIH chez les usagers de drogues par voie injectable et comprenant 9 interventions :  
**1) Programmes d'Aiguilles et de Seringues (PAS) / 2) Traitements de substitution aux opiacés (TSO) et autres traitements de la dépendance / 3) Dépistage du VIH et Conseil (D&C) / 4) Traitement antirétroviral (TAR) / 5) Prévention et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST) / 6) Programmes de distribution de préservatifs pour les UDI et leurs partenaires sexuels / 7) Information, Education et Communication (IEC) ciblées sur les UDI et leurs partenaires sexuels / 8) Vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale / 9) Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose (TB).**

# Fiche pratique #1

## Comment se construit le plaidoyer pour la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?

Le plaidoyer pour la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues porté par Médecins du Monde a notamment pour but de briser les murs de la stigmatisation et de la discrimination qui entourent les personnes usagères de drogues en opérant un **changement des représentations** à travers une **clarification des valeurs** (voir fiche dédiée) au sein des autorités et des institutions partenaires. Pour ce faire, la stratégie de plaidoyer doit se décomposer par étapes afin d'atteindre les objectifs que l'on s'est fixés.



*La sphère centrale désigne les conditions d'un environnement favorable au respect des Droits Humains pour les personnes usagères de drogues, c'est l'objet de la fiche pratique suivante (n°2) : Comment poser les fondements d'un plaidoyer RdR à base communautaire ?*

### 1. Définir ce que l'on veut changer ou obtenir, les objectifs du plaidoyer

Le plaidoyer RdR se fonde sur ce qui est communément appelé « **la raison de santé publique** ». Cette notion fait référence à la prise en compte indispensable des **populations clés**<sup>3</sup> dans la lutte contre les grandes pandémies type VIH, Hépatites Virales, Tuberculose et même maintenant pour la COVID. Mais avant même d'utiliser cette notion, Médecins du Monde considère les personnes usagères de drogues comme **hautement vulnérables**. En effet, en plus des stigmates sociaux qui accompagnent l'usage de drogues, elles sont la plupart du temps exposées à une très grande pauvreté et à un éloignement extrême des systèmes de santé. Par ailleurs, en consommant dans l'espace public, les PUD s'exposent à une répression policière importante.

3. Pour l'ONUSIDA, les cinq principaux groupes de population clés qui sont particulièrement vulnérables au VIH et n'ont souvent pas accès à des services adéquats sont les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe, les personnes transgenres, les consommateurs.rices de drogues injectables et les détenu.es ainsi que les personnes incarcérées. <https://www.unaids.org/fr/topic/key-populations>

## Les grands enjeux de plaidoyer de la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues en Côte d'Ivoire

1. **L'intégration du paquet minimum d'activité** auprès des personnes usagères de drogues dans les protocoles sanitaires.
2. **La promotion de la mise en place des Traitements de Substitution aux Opiacés**, (de leur inscription au registre national officiel des médicaments, jusqu'à leur distribution) à l'échelle nationale en lien avec **le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, le Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions, le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et l'Institut National de Santé Publique**.
3. **La modification de la Loi anti-Drogue en Côte d'Ivoire** <sup>4</sup> **en collaboration avec le Comité Interministériel de Lutte Anti-Drogue**, pour qu'elle propose des alternatives à l'incarcération (voir fiche dédiée). La proposition de projet en cours d'étude pour validation par le Ministère de la Sécurité et le Ministère de la Justice <sup>5</sup>.
4. **La valorisation des Droits Humains** à travers la collecte des cas de violations afin d'alimenter le plaidoyer auprès des forces de l'ordre et le processus de plaidoyer mis en place lors des arrestations de simples consommateurs car il permet une sensibilisation à tous les niveaux du système de répression.
5. **L'accompagnement juridique des personnes usagères de drogues** afin qu'elles puissent être en mesure de faire valoir leurs droits devant la Justice (voir fiche sur l'accompagnement juridique au CASA).
6. **Le renforcement des capacités des associations ivoiriennes** partenaires de mise en œuvre (voir fiches dédiées) pour une autonomisation sur le suivi de l'application du paquet d'activité auprès des personnes usagères de drogues dans les protocoles sanitaires et de référencement des personnes usagères de drogues sur les questions de droits.
7. **Le renforcement des capacités et de leadership des organisations communautaires et des plaideurs communautaires** pour leur permettre de réaliser, par eux-mêmes, des activités de plaidoyer (voir fiche dédiée : Comment poser les fondements d'un plaidoyer RdR à base communautaire?).

4. Médecins du Monde a contribué à la rédaction de 2 avant-projets de loi et 3 décrets d'application afin de réduire les peines d'emprisonnement pour simple usage de drogues, proposer des alternatives à la prison et inclure la RdR comme approche de PEC des UD. Le processus de vote de la loi est en cours. Ce processus est long. Une fois l'adoption de ces lois et décrets MdM a pour mission de leur divulguer au plus grand nombre. Le travail de plaidoyer auprès des autorités judiciaires se poursuivra avec notamment la présentation du projet dans les nouvelles zones d'intervention.

5. Examen Périodique Universel : chaque 4 ans et demi il y a une révision de la violation des droits humains par les nations avec une présentation par état et par profil de population et dont les usagers de drogue font partie. En Côte d'Ivoire, Médecins du Monde a travaillé pour renseigner toute cette partie. Chaque année les organisations de Droits de l'Homme se réunissent pour faire un point local sur la situation des droits humains et c'est lors de ces réunions que MdM a pu faire passer la nécessité pour les populations clés comme la UD d'avoir des alternatives à l'incarcération. Passer par ce processus a contribué à légitimer leur demande.

## MESSAGES CLÉS



Chaque thème de plaidoyer doit être décliné en **plan d'action** et pour chaque plan d'action, la ou les organisations porteuses ou associées doivent être en mesure :

- **D'accompagner et suivre le processus.**
- De maintenir dans leurs approches des **relations interpersonnelles cordiales** (relations publiques).
- De **cultiver l'humanisation des relations publiques** et les conditions d'un dialogue empathique et bienveillant.
- De **respecter les protocoles**, les codes et la hiérarchie des organisations cibles et/ou alliées de plaidoyer

## 2. Choisir ses alliés et ses cibles<sup>6</sup>

**Qu'est-ce qu'un-e allié-e de plaidoyer ?** C'est une personne ou une organisation publique ou privée qui défend la même cause que vous, pas nécessairement avec la même intensité, ni de la même manière. Ce sont les principaux partenaires de votre initiative de plaidoyer.

**Qu'est-ce qu'une cible de plaidoyer ?** Ce sont les décideur-euse-s qui sont en mesure de répondre à vos attentes ou à vos demandes de plaidoyer. Il-elle-s ont le pouvoir de faire évoluer le processus politique pour résoudre, ou contribuer à résoudre votre problématique.



6. Guide de Plaidoyer pour la promotion d'un environnement propice pour la société civile dans des contextes spécifiques, Forum sur l'Efficacité de Développement des OSC, Constanza de Toma.



## MESSAGES CLÉS

### 1. Choisir ses allié·e·s

- Savoir qui va convaincre et qui va avoir de l'influence en prenant la parole, ceux qui sont d'emblée légitimes à convaincre par leur réputation ou par leur position sociale.
- Regarder dans l'organigramme des Ministères quels sont les départements qui ont des prérogatives en lien avec les Droits Humains et la santé publique, on sait qu'ils seront par définition plus sensibles
- Solliciter et impliquer en priorité :
  - les médecins influent·e·s, lié·e·s aux institutions (Ministères, Universités...),
  - les Programmes Nationaux du Ministère de la Santé (tabac-alcool, VIH, TB) des partenaires essentiels
- Garder en tête que la légitimité du·de la plaideur·euse à plaider est la clé, elle est supérieure à la technicité.

### 2. Choisir ses cibles

- Faire un travail de mapping des acteur·ice·s consciencieux pour évaluer qui détient le plus grand pouvoir de blocage à l'égard d'un projet RdR. C'est la plupart du temps les institutions dont le rôle social (le devoir), est de garantir la lutte contre le trafic et l'usage de drogues : la police et la justice.
- Être attentif·ve au fait que, les cibles de plaidoyer ne sont pas des opposant·e·s. Elles ne doivent donc pas être considéré·e·s comme des adversaires, mais bien comme des entités à convaincre.
- Contribuer à faire évoluer positivement leurs représentations par une argumentation factuelle et étayée.
- Garder en tête qu'il arrive parfois que des cibles de plaidoyer, une fois acquises à la cause, deviennent vos meilleures alliées.

## 3. Choisir ses messages et ses porteurs de messages

En matière de plaidoyer, il est souvent difficile de parler à tout le monde de la même manière. Il faut, en quelques sortes, « **savoir s'adapter à son public** ». Ainsi, tout en respectant le principe fondamental : « **on ne parle pas des personnes usagères de drogues sans les personnes usagères de drogues elles-mêmes!** », le plaidoyer en Réduction des Risques (RdR) adapte ses messages à ses cibles. Certain·e·s seront par exemple plus sensibles aux arguments de santé publique, d'autres à l'approche en termes de droits humains, certain·e·s plus réceptif·ve·s aux témoignages directs et aux récits de vie, d'autres à la parole d'un scientifique ou d'un médecin... **La finalité est de trouver le meilleur moyen d'être entendu.** (Voir fiche pratique 2 : comment poser les fondements d'un plaidoyer à base communautaire.)

**Pour se rendre audible**, le plaidoyer RdR doit se faire l'écho de **plusieurs voix concordantes** qui fondent sa légitimité et sa force:

- la voix des personnes usagères de drogues elles-mêmes
- la voix de la santé publique, basée sur de l'évidence scientifique et notamment sur les études scientifiques réalisées en Côte d'Ivoire (cf. les quatre études bio-comportementales à date - voir fiche dédiée)
- la voix des Droits Humains, basée sur la capacitation (*empowerment*) des personnes usagères de drogues à connaître et faire valoir leurs droits (voir fiche pratique suivante)

## MESSAGES CLÉS



### 1. Faire porter la voix des personnes usagères de drogues elles-mêmes<sup>7</sup>

- **Bien choisir les membres du groupe plaidoyer** en fonction de leurs capacités initiales à plaider et à convaincre les cibles.
- **Accompagner et renforcer leurs compétences**: messages, positionnement, outils, etc...
- Travailler avec **des binômes ou des trinômes** pour être sûr qu'il y a un relai possible au cas où une des personnes n'est pas en mesure de jouer son rôle.

### 2. Mobiliser des allié-e-s et des arguments en santé publique

- Développer de l'évidence scientifique à travers des études robustes (voir fiche sur les études bio-comportementales).
- Mobiliser des personnels de santé compétents, reconnu-e-s et influent-e-s et fortement impliqué-e-s dans la prise en charge des patients UD.

### 3. Travailler main dans la main avec les organisations de la sphère des Droits Humains

- Mobiliser les organisations actives sur les questions des Droits Humains en fonction de leur sensibilité et de leur rôle initial



7. La capitalisation sur ces questions est essentiellement basée sur l'expérience menée par le Groupe Phénix à Abidjan. Ce groupe, constitué de personnes usagères de drogues est très actif sur les questions de plaidoyer RdR en Côte d'Ivoire. Plusieurs de ses membres sont des contributeurs de la capitalisation en général et des fiches pratiques plaidoyer en particulier.

## ZOOM: les organisations en faveur des Droits Humains, des alliés puissants

### Témoignage de praticien-ne du plaidoyer RdR

#### Le Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH)

« Le CNDH est non gouvernemental. Il est constitué de membres divers de la société civile et son statut est respecté et protégé. Il est dirigé par une femme. Cette institution se montre très sensible aux notions d'équité de genre. Médecins du Monde a fait une demande d'audience avec le Conseil des Organisations Nationales de lutte contre l'Abus de Drogues (CONAD-CI), pour faire valoir le respect des droits des PUD lors des interpellations, pour leurs conditions de détention lors des gardes à vue. MdM a notamment demandé au CNDH d'endosser avec le CONAD-CI une note de plaidoyer portant sur cette question. Consécutivement à cette lettre MdM a pu entrer en contact avec un membre du cabinet du Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile. C'est le rapprochement avec le CNDH qui a permis de solliciter les acteurs pertinents pour avoir un impact sur ce genre de questions. Un allié conduit vers un autre allié. Et par ailleurs, en endossant la lettre, la CNDH et le CONAD-CI positionnent de facto les droits des UD comme une problématique de Droits de l'Homme. »

#### La Ligue Ivoirienne des Droits de l'homme (LIDHO)

« C'est une association composée d'universitaires en sciences sociales ou en droit. C'est l'organisation avec laquelle MdM fait l'assistance juridique et judiciaire des cas de personnes jugées. C'est notamment avec eux que MdM a développé la sensibilisation des procureurs. Pour entrer en lien avec le Procureur, on a fait une demande officielle d'audience obtenue en utilisant la technique « du pied de grue » via un éducateur pair rôdé aux techniques de plaidoyer et ça a marché ! Un des résultats est qu'un Procureur Général de la République après avoir visité le CASA a fait une dotation financière au centre. Et lors de cette visite, c'est le témoignage d'une femme éducatrice paire qui a beaucoup retenu son attention. Et on a proposé ensuite une information plus générale sur notre projet et le 1er Procureur de la République s'est positionné comme notre allié. »

#### La Direction de la protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (DPJ EJ)

« Cette organisation joue le rôle de point focal VIH au sein du Ministère de la Justice et des Droits de l'Homme. MdM a su saisir cette opportunité pour dialoguer autour de l'approche santé publique. La Directrice et la Sous Directrice sont magistrates. La Directrice siègeait à la Cour Suprême. Ce sont donc de très hauts profils avec une influence et un rayonnement puissant. Avec la Directrice et la Sous-Directrice, MdM a observé comment les textes de loi pouvaient entrer en contradiction. Nous avons grâce à cela mis en évidence que la loi proposait déjà des alternatives à l'incarcération. Ou encore que lors d'une audience ou d'un procès le prévenu pouvait assurer lui-même sa défense ou faire appel à un tiers... »

Là encore un allié en a amené un autre. La DPJ EJ a permis à MdM d'entamer des relations avec les juges pour évaluer avec eux comment utiliser à meilleur escient l'arsenal de droits existants pour défendre au mieux les usagers, en reliant cela aux possibilités qu'offre le code pénal notamment en alternative à l'incarcération. Le code pénal ivoirien contient déjà 10 possibilités d'alternatives à l'incarcération. »

#### Témoignage d'un·e praticien·ne du plaidoyer RdR :

« C'est très important de préparer les messages en amont d'une rencontre. On fait une sorte de répétition. Et ensuite on fait des retours d'expérience. Ce qui doit être pris en considération par les plaideurs c'est l'intérêt commun. On a eu l'expérience de certaines personnes qui étaient trop centrées sur leur propre situation et dans ce cas, on essaye de leur faire élargir leur discours à la cause générale. On va parfois leur demander de partager des situations que d'autres ont vécues. L'idée c'est de les faire passer à l'état de porte-parole. (...) Avec les gens les plus hostiles à la Réduction des Risques, on essaye d'y aller très progressivement. On prend vraiment des porte-paroles très expérimentés, qui ont l'expérience de s'adresser à des publics exigeants. »

## 4. Plaider pour convaincre : l'exemple du processus de modification de la Loi anti-drogues

En Côte d'Ivoire, Médecins du Monde a mis en place une stratégie de plaidoyer visant à contribuer à faire adopter une loi qui tienne compte de la **Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988**<sup>8</sup>, moins répressive pour la simple consommation de drogues. A ce titre, Médecins du Monde s'est attelé à influencer les acteur·rice·s majeur·e·s de la loi anti-drogues en Côte d'Ivoire en passant par toutes les étapes du « cycle de plaidoyer ».

Témoignage d'un·e praticien·ne du plaidoyer RdR : « En attendant que le processus officiel n'aboutisse au vote, nous avons mené un plaidoyer lors de la visite de la Présidence et du Ministère de la Santé Français au CASA fin 2019. Nous avons notamment profité de cette opportunité pour solliciter une rencontre avec le Vice-Président Ivoirien Daniel Kablan Duncan et ainsi le sensibiliser à l'enjeu de l'adoption de la loi. En 2020, le Comité Interministériel de Lutte Anti-Drogue nous a informé que le Ministère de la Justice avait commenté l'avant-projet de loi et toutes les avancées en faveur de l'approche de Réduction des Risques pour les personnes usagères de drogues ont été maintenues. Le document est reparti au cabinet qui doit le retransmettre au gouvernement ou au Ministère de la Justice. Le Ministère de la Justice doit donner à nouveau son accord. Par rapport aux députés on a organisé une table ronde à travers un Groupe Commission Drogue. Ils se sont engagés à sensibiliser leurs pairs pour que la loi passe. »



## MESSAGES CLÉS

### 1. Se positionner en contributeur·rice / facilitateur·rice

- **S'allier avec les instances représentatives de la société civile sur le sujet de la lutte anti-drogues.**
- **Laisser les institutions et les autorités compétentes seules légitimes à porter le processus** de modification de la loi
- Proposer des amendements au texte qui **facilitent le travail des institutions compétentes**

### 2. Créer les conditions propices à l'échange des visions et des points de vue

- Organiser des **ateliers pluri-acteur·rice·s autour de la modification de la loi** sous l'autorité des institutions légitimes et compétentes (pour la préparation d'atelier pluri-acteur·rice·s de co-écriture d'un projet de loi : il est indispensable de rencontrer en amont les personnes concernées en direct pour leur parler du projet et les faire adhérer aux objectifs de l'atelier)
- Faciliter **la participation commune à des évènements internationaux** sur la question de la lutte anti-drogues et les **rencontres avec d'autres décideur·euse·s** qui ont déjà fait évoluer le cadre légal dans leurs pays
- Rester positionné sur **une approche de santé publique** et les effets d'une consommation à risque

### 3. Se donner du temps

- **Inscrire la programmation d'un changement effectif de loi dans un temps long** avec lequel la temporalité des bailleurs de fonds n'est pas toujours compatible
- Utiliser des **indicateurs qui permettent de documenter le processus** et l'évolution des actions de plaidoyer (ainsi un indicateur de résultat peut être : le texte est validé par XX instance et non le texte est adopté)

# Fiche pratique #2

## Comment poser les fondements d'un plaidoyer en Réduction des Risques à base communautaire ?

Pour permettre un ancrage pérenne des enjeux d'un plaidoyer en Réduction des Risques à base communautaire pour les personnes usagères de drogues, il est important d'instaurer une double démarche basée sur :

- le renforcement des capacités des personnes usagères de drogues à connaître et faire valoir leurs droits (empowerment) d'une part,
- la construction d'un environnement plus favorable à la reconnaissance et au respect de leurs droits d'autre part.

L'enjeu est de pouvoir convaincre les autorités et la population que **les personnes usagères de drogues sont détenteur-riche-s de droits comme les autres**. C'est aussi **faire prendre conscience aux personnes usagères de drogues qu'il-elle-s sont légitimes à faire valoir leurs droits**. C'est de cette complémentarité, qui peut se décliner en **4 axes**, que découlera un changement substantiel pour les personnes usagères de drogues.

Organiser un système de collecte communautaire des violations des droits Humains



Organiser un système de sensibilisation et de plaidoyer auprès des forces de sécurité



Fournir un accompagnement juridique aux personnes usagères de drogues



Renforcer les compétences des personnes usagères de drogues à plaider leur cause



## AXE 1 : Organiser un système de collecte communautaire des cas de violations des Droits Humains

Pour collecter l'information, il est important de s'appuyer sur la communauté des personnes usagères de drogues en recrutant et formant des profils communautaires sur site. Ces « **agents notificateurs**<sup>9</sup> » jouent un rôle de rapporteur·euse·s. Ce sont des PUD qui vivent dans les lieux de consommations, qui connaissent bien la situation et les conditions de vie autour des fumoirs et qui ont été **formé·e·s aux Droits Humains**. Leur rôle est de documenter quotidiennement les atteintes aux droits et de recueillir des informations qui aident à déployer les activités de Réduction de Risques (comme les effectifs, le nombre de personnes malades dans le fumoir, les personnes ayant été déférées ou le nombre de femmes et d'enfants présents, etc.).

Ces agents communautaires sont encadré·e·s par des **superviseur·euse·s** (un par zone). Il·elle·s ont pour rôle de compiler les informations à l'aide de fiches et rendent un rapport mensuel par zone. Ensuite, le·la coordinateur·rice Droits Humains du projet RdR fait une compilation mensuelle globale. Cette activité permet d'avoir une grande fluidité sur la remontée d'informations sur les fumoirs et de les transmettre à l'équipe projet en temps réel pour lui permettre de réagir très vite, notamment en cas d'arrestation de malades. Par ailleurs, cette compilation, qui a une fonction d'Observatoire en documentant les faits et en apportant des éléments objectifs, sert de base au plaidoyer semestriel auprès des différents acteur·trice·s et autorités du pays. Il étaye ainsi l'argumentaire en faveur de l'évolution du cadre légal sur la question de l'usage de drogues.

## AXE 2 : Renforcer les compétences des personnes usagères de drogues à plaider leur cause

Cet axe peut se décliner en 2 types d'activités :

- **Le renforcement des associations communautaires** (voir fiche dédiée)
- Le renforcement de « **plaideur·euse·s communautaires** »<sup>10</sup> : Il est essentiel d'identifier parmi les PUD (et notamment les éducateur·trice·s pair·e·s) **les allié·e·s internes, les porteur·euse·s de messages** (qui seront en mesure de s'investir dans le plaidoyer) et de les faire monter en compétence. Ces profils se distinguent souvent grâce à leur sensibilité, ou à leur formation initiale. Ce sont de bons orateur·rice·s. Ils jouent un rôle très important dans les relations avec la police et la justice lors d'incarcérations de PUD. **Ils ont un rôle de médiateur·rice·s, voire de para-juristes.**

## AXE 3 : Fournir un accompagnement juridique aux personnes usagères de drogues

L'assistance juridique est animée par un·e juriste qui oriente et accompagne les personnes usagères de drogues (PUD) dans la valorisation de leurs droits en tant que citoyen·ne·s. Il·elle est épaulé·e par les **plaideur·euse·s communautaires**. Il·elle·s peuvent notamment :

- Effectuer des consultations juridiques : écoute et accompagnement juridique des PUD
- Informer les PUD sur les Droits Humains
- Porter assistance aux PUD dans l'application du respect de leurs droits par l'assistance administrative, juridique et judiciaire
- Effectuer des interventions spécifiques en cas de violences basées sur le genre (VBG)
- Effectuer des interventions en urgence au niveau de la chaîne judiciaire en cas d'interpellation des PUD
- Sensibiliser les forces de police et de justice

9. A titre indicatif sur le projet d'Abidjan ils sont au nombre de 3 par zone : Abidjan sud, Abidjan Nord-Centre et Abidjan Ouest, soit 9 au total.

10. La capitalisation sur ces questions est essentiellement basée sur l'expérience menée par le Groupe Phénix à Abidjan. Ce groupe, constitué de personnes usagères de drogues est très actif sur les questions de plaidoyer RdR en Côte d'Ivoire. Plusieurs de ses membres sont des contributeur·trice·s de la capitalisation en général et des fiches pratiques plaidoyer en particulier.

## AXE 4 : Organiser un système de sensibilisation et de plaidoyer auprès des forces de sécurité (police, gendarmerie)

Cet aspect porte sur plusieurs volets :

- La **clarification des valeurs** (voir fiche dédiée) vis-à-vis des forces de police et de gendarmerie à proximité des lieux de consommation.
- Une implication plus large au niveau **du Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile** également à travers la clarification des valeurs mais aussi à travers un plaidoyer direct auprès des hauts postes pour qu'il-elle-s portent l'approche RdR vis-à-vis de leurs subordonné-e-s.
- **Une médiation systématique des éducateur-trice-s pair-e-s plaideur-euse-s** ou des équipes de plaidoyer RdR en cas d'intervention des forces de police ou de gendarmerie qui conduisent à des incarcérations pour les convaincre d'appliquer des mesures qui tiennent compte de la « raison de santé publique ».



### MESSAGES CLÉS

1. **Créer les doubles conditions d'un plaidoyer ancré et pérenne**
  - Renforcer les capacités des PUD à faire valoir leurs droits
  - Construire un environnement plus favorable au respect de leurs droits
2. **Développer des activités complémentaires en 4 axes :**
  - Organiser un système de collecte communautaire des cas de violations des Droits Humains
  - Renforcer les compétences des personnes usagères de drogues à plaider leur cause
  - Fournir un accompagnement juridique aux personnes usagères de drogues
  - Organiser un système de sensibilisation et de plaidoyer auprès des forces de sécurité (police, gendarmerie)





## POUR ALLER PLUS LOIN... TEMOIGNAGES

### Témoignage d'un·e éducateur·trice pair·e plaideur·euse :

« J'ai la chance d'avoir grandi dans une famille qui m'a permis d'aller à l'école. Je peux m'exprimer avec sérénité et clarté devant toute forme d'autorité. J'ai même été reçu par le préfet, les commissaires, les commandants de la brigade et même certains procureurs. Une fois j'ai même plaidé devant le procureur et obtenu la libération d'un des usagers de drogues en disant que l'OMS considérait que les usagers de drogues étaient des personnes malades et que nous avons les moyens de les accompagner. (...) Ce qui compte devant les autorités c'est la présentation, la prestance, la maîtrise de son sujet. Il faut avoir l'air crédible, c'est là-dessus qu'on te juge. »

### Témoignage d'un·e praticien·ne du plaidoyer RdR :

« Dans le cadre de l'approche RdR il est très important de faire les choses ensemble et de cultiver une relation de proximité et de confiance avec les usager·ère·s de drogues. Le renforcement de leurs capacités à développer par eux-mêmes et pour eux-mêmes un plaidoyer sur les droits humains, leur redonne de la confiance et de l'assurance. »

### Témoignage d'un·e praticien·ne du plaidoyer RdR :

« Il est arrivé que nous allions jusqu'à fournir du matériel de protection type masque aux forces de l'ordre. Je l'ai vécu une fois et ça a été un vrai choc positif dans la tête des policiers. Ils se sont rendus compte que l'approche santé publique, cela passait aussi par la protection de leur santé à eux. Ils ont perçu qu'on était aussi soucieux de leur sécurité. »

# Fiche pratique #3

## À quoi sert le plaidoyer régional et international ?

Pour que les enjeux de la Réduction des Risques pour les personnes usagères de drogues soient rendus audibles sur le plan national, il faut qu'ils soient portés par des organismes du droit international puissants et légitimes comme **la CEDEAO ou les Nations Unies**, avec comme socle la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme<sup>11</sup>. Le plaidoyer international est donc fondamental pour faire évoluer les représentations et lever certains blocages des acteur·trice·s nationaux·ales.

Le fait d'utiliser les exemples **des pays de la région** comme référence en matière de Réduction des Risques pour les personnes usagères de drogues est un excellent levier pour avoir un impact sur le plan national. Les États souhaitent évoluer lorsqu'ils constatent des avancées internationales ou régionales. Cela rend les messages beaucoup plus audibles à l'échelle d'un pays, qui va souhaiter adopter des politiques en ligne avec les autres pays de la région. A ce titre le modèle Sénégalais<sup>12</sup> et maintenant celui de la Côte d'Ivoire méritent d'être observés et suivis.

Pour être audible en tant qu'acteur·trice de la société civile, il est indispensable de s'associer **aux réseaux internationaux** et participer **aux grandes conférences** (voir liste à la fin de la fiche). Par ailleurs, il est aussi important de garder en tête que, pour pouvoir jouer un rôle au sein de ces entités, **on est plus écouté lorsqu'on est porteur d'une parole concertée**.



11. [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/frn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/frn.pdf)

12. Vidéo de Open Society Initiative for West Africa Sénégal : Réduction des Risques, l'expérience Sénégalaise : [https://www.youtube.com/watch?v=i6g\\_XMtbwBg](https://www.youtube.com/watch?v=i6g_XMtbwBg)



## MESSAGES CLÉS

### 1. Effectuer un travail de veille sur le plaidoyer RdR à l'international

- S'affilier au réseau dans le pays qui est en charge de suivre cela (en l'occurrence le CONAD-CI <sup>13</sup> pour la Côte d'Ivoire).
- Se rapprocher des réseaux internationaux et notamment :
  - **International Drug Policy Consortium** (IDPC)<sup>14</sup> qui fait ce travail de veille moyennant un cotisation annuelle tout à fait abordable à l'échelle d'une organisation.
  - **Harm Reduction International**<sup>15</sup>, ils sont globalement anglophones (d'où l'importance d'avoir des anglophones dans l'équipe de plaidoyer), mais ils sont un acteur incontournable.

### 2. Bien planifier l'agenda

Les plannings de conférences doivent être préétablis et positionnés sur l'année pour créer un planning PERTINENT basé sur la cohérence, la complémentarité et la temporalité avec une priorisation des conférences par thématique. Il est important de faire le point de toutes les conférences, de voir où elles se tiennent pour établir un programme rationnel en répondant à ces questions :

- Quelle est la pertinence de ma participation ?
- Que va m'apporter cette participation ?
- Quels messages souhaiterai-je faire passer ?
- Sur quoi suis-je attendu par mes bailleurs ? (Si je suis une association de Réduction des Risques, les enjeux liés au VIH/SIDA et à la Tuberculose doivent rester prioritaires car ils sont à la base de mes financements)
- Quelles opportunités de financement cela va-t-il m'apporter ?
- Comment puis-je couvrir le financement de ma participation ?
- Quel-s profil-s doi-ven-t être envoyé-s ?

### 3. Anticiper le temps de travail que demande une telle participation

Il y a une forte contribution demandée pour la préparation, la participation et les retours liés aux conférences :

- Avant : Préparer les agendas des conférences, la soumission et la présentation d'abstracts
- Pendant : Planifier une participation à l'ensemble des panels et une priorisation des ateliers et « side events » (on ne peut pas assister à toutes les sessions), organiser la prise de notes
- Après : organiser les retours sur la participation auprès de ses pair-e-s, de son association, des PUD, etc.

<sup>13</sup>. Le Conseil des Organisations Nationales de lutte contre l'Abus de Drogues de Côte d'Ivoire : le CONAD-CI. Représentant de la société civile et des associations communautaires des Usagèr.e.s de Drogues, c'est le réseau leader dans les domaines de la prévention et de la promotion des droits des UD en Côte d'Ivoire.

<sup>14</sup>. <https://idpc.net/fr/?setlang=fr>

<sup>15</sup>. <https://www.hri.global/>

## Témoignage d'un·e praticien·ne de la Réduction des Risques

« C'est lors de la 63ème session de la Commission des stupéfiants<sup>16</sup> (CND<sup>17</sup>) où étaient présents les représentants du Comité Interministériel de Lutte Anti-Drogues<sup>18</sup>, des forces de sécurité, des douanes et de la gendarmerie d'une part et le Directeur du le Programme de Lutte contre la Tabac et l'Alcool<sup>19</sup> d'autre part, qu'ont pu être entérinées des avancées majeures portant sur la révision de la loi antidrogue ivoirienne (révision actuellement en cours), et la mise en place d'un service dédié à la coordination des activités liées à l'usage de drogues dans le pays (au sein du PNLTA). »



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- **Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime<sup>20</sup> : l'ONUDC** apporte une expertise scientifique et technique au niveau de la Réduction des Risques. Il a financé des ateliers dans le cadre de l'élaboration de l'avant-projet de loi sur les drogues.
- **International Drug Policy Consortium<sup>21</sup> (IDPC)** fait un travail de veille sur les cadres légaux relatifs à l'usage de drogues, moyennant une cotisation annuelle tout à fait abordable à l'échelle d'une organisation.
- **Harm Reduction International<sup>22</sup>**, est une ONG internationale majoritairement anglophone (d'où l'importance d'avoir des anglophones dans l'équipe de plaidoyer), acteur incontournable du plaidoyer international en RdR.
- **Le Comité Interministériel de Lutte Anti-Drogues<sup>23</sup>** : le CILAD. Entité étatique de référence en matière d'usage et de trafic de drogues, le CILAD coordonne l'action des administrations et structures impliquées dans la prévention, l'information, la prise en charge médico-sociale et la répression de la toxicomanie. Il regroupe une vingtaine de Ministères.
- **Le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique** et les programmes nationaux qui lui sont rattachés, dont en premier lieu **le Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomie et les autres Addictions, le Programme National de Lutte contre le VIH-SIDA, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose, l'Institut National de Santé Publique** (qui travaille sur l'addictologie, la santé mentale et le développement des traitements du substitution aux opiacés).
- **Le Ministère de la Sécurité et de la Protection Civile** et notamment **les forces de police et de gendarmerie** qui sont en interface permanentant avec les personnes usagères de drogues et qui sont donc à la fois des cibles et des alliées privilégiées du plaidoyer.

16. <https://www.unodc.org/unodc/fr/commissions/CND/index.html>

17. La Commission des stupéfiants (CND) a été créée en 1946, pour superviser l'application des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues. C'est l'organe directeur de l'ONUDC. Elle se réunit chaque année lorsqu'elle examine et adopte une série de décisions et de résolutions.

18. **Le Comité Interministériel de Lutte Anti-Drogues** : le CILAD. Entité étatique ivoirienne de référence en matière d'usage et de trafic de drogues, le CILAD coordonne l'action des administrations et structures impliquées dans la prévention, l'information, la prise en charge médico-sociale et la répression de la toxicomanie. Il regroupe une vingtaine de Ministères.

19. **Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions : la PNLTA**. C'est le **Programme National de santé publique de Référence en matière de réduction des Risques pour les usager·ère·s de drogues en Côte d'Ivoire**.

20. <https://www.unodc.org/unodc/fr/index.html>

21. <https://idpc.net/>

22. <https://www.hri.global/>

23. [http://www.gouv.ci/\\_actualite-article.php?recordID=9164](http://www.gouv.ci/_actualite-article.php?recordID=9164)



- **Le Ministère de la Justice** : via la Direction des Etudes, de la Législation et de la Documentation (DELD). Cette direction procède à l'étude et à la rédaction des projets de textes législatifs et réglementaires, et apporte une assistance juridique au Gouvernement ; **La Direction de la Protection Judiciaire de l'Enfance et de la Jeunesse** (DPJ EJ) qui est le point focal des actions VIH pour le Ministère de la Justice.
- **Le Conseil des Organisations Nationales de lutte contre l'Abus de Drogues : CONAD-CI**, comme représentant de la société civile et des associations communautaires des personnes usagères de drogues : CONAD-CI : réseau leader dans les domaines de la prévention et de la promotion des droits des UD en RCI.
- **Les organisations des droits humains** sont également des alliées importantes : le Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH) et la Ligue Ivoirienne des Droits de l'Homme (LIDHO).
- **Le Réseau de Parlementaire pour la Lutte Anti-Drogue (REPLAD)** : un réseau regroupant des députés issus de différentes commissions permanentes de l'Assemblée Nationale. Ce réseau est disposé à sensibiliser les autres députés pour le vote de la loi sur les drogues.
- **Les leaders religieux** : jouent un rôle dans les messages d'acceptance et de mobilisation sociale.
- **Les associations communautaires** constituées par et pour les PUD sont des partenaires incontournables impliquées à plusieurs niveaux et dont le rôle principal est de porter les enjeux majeurs de la représentation et de la protection des PUD comme détenteur·trice·s de droits (voir fiches dédiée).



## QUEL ROLE JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Il est essentiel d'identifier, parmi les acteurs communautaires et notamment les éducateur·trice·s pair·e·s, **les allié·e·s internes** (qui seront en mesure de s'investir dans le plaidoyer) et de les faire monter en compétence.

Les éducateur·trice·s pair·e·s rôlé·e·s aux techniques de plaidoyer sont positionné·e·s comme participant·e·s sur TOUTES les conférences internationales. Le souci majeur auquel il·elle·s sont confronté·e·s est la non-obtention des VISAS dans la totalité des pays occidentaux contrairement au continent africain<sup>24</sup>.

24. Pour la 26ème Conférence de Harm Reduction International de Porto en 2019 (<https://idpc.net/fr/events/2019/04/26eme-conference-internationale-sur-la-reduction-des-risques>) la mission de Médecins du Monde en Côte d'Ivoire avait positionné 3 éducateur·rice·s pair·e·s et tous leurs visas ont été refusés. Idem en Autriche, au Canada en France. Le fait qu'il n'aient pas un statut officiel (journaliers), un compte bancaire ou des comptes sans mouvement n'a pas joué en leur faveur. Les statuts maritiaux semblent également avoir joué contre eux alors que l'organisation s'était pourtant portée garante et avait facilité l'édition des passeports.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Les études bio-comportementales (voir fiche dédiée) ont documenté les liens entre la condition féminine et la prévalence au niveau du VIH. Les femmes usagères sont au moins 3 fois plus contaminées que les hommes et cet état de fait doit être au cœur des messages portés par le plaidoyer RdR . Elles doivent donc systématiquement être associées et visibles dans toutes les démarches de plaidoyer.

Au niveau de la recherche d'allié-e-s en plaidoyer, la sensibilité commune autour des questions liées aux discriminations de genre est aussi fondamentale pour développer des ponts et avancer sur cette question.

Même si elles sont moins nombreuses dans la population usagère de drogues, les femmes occupent une place centrale comme porteuses de messages. Elles sont systématiquement mises en avant. Cela aide beaucoup à la clarification des valeurs (voir fiche dédiée). Dans l'imaginaire collectif, la personne usagère de drogues est un homme violent et potentiellement dangereux. Le fait de voir une femme s'exprimer sur ce sujet bouscule considérablement les préjugés. Souvent cela facilite le changement des représentations et suscite plus d'empathie pour motiver les interlocuteur-trice-s à aborder le problème différemment. Les femmes évoquent parfois leur maternité et cela met en aussi en évidence la nécessité d'une approche en termes de protection sanitaire mais également sociale.





## QUELS SONT LES OUTILS DU PLAIDOYER POUR LA REDUCTION DES RISQUES ?

### Les outils du plaidoyer national

- Courrier de demande d'audience
- Préparation des audiences (impliquant les équipes projet associées à des représentant-e-s PUD, une femme, un homme ET un-e représentant-e du CONAD-CI)
- Notes techniques de présentation des enjeux de plaidoyer pour préparer les rencontres
- Notes de plaidoyer sur l'amélioration de l'environnement juridique et social des PUD
- Note de plaidoyer par rencontre
- Mini-ateliers de clarification des valeurs (causeries, débats) pour préparer les événements ou les formations plus longues
- Supports de formation de clarification des valeurs ([voir fiche dédiée](#))
- Invitations à visiter le projet

### Les outils de la collecte de Violation des Droits Humains (VDH)

- Fiches de collectes des VDH
- Outils de compilation par les superviseur-e-s
- Document Excel qui rassemble la collecte par zone
- Rapport de collecte des VDH
- Au niveau des projets VIH l'outil REACT<sup>25</sup> pour identifier les cas de VDH. (Plusieurs personnes usagères de drogues, membres d'associations communautaires et/ou identitaires ont été formé-e-s à l'outil).

### Les outils du plaidoyer international

- Mapping des acteur-trice-s internationaux-ales et des conférences internationales ([voir fichier mapping des acteurs](#)).
- Abstracts basés sur les études bio-comportementales présentés lors de conférences ([voir fiche sur les études bio-comportementales](#)).
- Co-organisation des « side-events » lors des conférences en partenariat avec les institutions publiques et les partenaires de la société civile internationale (International Drug Policy Consortium<sup>26</sup> (IDPC) et International Network of People Who Use Drugs<sup>27</sup> (INPUD)).
- Participation aux forums virtuels de préparation des événements et de déclarations des positionnements de la société civile (demande beaucoup de temps et d'investissement!).
- Voyages d'étude sur des thématiques en lien avec les sujets plaidoyer<sup>28</sup>.

25. [https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/old\\_site/Guide\\_a\\_REAct\\_original.pdf?1443521153](https://frontlineaids.org/wp-content/uploads/old_site/Guide_a_REAct_original.pdf?1443521153)

26. <https://idpc.net/fr/?setlang=fr>

27. <https://www.inpud.net/>

28. Pour plaider la mise en place des traitements du substitution aux opiacés, il faut pouvoir observer leur mise en pratique dans d'autres contextes, y compris dans des pays les lois sont répressives, mais où on développe malgré tout une approche de Réduction des Risques.



## QUELS MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS POUR LES PLAIDOYERS EN REDUCTIONS DES RISQUES ?

### Le plaidoyer RdR

- Même si la RdR est bien souvent une affaire de militance dont tous les acteur·trice·s et contributeur·trice·s s'approprient la pensée, **le plaidoyer à proprement parler reste un métier**. À ce titre, dans le cadre d'un projet RdR, il est important de lui accorder une **équipe dédiée**, formée et compétente.
- Prendre un ou des **profils expérimentés** sur les techniques de plaidoyer avec une connaissance de la RdR et/ou de santé publique.
- Il faut aussi planifier **toutes les dépenses liées aux ateliers**. En fonction de la des cible·s, il est important de savoir respecter un protocole lié au profil de la des cible·s. Il faut tenir compte des aspects sécuritaires et normatifs pour l'ensemble des participant·e·s.

### Les messages et porteur·se·s de messages

- Prévoir **un poste de responsable plaidoyer** formé·e et expérimenté·e qui conçoit la stratégie de plaidoyer (et notamment qui sont les cibles, quels sont les messages et qui seront les porteurs de ces messages), connaisse et suive les protocoles, formate les supports de communication et encadre les personnes usagères de drogues qui plaident dans leurs prises de paroles.
- Prévoir un défraiement pour **l'implication des personnes usagères de drogues**. S'ils sont éducateur·trice·s pair·e·s, ils ont déjà un contrat et reçoivent donc une indemnité. Pour les PUD mobilisé·e·s ponctuellement on peut prévoir une indemnité et une compensation de repas pour les ateliers et dans tous les cas leur transport sera pris en charge.

### Le processus de révision de la Loi

- Pour **les ateliers** : prévoir toute la logistique (salle, rafraîchissements, déjeuner, transport et hébergement et per diem si résidentiel, kakemono, matériel pédagogique et visibilité). Pour la couverture presse, prévoir un budget transport négocié en amont.
- Prévoir les **invitations et la prise en charge des frais de participation des hauts décideur·euse·s aux conférences internationales**. Ces événements sont très propices au partage des points de vue et au rapprochement.
- Dédier **un poste exclusif au plaidoyer** avec une enveloppe liée aux relations publiques inhérentes aux activités de plaidoyer et aux frais de représentation.
- Anticiper et accompagner la montée en compétence **des personnes usagères de drogues qui font du plaidoyer** par des formations et leurs participations aux ateliers et conférences.

### La collecte de violations des droits Humains

- Programmer les indemnités et les frais de communication et de déplacements des travailleur·euse·s communautaires.
- Prévoir une ressource humaine interne au projet dédiée à l'approche Droits Humains avec un profil coordination de projet.

### Plaidoyer international

- **Les conférences :**
  - Pour la participation à une conférence, prévoir environ 2 millions de FCFA (3000 euros) par participant·e tout compris (hôtel / per diem / restauration / billet d'avion).
  - Pour l'organisation d'un *side-event*, prévoir des enveloppes budgétaires conséquentes (jusqu'à 10 000 euros) en fonction de l'espace et du nombre de participant·e·s.
- **L'équipe de plaidoyer :**
  - Mettre en place une équipe professionnelle de plaidoyer (englobant des militants / activistes légitimes à prendre la parole, voir fiche **les messages et les porteurs de messages**) avec des personnes qui parle au moins l'anglais (incontournable) ou espagnol (un +) et être attentif au genre.
  - Cependant, il est important de ne pas confondre la mobilisation de certains profils ponctuellement et **la nécessité d'avoir un équipe plaidoyer à temps plein.**
- **Produire et publier des documents de plaidoyer** (y compris abstracts des études bio-comportementales et présentation du projet RdR avec des témoignages). Il y a une formalisation à anticiper en termes de visuel et des outils de communication qui doivent être utilisés.
- **Mutualiser les ressources :** le plaidoyer international en RdR demande des moyens conséquents qui ne peuvent être à la charge d'une seule organisation. C'est pourquoi il peut être pertinent de mutualiser les moyens entre plusieurs organisations. On peut ainsi créer un pool plaidoyer inter-organisations qui met à disposition des membres de chaque organisation et peut même recruter des profils complémentaires.



Cette capitalisation a été conduite par Marion Junca, de l'association LED Expertise (aujourd'hui PLUS 10 Expertises), appuyée par Aurélie Rablet pour une partie de la collecte de données.

### COMITÉ DE PILOTAGE

- Marie-Julie Marche-Toha**, *Référente prise en charge CASA (mission MdM RCI)*  
**Lucien N'zi**, *Coordinateur Programme RdR-PUD (mission MdM RCI)*  
**Stéphanie Baux**, *Coordinatrice Générale (mission MdM RCI)*  
**Lise-Hélène Pourteau-Adjahi**, *Responsable Mission RdR- PUD (mission MdM RCI)*  
**Julien Chauveau**, *Référent Capitalisation et Evaluation (siège MdM)*  
**Anne Cheyron**, *Responsable de Desk (siège MdM)*

Photographies : ©Mélodie Depalle, Mia Collis





# Transversal

Thèmes généraux et/ou transversaux

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم  
LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΪ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DÖKTÖRS  
VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO MÉDICOS DEL MUNDO 世界の医療団  
ÄRZTE DER WELT दुनियाकेडॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOC



# Sommaire

<b>Fiche pratique #1</b>	<b>3</b>
Comment choisir ses partenaires de mise en œuvre dans le cadre d'un projet de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?	
<b>FICHE PRATIQUE #2</b>	<b>6</b>
Comment accompagner les partenaires de mise en œuvre d'un projet de Réduction de Risques liés à l'usage de drogues ?	
<b>FICHE PRATIQUE #3</b>	<b>10</b>
Comment faciliter l'accès des personnes usagères de drogues aux structures de santé ?	
<b>FICHE PRATIQUE #4</b>	<b>14</b>
Quels partenaires de santé choisir et fédérer pour la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?	
<b>FICHE PRATIQUE #5</b>	<b>18</b>
Qu'appelle-t-on « clarification des valeurs » et quel rôle joue-t-elle dans la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?	
<b>FICHE PRATIQUE #6</b>	<b>22</b>
À quoi servent les études bio-comportementales ?	
<b>FICHE PRATIQUE #7</b>	<b>26</b>
Comment convaincre les bailleurs de fonds de financer des programmes de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?	
<b>FICHE PRATIQUE #8</b>	<b>29</b>
Quels enseignements pratiques retirer de la crise COVID-19 ?	
<b>FICHE PRATIQUE #9</b>	<b>32</b>
Comment développer le partenariat avec les associations communautaires et identitaires ?	
<b>FICHE SUPPORT</b>	<b>36</b>
Manuels, textes et documents de référence	

# Fiche pratique #1

## Comment choisir ses partenaires de mise en œuvre dans le cadre d'un projet de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?

D'après la définition proposée par le **Fond Mondial**<sup>1</sup>, le **récipiendaire principal d'un projet** est l'organisation qui reçoit et redistribue les fonds récoltés auprès du ou des bailleurs à d'autres organisations plus petites sous-récipiendaires : **les partenaires de mise en œuvre d'un projet (PMO)**. Ce procédé en cascade a pour but de financer efficacement jusqu'aux plus petites organisations afin d'atteindre les populations ou les groupes qui ne seraient autrement pas si facilement touchés par des politiques publiques. C'est notamment le cas des populations clés.

Dans le cadre de la RdR, **la responsabilité de l'organisation porteuse du projet est d'accompagner ses partenaires** dans leurs efforts à développer des activités en faveur des personnes usagères de drogues, tout en bénéficiant de leurs compétences locales pour la mise en œuvre du projet. Il s'agit d'un apport réciproque. Les récipiendaires principaux doivent veiller à choisir des sous-récipiendaires à l'issue d'un processus d'**évaluation de leurs capacités à accomplir leur mission et à satisfaire aux obligations de rendre des comptes**.

Le partenaire de mise en œuvre n'est évidemment pas choisi au hasard. Et l'expérience de collaboration entreprise par Médecins du Monde, Espace confiance et ASAPSU permet de dégager plusieurs étapes clés dans ce choix issues de leur expérience de collaboration.



### MESSAGES CLÉS

1. Mettre en place **une mission exploratoire** composée de personnels expérimenté·e·s avec une cartographie des acteur·trice·s et une analyse des parties prenantes
2. **Cartographier les structures sanitaires** à proximité des lieux de consommation et **tenir compte de la situation géographique des PMO** pour garantir l'accès et maximiser la couverture (voir fiche dédiée)
3. Une fois les partenaires potentiel·le·s recensé·e·s et identifié·e·s, effectuer un **diagnostic organisationnel du partenaire qui devra notamment sonder** :
  - S'il existe une convergence d'intérêts entre partenaires ?
  - S'il existe un partage de valeurs entre partenaires ?
  - Comment le partenaire travaille avec la communauté locale ?
  - En quoi la relation partenariale peut-elle être facteur de transformation sociale en faveur de la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?
  - Si le partenaire a les moyens (infrastructures, assise et représentativité « sociale », etc.) pour pouvoir mettre en œuvre le projet et en assurer la durabilité ?
4. S'assurer que le PMO **a déjà une expérience avec les populations clés** et qu'il est sensible aux enjeux de **l'approche communautaire**
5. Aller vers un PMO qui propose **une accessibilité globale aux plus précaires**

1. <https://www.theglobalfund.org/fr/implementing-partners/>



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQU·É·ES ?

- Les partenaires de mise en œuvre
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Il est pertinent de consulter les éducateur·trice·s pair·e·s dans le choix du partenaire de mise en œuvre, notamment pour évaluer les opportunités et/ou les barrières du point de vue de la population usagère de drogues. Par ailleurs, il est aussi important de les impliquer dès le départ dans la relation avec le partenaire avec lequel il·elle·s seront amené·e·s à collaborer.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Il est important de sonder les politiques en matière d'équité de genre lors du diagnostic partenarial initial (représentativité des femmes dirigeantes et salariées, place des femmes bénéficiaires en général) et de travailler autour de la spécificité de la prise en charge des femmes UD (qui sont particulièrement exposées et vulnérables).



## LES OUTILS UTILISÉS

- La cartographie des acteurs
- L'outil de diagnostic des PMO



## LES MOYENS HUMAINS ET/OU FINANCIERS

- Dédier du personnel pour l'accompagnement des partenaires de mise en œuvre comme le poste de Référent des centres de prise en charge pour un accompagnement quotidien.
- Budgétiser l'implication de l'ensemble des équipes (programme et support) de MdM dans le renforcement des compétences des PMO.
- Les PMO sont considérés comme des sous récipiendaires pour l'ensemble des bailleurs du projet. Un budget détaillé est travaillé conjointement afin de répondre aux besoins des PMO pour la réalisation des activités du projet. Ce budget est différent en fonction des PMO et comprend des RH, des frais d'équipement et de fonctionnement.
- Veiller à l'autonomisation des PMO à plus ou moins court terme.
- Garder en considération que les PMO peuvent percevoir aussi des financements étatiques.
- Dédier des ressources pour la formation et la supervision y compris supervision mixte en vue de l'autonomisation et pérennisation.



## POUR ALLER PLUS LOIN... TÉMOIGNAGES

### Témoignage d'un-e praticien-ne de la RdR :

*« Pour Médecins du Monde, il n'a jamais été question d'ouvrir de projet RdR en direct. Outre le fait que ce n'est pas la philosophie de l'organisation, une telle approche nuirait à la durabilité et donc à la réalisation des objectifs de la RdR à long terme. Médecins du Monde a donc d'emblée joué le jeu de la co-construction et du transfert de compétences à des organisations nationales tiers. Parmi ces organisations MdM a privilégié le développement d'un partenariat de mise en œuvre avec deux associations de santé ivoiriennes solides, avec une expertise des populations clés et de l'approche communautaire Espace confiance et ASAPSU. »*

### Témoignage d'un-e praticien-ne de la RdR :

*« Outre leurs compétences en santé, les partenaires de mise en œuvre ont été choisis car ils avaient une expérience auprès des populations clés (et notamment de ce que cela implique en termes de précarité ou de stigma). Ils développaient déjà des approches communautaires. Pour les PMO, MdM n'est pas seulement un partenaire financier dont ils seraient des sous-traitants, C'est un vrai partenaire technique, opérationnel. On leur demande de l'innovation dans leur façon d'intervenir et c'est parfois difficile. Mais le fait de mouiller la chemise ensemble ça change tout ! (...) Un des PMO initialement sélectionnés n'a pas été reconduit car sa vision de l'approche de la Réduction des Risques et de la gestion de l'addictologie ne correspondait pas à ce que Médecins du Monde et les autres partenaires de mise en œuvre souhaitaient mettre en place. Bien que ce PMO effectuait déjà la prise en charge des personnes usagères de drogues et offrait de nombreux avantages (il gérait déjà un centre de prise en charge bien situé avec beaucoup d'espace), sa vision était trop basée sur le profit (offre de services payants à une clientèle aisée avec une approche davantage tournée vers la cure de sevrage ponctuelle). »*

# FICHE PRATIQUE #2

## Comment accompagner les partenaires de mise en œuvre d'un projet de Réduction de Risques liés à l'usage de drogues ?

Les modalités de financement des projets humanitaires et de développement impliquent une forme de subordination des partenaires de mise en œuvre (PMO / sous-réциpiendaires) vis-à-vis du porteur de projet (réциpiendaire principal). Pour les bailleurs de fonds, c'est l'organisation porteuse qui est redevable en premier lieu et à ce titre son PMO doit lui rendre compte. Pourtant, comme évoqué dans [la fiche dédiée au choix des PMO](#), l'idée que sous-tend la notion de partenariat telle qu'elle est définie ici est bien celle d'une **synergie mutuelle et d'une relation «gagnant-gagnant»**.

Le PMO apporte son expertise contextuelle au porteur de projet et le porteur de projet apporte son expertise thématique et/ou organisationnelle au PMO. Cet apport implique **un accompagnement en profondeur** qui est résumé ci-dessous sous forme de recommandations inspirées des bonnes pratiques du projet RdR porté par Médecins du Monde (MdM), Espace Confiance et ASAPSU.

Pour établir un partenariat basé sur les besoins du PMO, il est important de commencer par établir ensemble un **diagnostic complet** de sa situation, et ses **forces et faiblesses**. Cette démarche permettra de l'accompagner selon ses **besoins réels** (accompagnement « sur mesure » et « personnalisé ») et d'adapter et planifier les modalités de renforcement de ses capacités (plan de formation).

C'est sur la base de ce diagnostic que pourra être établi le plan d'action lié à l'accompagnement de chaque PMO (ou plan de renforcement, de consolidation ou de valorisation des compétences), qui aboutira lui-même à la contractualisation du renforcement de capacités dans lequel figureront les ressources et les moyens mis à disposition et mobilisés.





## MESSAGES CLÉS

1. Effectuer un diagnostic approfondi sur
  - La gouvernance
  - Les capacités opérationnelles
  - Les ressources humaines
  - Les relations extérieures
  
2. Entamer une démarche de co-construction
  - **Impliquer les PMO dès la conception et l'écriture du projet** auprès des bailleurs de fonds et de mettre en place **un comité de pilotage (COFIL)** du projet avec l'ensemble des PMO
  - **Identifier un profil au sein de l'association partenaire avec des connaissances solides en gestion de projet** ou en management des organisations pour jouer le rôle de renforcement et de courroie de transmission des besoins et de l'appui en miroir à celui du PMO<sup>2</sup>
  - **Dédier les ressources nécessaires** : RH, financières et logistiques.
  
3. Renforcer les compétences globales du partenaire
  - Définir des plans d'action **individualisés** et veiller à renforcer toutes les fonctions (médicales, programmatiques et supports).
  - Effectuer un **accompagnement personnalisé** des personnes par le biais de **formations ou de coaching en fonction des besoins** de chacun.
  - Pratiquer un coaching formatif basé sur les recommandations afin de favoriser **l'horizontalité des échanges**
  
4. Pérenniser l'action
  - Élaborer une stratégie de **transfert/plan de passation** des ressources et notamment des ressources humaines aux PMO pour préparer leur autonomie totale
  - **Transférer progressivement les activités** est une clef de réussite pour l'appropriation du projet par les PMO



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Partenaires de mise en œuvre
- Les autorités nationales de tutelle
- Les éducateur·trice·s pair·e·s

2. Il est très important de bien différencier d'emblée la gestion des activités, de la gestion du projet dans sa globalité. Ce profil ne doit pas nécessairement être médical, mais doit avoir une sensibilité communautaire et être en connexion avec les acteur·trice·s publics et en lien avec son environnement sectoriel. Si ce rôle de coordination n'est pas incarné, cela crée des retards, des difficultés, un manque de fluidité car on aboutit à un empilement ou une diffusion de responsabilités.



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Les EP ont été formé·e·s aux procédures relatives aux justifications des pièces comptables car ce sont eux·elles qui effectuent les dépenses liées aux frais médicaux (achat de médicaments, ...).

Il·elle·s ont été intégré·e·s dans chacune des formations et ont reçu des formations spécifiques en lien avec les besoins de prise en charge des personnes usagères de drogues (dépistage communautaire, RdR, techniques de plaidoyer, ...).

**Bien accompagner les EP au moment de leur transfert potentiel d'une structure à l'autre.** Ce moment peut s'avérer particulièrement sensible - donc potentiellement fragilisant - dans leur parcours professionnel.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Si cela s'avère nécessaire, il est important d'accompagner les politiques en matière d'équité de genre des PMO (représentativité des femmes dirigeantes et salariées, place des femmes bénéficiaires en général). Il est également important de travailler autour de la spécificité de la prise en charge des femmes UD (qui sont particulièrement exposées et vulnérables et subissent une très forte stigmatisation).



## LES OUTILS UTILISÉS

- Modules de formations
- Création d'outils de supervision/coaching/accompagnement des PMO
- Rapport des COFIL
- Rapport mensuel d'activité et financier
- Au niveau comptable :
  - Guide de justificatif des dépenses
  - Manuel de procédures
  - Canevas de reportage financier
  - Fiche de demande de décaissement trimestrielle
  - Fiche d'accusé de réception



## LES MOYENS HUMAINS ET/OU FINANCIERS

- Affecter une ressource humaine dédiée à l'organisation et au suivi global du renforcement des capacités des PMO.
- Prévoir du temps dans les fiches de postes des personnes impliquées dans l'accompagnement dans tous les services.
- Établir des curricula de formations pour les thèmes de renforcement récurrents.



## POUR ALLER PLUS LOIN... TÉMOIGNAGES

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la RdR :

« La présence et la proximité (géographique et physique) du partenaire technique, financier et opérationnel est un réel atout qui fait la différence pour les PMO. MdM a un bureau à Abidjan, dans la même ville où sont implantés les sièges sociaux des PMO. L'équipe du projet RdR de MdM a ainsi rendu régulièrement des visites aux PMO et le renforcement se fait en temps réel en fonction des problématiques auxquelles sont confrontées les PMO. Le suivi et l'accompagnement sont avant tout pragmatiques, en temps réel et adaptés aux réalités du terrain. »

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la RdR :

« En termes comptable, les décaissements entre MdM et ses PMO étant trimestriels, il était au début prévu d'effectuer des contrôles des pièces comptables également tous les trimestres. Mais au vu du volume trop important des pièces comptables à la fin de chaque trimestre, il a été privilégié de ne pas attendre la fin d'un trimestre mais de faire des vérifications mensuelles. De plus, il a été prévu uniquement une comptable pour le CASA. Mais suite au volume important du centre en termes comptable, le projet a pu recruter une assistante-comptable permettant d'améliorer la qualité des pièces comptables. »



# FICHE PRATIQUE #3

## Comment faciliter l'accès des personnes usagères de drogues aux structures de santé?

Garantir l'accès à la santé des personnes usagères de drogues nécessite plusieurs actions phares parmi lesquelles **le maillage géographique** des structures de santé à proximité des lieux de consommation. Une bonne couverture géographique joue un rôle prépondérant dans la mise en œuvre d'un projet RdR. En effet, afin de faire tomber les barrières d'accès au soin pour les personnes usagères de drogues, il est nécessaire de privilégier l'outreach d'une part ([voir fiches dédiées](#)), et de garantir **l'accessibilité des structures de santé d'autre part** :

- **sur le plan géographique** ;
- **sur le plan de la qualité de l'accueil (bienveillant et non stigmatisant)** ;
- **sur le plan tarifaire**.

Pour cela, il est important de **quadriller la ville dans laquelle on intervient** afin de développer un système de **référencement médical de proximité** avec des structures sanitaires sur tout le territoire urbain, en commençant par les structures sanitaires proches des sites de consommation.

Pour garantir une bonne couverture, on peut se fier à **3 principaux types de structures** :

1. **Les centres de santé des partenaires de mise en œuvre du projet RdR** ([voir fiches dédiées](#))
2. **Les formations sanitaires à base communautaire (FSCOM)**
3. **Les structures privées et publiques de référencement** ([voir fiche les partenaires de santé](#))

Quel que soit leur statut, il est important de travailler avec des centres de santé **inclus dans la pyramide sanitaire**, pour qu'ils puissent initier un suivi patient et pratiquer des référencement vers les structures spécialisées en cas de besoin ([voir fiche l'accompagnement médico-communautaire](#)).

**Les formations sanitaires à base communautaire permettent également de mobiliser** des solutions pour les zones non couvertes. Ce partenariat développé avec les formations sanitaires urbaines à base communautaire s'est avéré être une **expérience pilote particulièrement réussie**. Pour des raisons d'efficacité, ce type de partenariat est à privilégier (le projet n'a pas à financer les RH, ni les dotations de la pharmacie..., contrairement aux centres de santé des PMO). Un ticket modérateur peut être envisagé dans ces structures partenaires afin que les personnes usagères de drogues (PUD) contribuent financièrement (ce qui, selon l'expérience du projet, ne pose pas de problème et permet de faciliter l'intégration des PUD dans le système de santé).

**Il est possible de mobiliser des structures de santé privées**. Ces structures privées offrent en général des équipements de qualité et une grande diversité de spécialités médicales. Ces partenaires privés sont souvent ouverts à la négociation tarifaire et proposent une prise en charge à moindre coût à l'encontre des ONG.



## MESSAGES CLÉS

### 1. Utilisation des réseaux des médecins et des PMO

Il est important de s'appuyer sur les relations déjà existantes basées sur des liens anciens, des connaissances professionnelles afin d'identifier des partenaires et de les enrôler et impliquer dans la prise en charge des PUD. **Les relations interpersonnelles pré-existantes à ce projet sont un facteur de réussite.**

### 2. Rencontrer en amont les responsables des potentielles structures

L'objectif est d'entamer des discussions sur la spécificité du public PUD. Il est important de **présenter le projet sous l'approche de santé publique en s'appuyant sur les études préalables.** Afin de faire adhérer totalement les prestataires de ces structures, les inclure aux formations RdR contribue aux changements de perception ([voir fiche clarification des valeurs](#)). Il est notamment essentiel de respecter les échanges protocolaires avec **les Directeur·trice·s de Districts Sanitaires**. Ils jouent un rôle prépondérant vis-à-vis de toute la chaîne de collaboration. De ce fait, il est important qu'ils soient sensibilisés et impliqués, notamment que les centres des PMO soient bien reconnus dans leur aire sanitaire.

### 3. Entretenir les relations partenariales dans la durée

**La multiplication des rencontres dans le temps** avec les Directions des structures sanitaires partenaires afin de **tisser des liens de confiance est importante**. C'est un **cheminement conjoint** qui prend du temps pour les deux parties (acceptation mutuelle et collaboration). Il est également important de participer aux réunions cadres par district.

### 4. Mobiliser et valoriser le rôle des points focaux

Les points focaux sont la **vraie clef de réussite du partenariat avec les structures de santé**. La présence de points focaux auprès **des éducateur·trice·s pair·e·s** est fondamentale. Ces points focaux **facilitent l'accueil et le circuit du·de la patient·e**. Ce sont des infirmier·e·s ou des Agents de Santé Communautaires qui deviennent des « **facilitateur·euse·s** » (il·elle·s facilitent les relations entre les soignant·e·s et les soigné·e·s). Grâce à ces points focaux, **l'acceptation des PUD** est grandement facilitée.



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Toutes les structures sanitaires publiques et privées et leur tutelle ([voir fiche les partenaires de santé](#))
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Il·elle·s travaillent main dans la main et en complémentarité avec les points focaux des structures de santé. Il·elle·s jouent d'abord un rôle de pont entre ces dernières et les lieux de consommation, puis au sein des structures elles-mêmes il·elle·s jouent un rôle « d'ambassadeur·drice·s » pour faciliter l'accueil des personnes usagères de drogues.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Pour la prise en charge des femmes UD il y a plusieurs enjeux spécifiques à prendre en considération et notamment tout ce qui va être lié à **la protection et à la santé sexuelle et reproductive**. Il y a un travail approfondi à mettre en place pour inventorier les solutions de référencement possibles compte tenu de leurs besoins spécifiques.



## LES OUTILS UTILISÉS

- Convention de partenariat avec le secteur privé
- TDR des points focaux



## LES MOYENS HUMAINS ET/OU FINANCIERS

### Sur le plan de la qualité de l'accueil (bienveillant et non stigmatisant) :

- Primes pour les points focaux.<sup>3</sup>
- Budget primes plus général : si l'approche la plus pérenne pour la prise en charge des PUD est celle des centres de santé intégrés, il peut demeurer difficile de faire travailler le personnel des structures sanitaires de référence au-delà de leur travail habituel sans compensation. Des primes peuvent être accordées afin de faire participer tout le personnel.<sup>4</sup>
- En dehors des formations et des primes qui sont octroyées au personnel des structures sanitaires de référence partenaires, les dotations en équipement par exemple contribuent à la motivation et à la facilitation de la prise en charge et l'acceptation des PUD.<sup>5</sup>

### Sur le plan de l'accessibilité financière pour les PUD :

- Prévoir aussi un budget de prise en charge du ticket modérateur si la Couverture Médicale Universelle (CMU) n'existe pas dans le pays.



3. Pour fixer le montant des primes des points focaux (pour les infirmier-e-s ou les agents de santé communautaire (ASC)), il est préférable de s'aligner sur les grilles nationales en la matière si elles existent. Par exemple, pour les centres anti-tuberculose (CAT), le projet a repris les primes définies par le Comité d'éthique national au sein de l'étude tuberculose (TB). Il faut faire attention à ce sujet relatif aux primes car il est sensible : pour les points focaux qui sont des infirmier-e-s (et qui appliquent donc des soins) la prime est deux fois plus élevée que celles des ASC (« qui ne font que l'accueil et la mise dans le circuit »).
4. Par exemple pour les sorties soins dépistages pour les PUD qui ne font pas partie de la stratégie de routine, des rotations entre les infirmier-e-s d'un centre de santé peuvent être mises en place et dans ce cas des primes de prestation sont à prévoir. Ces primes doivent être en amont bien acceptées par tous et ne pas être corrélées au niveau de volume de fréquentation des PUD.
5. Pendant la période de la Covid-19, le projet a ainsi pu se rapprocher des hôpitaux généraux en mettant à leur disposition des kits de protection.



## POUR ALLER PLUS LOIN... TÉMOIGNAGES

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la RdR :

« Le centre d'Abidjan, qui regroupe 4 communes, n'était pas bien couvert par le projet et il demeurait des zones vides (car un PMO au Nord et un PMO au Sud de la ville). Ainsi, il a été développé des partenariats avec des formations sanitaires urbaines (formations à base communautaire créées par les communautés avec du personnel médical affecté par l'Etat et une gestion par les communautés via des comités de gestion) afin d'offrir une prise en charge dans cette zone géographique non couverte du centre d'Abidjan. Des EP ont été placés dans ces formations sanitaires (1 ou 2 EP par formation) et un point focal (qui reçoit les PUD quand il n'y a pas d'EP présents) a été responsabilisé. Ces centres, à vocation communautaire, ont très bien accueilli les PUD. Les PUD y vont seules et payent un ticket modérateur (relativement faible). Ce partenariat n'était pas prévu initialement dans le projet. C'est essentiellement via des relations informelles et le réseau des équipes de Coordination du projet de RdR que ce partenariat a pu voir le jour. »

### Témoignage d'un·e éducateur·trice pair·e :

« Être un bon accompagnateur c'est d'abord aider les PUD à quitter les sites pour aller dans les structures de références que les PUD ne connaissaient pas au début. Maintenant ils les connaissent mieux parce qu'on les a emmenés et qu'on a fait le lien. Il y a même des PUD qui connaissent mieux certains centres de santé que le CASA (Centre d'Accompagnement et de Soins en Addictologie) ».

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la RdR :

« La proximité géographique des centres de santé favorise réellement la venue des usager·es de drogues. L'idée est qu'ils aient un centre de santé « ami » accessible à moins de 300 Fcfa de transport, sinon ils peuvent renoncer à consulter. »

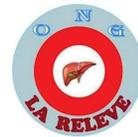
# FICHE PRATIQUE #4

## Quels partenaires de santé choisir et fédérer pour la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?

Dans le cadre d'un projet de Réduction des Risques (RdR), pour garantir l'ancrage, l'acceptance et la pérennité de l'intervention, il est fondamental de **savoir bien s'entourer**. Le secret? Développer et investir **tous les niveaux de partenariat possibles** :



C'est la **complémentarité** de tous ces partenariats qui crée les conditions de la réussite d'un programme RdR. Pour cela, un mapping des acteur-trice-s systématique et rigoureux est indispensable. Ce diagnostic doit être dynamique et continu car le contexte d'intervention évolue en permanence. En l'occurrence, il est important d'adopter une posture de **toujours s'ouvrir à de nouveaux partenariats**.





## MESSAGES CLÉS

### 1. Partenariats institutionnels

- **Formaliser les accords institutionnels par le biais :**
  - D'accords-cadres globaux avec le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique
  - D'accords opérationnels plus détaillés avec les Programmes Nationaux : Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions (PNLTA : programme de tutelle de la RdR en Côte d'Ivoire), Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA (PNLS : également en charge du déploiement des traitements de substitution aux opiacés (TSO)), Programme National de Lutte contre la Tuberculose (PNLT), Institut National de Santé Publique (INSP : également impliqué dans les TSO)
- **Développer une collaboration renforcée avec son Programme de tutelle (PNLTA)**

### 2. Partenariats de mise en œuvre

- **Bien choisir ses partenaires de mise en œuvre** (voir fiche dédiée) être attentif·ve à leur expérience préalable, à leur pratique de l'approche communautaire et à leur couverture géographique, (voir fiche dédiée) et **les impliquer tout au long du projet**
- Dédier pour le·la porteur·euse de projet comme pour les PMO des postes clés à la gestion de projet

### 3. Partenariats de référencement

- **Effectuer un mapping rigoureux** et aller au contact
- **Mobiliser les partenaires** de référencement santé en les informant et en les formant (voir fiche clarification des valeurs)
- Accompagner les démarches de **référencement et contre-référencement par les agents de santé communautaire et les éducateur·trice·s pair·e·s**
- **Prendre connaissance de l'« organigramme des structures de santé »**
- **Suivre un protocole** et passer par les Directions départementales de la santé.
- S'adresser en priorité aux **centres de santé primaire**, car c'est d'eux que partent les référencement vers les centres de soins spécialisés
- **Respecter le fil d'Ariane du parcours de soin du·de la patient·e**

### 4. Partenariats communautaires

- Développer l'**accompagnement médico-communautaire** (voir fiche dédiée)
- Soutenir et impliquer **les associations communautaires** (voir fiche dédiée)



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Le Ministère de la santé et de l'Hygiène Publique
- Les Programmes Nationaux : Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions (programme de tutelle de la RdR en Côte d'Ivoire), Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA, Programme National de Lutte contre la Tuberculose, Institut National de Santé Publique
- Les partenaires de mise en œuvre
- Les Directions départementales de la santé
- Les partenaires de référencement en santé (voir fiche les partenaires de santé)
- Les associations communautaires
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Les EP jouent un rôle primordial de **courroie de transmission** entre les centres de prise en charge et/ou les activités d'outreach vers les centres de santé de référence (voir fiche accompagnement médico-communautaire).

**Il·elle·s assurent TOU·TE·S les référencementements et les contre-référencements** (voir fiche accompagnement médico-communautaire). Leur intervention est également primordiale sur les questions d'adhésion au traitement. En assurant un suivi individuel, **il·elle·s boostent les taux d'adhésion**. Leurs veilles hospitalières (il·elle·s accompagnent un·e patient·e lors de son hospitalisation quand ce·tte dernier·e n'a pas de famille) rendent également possibles **les référencementements hospitaliers**.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Dans le domaine de de la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues l'accompagnement et la prise en charge spécifique pour les femmes est un point important du fait de leur vulnérabilité accrue. Cet enjeu doit être conscientisé par l'ensemble des partenaires de santé pour créer un environnement protecteur adapté aux besoins spécifiques de ces patientes, en particulier pour la santé sexuelle et reproductive, les suivis de grossesses, les accouchements et les violences basées sur le genre.



## LES OUTILS UTILISÉS

- Le Mapping des acteur·trice·s (voir fichier Excel modèle de matrice des acteurs).
- Protocoles d'accords avec les partenaires.
- Les Fiches de référencement et de contre référencement.
- Tous les justificatifs liés aux dépenses de santé pour les référencementements patients : / ordonnance / pro-formats / factures / bons de caisse...



## LES MOYENS HUMAINS ET/OU FINANCIERS

Pour installer et pérenniser les référencementements, il faut mobiliser une équipe d'éducateur·trice·s pair·e·s. De plus, des enveloppes doivent être initialement prévues au budget du projet pour les référencementements médicaux avec une priorisation VIH, TB, urgences vitales chirurgicales. En principe les traitements VIH et TB sont gratuits, mais **les conditions de l'adhésion (avec un accompagnement médico-communautaire individualisé) sont, elles, à budgétiser**.

Même avec une bonne capacité d'anticipation, **ces montants restent difficiles à estimer**. Et il est important de bien garder en tête que ces dépenses (liées à un référencementement et à une prise en charge effective des patient·e·s) **ne financent pas que des médicaments**. Il faut aussi prévoir **les autres ressources liées au référencementement** : les éducateur·trice·s pair·e·s (EP), les coûts de transports et les coûts de communication.



## POUR ALLER PLUS LOIN... TÉMOIGNAGE

### Témoignage de praticien-ne de la RdR

« On jongle, on essaie de prioriser. Au début, on n'avait pas prévu assez d'argent pour financer les médicaments et les opérations. Cette ligne budgétaire a quadruplé de volume avec le temps. Plus tard, on a analysé d'où venait cette augmentation et on a redéfini les priorités. »

### Témoignage d'un-e praticien-ne de la RdR :

« En Côte d'Ivoire, les acteurs de la RdR ont la chance d'avoir une entité dédiée comme **le Programme National de Lutte contre le Tabac et l'Alcool (PNLTA)**. Le PNLTA n'était pas très influencé par l'approche RdR lorsque le projet de Médecin du Monde a démarré. Il y a eu un travail mutuel de **clarification des valeurs**, qui a abouti à une vraie collaboration et à l'ouverture au sein de PNLTA d'un service dédié aux UD. (...) Même s'il existe plusieurs programmes nationaux de référence pour la RdR, il est important de respecter l'affiliation à son programme de tutelle tout en **développant la collaboration avec les autres programmes** Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA, Programme National de Lutte contre la Tuberculose, Institut National de Santé Publique (également impliqué dans les TSO), ... La RdR est un sujet transversal qui ne peut limiter sa collaboration à un seul programme national, quand bien même il peut y être rattaché sur le plan protocolaire. Donc il est essentiel de multiplier les relations avec tous les programmes thématiques du secteur. »



# FICHE PRATIQUE #5

## Qu'appelle-t-on « clarification des valeurs » et quel rôle joue-t-elle dans la Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?

La **clarification des valeurs** est un outil de **sensibilisation sous la forme d'une formation des acteur·trice·s clés**, qui vise à leur faire prendre conscience du bien-fondé de l'**approche Réduction des Risques (RdR)** vis-à-vis des personnes usagères de drogues (PUD). Cette formation est destinée aux corps de métiers, institutions, organisations partenaires avec lesquelles les équipes d'un projet RdR collaborent ou envisagent d'entamer une collaboration. L'idée est de **changer la perception qu'il·elle·s ont des personnes usagères de drogues et de l'addiction** en leur présentant un scénario pédagogique éclairée, incarnée et humanisée. C'est une formation qui se déroule généralement sur 3 ou 4 jours.

### MESSAGES CLÉS



1. **Développer une bonne andragogie<sup>6</sup>** : mettre les participant·e·s « dans le bain », adopter des méthodes dynamiques et participatives, pour faire comprendre en profondeur le mécanisme de l'addiction sans rentrer dans des contenus trop techniques ou conceptuels.
2. **Concevoir et anticiper la co-animation des éducateur·trice·s pair·e·s** qui témoignent à la fois de leur parcours de vie et de leur rôle de travailleur·euse·s communautaires ce qui donne une perspective d'évolution positive de la situation. Cela légitime en outre le travail communautaire et révèle son caractère indispensable.
3. **Formaliser un kit de formation** à la Clarification des valeurs avec un scénario pédagogique et des supports de formation clé en main pour **qu'il soit transmissible**, ne serait-ce qu'au sein des équipes d'une organisation ou du réseau de ses partenaires nationaux. Il faut aussi disposer d'un **kit de « formation de formateur·trice·s »** qui permettrait de former les intervenant·e·s au fur et à mesure aux techniques d'andragogie.
4. **Adapter les supports au contexte et au public formé**, notamment sur la forme (plus que sur le fond). De plus, il est capital de ne pas s'engager dans des débats politiques relatifs à la pénalisation et d'y couper court s'ils survenaient. Ils ne font pas partie de cette formation, l'idée étant d'orienter les participant·e·s à adopter **une approche de santé publique**.
5. **Développer cette activité sur un projet RdR, cela fonctionne!** Le format 3 ou 4 jours (décrit plus en détail dans le témoignage à la fin de la fiche) est issu de l'expérience du projet en Côte d'Ivoire qui a montré que la clarification des valeurs change en profondeur la vision des participant·e·s. Il·elle·s deviennent par la suite des « ambassadeur·trice·s », des diffuseur·euse·s de l'approche RdR au sein de leurs institutions d'origine.



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Le Comité interministériel de Lutte Anti-Drogue
- Le Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions
- Les partenaires de mise en œuvre (PMO) (ASAPSU : approche intégrée et Espace Confiance : CASA, approche dédiée)
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Il·elle·s co-animent la formation et il·elle·s **sont indispensables**. Leur investissement symbolise la mise en avant du savoir profane propre à la RdR. Il·elle·s fournissent également un appui logistique.

Co-animer est un acte « professionnel », qui requiert des compétences spécifiques. L'éducateur·trice pair·e (EP) doit être en mesure de transmettre les bons messages et d'adopter une attitude propice à la déconstruction des préjugés chez les participant·e·s. Cela demande une bonne maîtrise des sujets abordés, de l'approche RdR et un savoir-être particulier. Il y a un vrai travail de sélection et de préparation avec les EP formateur·trice·s.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Dans les secteurs avec lesquels le projet collabore (santé, social, justice, ...), il y a beaucoup de femmes; il y a donc une bonne représentativité au niveau des participant·e·s (acteur·trice·s clés) aux sessions de formation.

Au sein de l'équipe de formateur·trice·s, notamment pour les EP intervenant·e·s, il est important de **respecter systématiquement la parité**. Même si les femmes UD sont moins nombreuses, **il est fondamental que les participant·e·s conçoivent que ça touche aussi des femmes**, qu'elles puissent expliquer leur vécu en tant que femmes et mères et leur travail en tant qu'EP.

## ZOOM : Modélisation empirique sous forme de témoignage de Praticien-ne de la Réduction des risques

### Jour 1 : l'addiction d'un point de vue scientifique

« Le premier jour on leur fait comprendre d'un point de vue scientifique ce qu'est une addiction. On oriente le discours vers la caractère pathologique et donc subi des conduites addictives non maîtrisées dont les consommateurs sont les premières victimes. Ceci entre souvent en conflit avec les préjugés communs sur les usager-e-s qui sont perçu-e-s comme fautifs. On clarifie aussi ce qu'est une drogue et notamment que ce n'est pas toujours illicite (certains médicaments courants ou encore l'alcool sont notamment évoqués). On leur parle aussi d'autres formes de dépendance comme la dépendance aux jeux ou aux réseaux sociaux. On invite chacun à s'introspecter et on réhumanise la notion de dépendance avec des exemples de leur quotidien. On ouvre aussi sur le fait que si chacun peut développer l'addiction la plupart des gens peuvent vivre avec et que seulement 10% d'entre nous ont des problèmes avec leur consommation. »

### Jour 2 : les ressentis et récits de vie des PUD

« Après avoir bien travaillé autour de la notion d'addiction, on parle beaucoup de la stigmatisation. On fait souvent un exercice d'inversion des rôles où l'on pousse les participants à réagir en exprimant volontairement les lieux communs négatifs sur les UD (qui sont toujours en co-animation de la formation). Cette inversion des rôles suscite beaucoup d'empathie de la part des participants qui se mettent en positions de défenseurs des PUD. Cet exercice crée un environnement propice au partage des récits de vie des UD. On essaye qu'il y ait un homme et une femme qui racontent ce qu'ils ont traversé en tant que consommateurs, la détresse, l'isolement, les jugements, la perte de lien social ou d'emploi, la stigmatisation et l'exclusion, la dégradation de l'état de santé... Ils partagent leur ressenti. »

### Jour 3 : Qu'est-ce que la RdR ?

« Le troisième jour est consacré au champ des possibles. On présente les valeurs de l'approche RdR, le non-jugement, les grands principes d'action et surtout, notre projet. À ce moment-là, les EP formateurs partagent leur expérience de ce qu'ils mettent en place dans le projet et cela crée un contraste fort avec le récit de vie qu'ils ont partagé la veille. Cela ouvre des perspectives de solutions concrètes, efficaces et palpables et cela suscite une forte adhésion et une grande motivation d'agir chez les participants. »

### Jour 4 : Le plan d'action

« Quand on organise la Clarification des valeurs avec des publics spécifiques (administrations, corps de métier ...) c'est pour pouvoir travailler avec eux par la suite. Dans ce cadre, le Jour 4 peut être consacré à la planification de ce qu'on va pouvoir faire ensemble. »



## LES OUTILS UTILISÉS

- KIT de formation avec les scénarios pédagogiques
- Film Rat Park<sup>7</sup>
- Témoignages oraux
- Outils de sensibilisation RdR (flyers, embouts, etc.)
- Pré-test, post test pour évaluer si la formation a porté ses fruits
- Plan d'actions, feuille de route post-formation



## LES MOYENS HUMAINS ET/OU FINANCIERS

- Lignes budgétaires de Formations Clarification des valeurs pour les acteur·trice·s clés dédiées (inclus RH et logistique)
- Lignes de transfert (formation de formateur·trice·s) et capacitation des PMO élargis
- Ressources humaines : temps partiel dédié sur 1 poste ou à ventiler sur plusieurs postes de cadres



## POUR ALLER PLUS LOIN... TEMOIGNAGE

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la RdR :

« Dans la nouvelle phase du projet on va intégrer cette formation dans les curricula de base de certaines formations comme les psychiatres, les médecins, les travailleurs sociaux ou encore les forces de l'ordre, il faut désormais anticiper cette nouvelle dépense au budget global de la clarification des valeurs. »

7. Rat Park, documentaire de Rachel Browne et Shawney Cohen, 2019

[https://www.youtube.com/watch?v=n4\\_6KlduK1E](https://www.youtube.com/watch?v=n4_6KlduK1E)

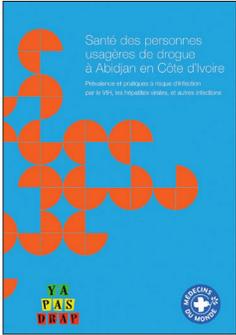
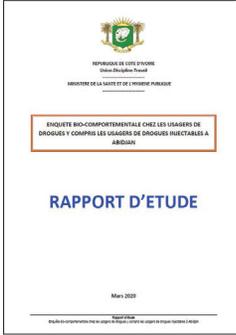
Rat Park, Stuart mac Millen, Bande dessinée en ligne, langue anglaise

<http://www.stuartmcmillen.com/comic/rat-park/#page-10>

# FICHE PRATIQUE #6

## À quoi servent les études bio-comportementales ?

Les études bio-comportementales servent à **produire de l'évidence** à la fois sur le plan **épidémiologique et sociologique**. En étudiant leur statut sérologique et leurs conditions de vie, elles montrent que les personnes usagères de drogues sont davantage exposées aux risques de contamination et de propagation des virus que la population générale. Et ce faisant, elles justifient **qu'elles doivent bénéficier d'une prise en charge et d'un suivi adaptés et visant à réduire ces risques accrus**.

2014	2017	2019	2020
			
<p><b>Santé des personnes usagères de drogues à Abidjan en Côte d'Ivoire</b></p> <p>Médecins du Monde, Y a pas drap</p>	<p><b>La tuberculose chez les usager-e-s de drogues à Abidjan en Côte d'Ivoire</b></p> <p>Médecins du Monde</p>	<p><b>Rapport d'estimation de la taille et d'enquête bio-comportementale chez les consommateurs de Drogue Injectables en Côte d'Ivoire</b></p> <p>PARECO/ IRESSEF / PNLTA<sup>t1</sup></p>	<p><b>Enquête bio-comportementale chez les usager-e-s de drogues, y compris les usager-e-s de drogues injectables à Abidjan</b></p> <p>MSHP / PNLS<sup>t2</sup></p>

» L'étude a permis de convaincre le Fond Mondial<sup>t3</sup> et I5PC<sup>t4</sup> de financer la phase 1 du projet Réduction des Risques de Médecins du Monde (MdM) & partenaires à Abidjan.

» L'étude a contribué à l'obtention du financement de la phase 2 du projet et au développement d'une équipe tuberculose dédiée.

» L'étude a été le principal socle pour justifier pourquoi il était important de s'implanter sur d'autres villes en Côte d'Ivoire

» L'étude a permis de financer la phase 3 du projet.

t1. L'Institut de recherche en santé, de surveillance épidémiologique et de formations (IRESSEF), Programme National de Lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (PNLTA)

t2. Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP), Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS)

t3. Fond Mondial de Lutte contre le SIDA, la tuberculose et paludisme

t4. Initiative 5% sida, tuberculose, paludisme



## MESSAGES CLÉS

### 1. Les constats partagés

- Sur toutes les études, **on constate des taux de prévalence VIH et TB assez similaires et toujours** plus importants qu'en population générale
- Les deux études de Médecins du Monde ont été faites par l'équipe projet, alors que les deux autres (PNLTA et PNLS) ont été conduites par des cabinets d'étude, donc **les deux options sont possibles**
- Pour l'ensemble de ces études, dans la mesure où elles ont été suivies d'un projet, il n'a pas été jugé utile de faire de restitution aux enquêté·e·s. Or, même avant un projet, il est important de **faire un atelier de restitution intra-ghetto** avec les « graines »<sup>8</sup> de l'étude. Si un nouveau projet est prévu cela peut être l'occasion d'en expliquer son contenu
- Les **évidences produites nourrissent les publications** diverses qui gravitent autour des projets
- Les études sont **déterminantes pour la mise en place des différentes phases de projet** à l'échelle nationale, y compris pour le processus d'extension et de réplication
- Ces études ont été **les principaux sujets d'abstract pour les conférences internationales** (voir fiche dédiée au plaidoyer international dans le livret plaidoyer), ce qui donne de la visibilité pour convaincre ou rassurer les bailleurs potentiels

### 2. Les points à anticiper

- Mettre en place ces études **avec les autorités** pour que les résultats soient reconnus
- **Fédérer les acteur·trice·s** au niveau national (la société civile comme les autorités)
- **Mettre en place un protocole validé par le Comité éthique des études et de la recherche.**
- **Intégrer les autorités de santé et de sécurité au Comité de Pilotage** et s'assurer de leur engagement de la conception jusqu'à la validation du protocole
- **Assurer une référence scientifique robuste** pour pouvoir asseoir la légitimité scientifique de l'étude et collaborer avec des **professeur·e·s/universitaires**
- **S'accorder d'emblée sur le format** (l'étude ne doit pas être présentée comme une thèse) pour favoriser l'appropriation des résultats
- Entamer dès le départ un travail de **clarification des valeurs** (voir fiche dédiée) avec les membres du comité de pilotage de l'étude
- Une fois le protocole validé, **déployer le dispositif de l'étude**, en utilisant par exemple des étudiant·e·s sur la partie enquête sociale et les centres de santé et laboratoires de recherche pour la partie médicale
- **Associer des partenaires de recherche ou des prestataires nationaux pour les prélèvements** et les analyses sérologiques (type Institut Pasteur) en étant transparent·e·s sur la propriété des données<sup>9</sup>.

8. « La graine c'est le « fixe » de départ ou celui-celle qui arrive à recruter les usager·e·s. On ne donne ce nom qu'au premier lot avec des profils diversifiés. »

9. « Cette approche peut créer des difficultés au niveau de la « paternité » des résultats. Il faut prévoir en amont, dans les protocoles d'accords, les formes sous lesquelles chacune des parties pourra exploiter les résultats de l'étude. »



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Le Comité Interministériel de Lutte Anti-Drogue
- Le Directeur Général de la Santé et les Directeurs Régionaux et Départementaux de la Santé
- Les différents programmes nationaux de santé : le Programme National de Lutte contre le Tabagisme, l'Alcoolisme, la Toxicomanie et les autres Addictions , le Programme National de Lutte contre le SIDA, le Programme National de Lutte contre la Tuberculose
- Le Comité National d'Ethique et de la Recherche
- Les instituts de recherche: l'Institut Pasteur, l'Institut National de Santé Publique, l'Institut National d'Hygiène Publique
- Les facultés de médecine et l'UFR de Sciences Humaines d'Abidjan
- Les Centres Hospitaliers Universitaires
- Les partenaires de mise en œuvre : Espace Confiance et ASAPSU
- Les structures de santé de référencement si les graines sont testées positives à une pathologie
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Leur rôle est fondamental. Si l'étude est initiatique (première étude dans la zone) il faut les identifier ([voir fiche dédiée à l'identification des EP](#)). L'important, c'est qu'il·elle·s bénéficient d'une reconnaissance par la communauté et le·la chef·fe de ghetto. Les premiers contacts fiables mettent en relation avec les autres... Il faut faire attention à recruter des profils très divers en genre et en âge. Sinon on peut avoir tendance à avoir des groupes d'ami·e·s ou de proches, dont l'homogénéité peut biaiser les résultats.

Pour la notion même de « graine », il faut observer qui est à l'aise dans les sites, car il·elle·s font un travail de sensibilisation des cibles au déroulement de l'étude. Il·elle·s vont accompagner la cible (le sujet de l'étude) pendant tout le processus de collecte de données et de prélèvements et notamment pour aller chercher les résultats d'analyses et de tests sérologiques. Si besoin, il·elle·s vont rechercher les perdu·e·s de vue qui ont été diagnostiqué·e·s positifs<sup>10</sup>.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

Au cours de l'étude, la présence de **professionnelles de santé** (infirmières et Agents de santé communautaire, agents dépisteurs, assistantes sociales) facilite considérablement le lien interpersonnel avec les personnes usagères de drogues, qui ont souvent tendance à « materniser » la relation à la soignante. Les **éducatrices paires** ont aussi généralement un contact facilité avec les femmes soignantes. Dans les **comités de pilotage** des études il est également très important de respecter un **équilibre de genre**.

10. « On essaye de collecter des signes distinctifs pour retrouver les patient·e·s pour être sûr de communiquer les résultats à la bonne personne. Un fois qu'on a identifié ou retrouvé les patient·e·s positif·ve·s, les EP font l'accompagnement du·de la patient·e pour un référencement. »



## LES OUTILS UTILISÉS

- Les protocoles soumis au comité éthique<sup>11</sup>
- Fiche d'enquête (questionnaire)
- Les protocoles de prélèvement
- La contractualisation au moment des prestations
- Les Contrats de services qui régissent la sous-traitance au sein de l'étude, notamment pour les prestations de prélèvements et analyses



## LES MOYENS HUMAINS ET/OU FINANCIERS

- Chacune des études a coûté environ **150 000 euros**<sup>12</sup>
- Chaque étude a un-e **chef-fe de projet** dont le profil peut varier
- Prévoir un **Comité de Suivi** (qui suit l'étude en mode projet) distinct du **Comité de Pilotage** (qui garantit la robustesse scientifique de l'étude)
- Dans le budget, il faut prévoir le **financement de tous les acteur-trice-s impliqué-e-s**, Comité de Pilotage, équipe de coordination salariée dédiée, indemnisation des travailleur-euse-s communautaires, et rémunération des prestations de service (prélèvements et analyses)



11. L'approche innovante de «prélèvements sur site» initiée lors de l'étude de 2014 a été maintenue dans les études suivantes

12. En 2014 et 2017 ces frais ont été couverts par Médecins du Monde et via le Fond Mondial Alliance Côte d'Ivoire et le Programme national de Lutte contre la Tuberculose (en 2017), Les études PARECO / PNLTA et MSHP / PNLS de 2019 et 2020 ont elles aussi été financées par le Fond Mondial via Alliance Côte d'Ivoire.

# FICHE PRATIQUE #7

## Comment convaincre les bailleurs de fonds de financer des programmes de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues ?

Il n'est pas toujours évident de financer la Réduction des Risques (RdR) liés à l'usage de drogues. Les personnes usagères de drogues (PUD) ne sont pas perçues comme une population cible prioritaire du fait de leur manque de visibilité, mais également du rejet ou de la stigmatisation dont il·elle·s sont victimes. Pour convaincre les bailleurs de fonds de financer la RdR, il faut donc aller vers les grands **bailleurs en santé publique** mobilisés dans la lutte contre les pandémies et sensibilisés au **concept de populations clés**, comme le Fond Mondial<sup>13</sup> ou L'initiative 5%<sup>14</sup>.

Un projet RdR dépend de différents bailleurs pour financer ses activités. Il est donc fondamental pour l'organisation porteuse de **présenter un projet consolidé aux bailleurs** de fonds et **éviter l'empilement des propositions**. *«Aujourd'hui on a UN SEUL CADRE LOGIQUE, avec les mêmes indicateurs pour tous les bailleurs !»*

Pour cela il est recommandé de co-élaborer une stratégie en amont, incluant les PUD, les PMO et les principales parties prenantes. **Ce n'est pas la proposition au bailleur qui doit déterminer la stratégie**. Même si on doit présenter les projets sous différents formats pour obtenir des financements, ces formats doivent tous provenir de cette stratégie initiale.



### MESSAGES CLÉS

1. **Rendre la RdR visible** au sein des politiques publiques et des financements qui leur sont dédiés dans le pays
2. **S'impliquer dans les processus consultatifs** (toujours avec les partenaires de mise en œuvre et des représentants des PUD) visant à documenter les futures attributions de fonds dans le pays (ex : Fond Mondial)
3. **Impliquer les représentations des bailleurs dans le pays** (ambassades, représentations multi-pays type CEDEAO ou UE...). Ces alliés sont souvent des facilitateurs ou des porteurs de messages vis-à-vis du bailleur. Leur parole est écoutée
4. **Faire visiter les activités pour déclencher une prise de conscience**, une vision. La visite et les rencontres avec les PUD et les éducateur·trice·s pair·e·s (EP) sont un outil formidable d'appropriation des enjeux RdR. Elles suscitent une réelle compréhension de la situation et une conscientisation des blocages et des opportunités
5. Se donner le temps et les moyens de **maîtriser les lignes directrices de financements et les procédures bailleurs**.

13. <https://www.theglobalfund.org/fr/>

14. <https://www.initiative5pour100.fr/>



6. **Toujours chercher à argumenter.** Que ce soit pour faire bouger certaines lignes ou pour bénéficier d'un nouveau financement
7. **Séquencer le projet et mettre en avant à chaque phase un caractère innovant**
8. **Explorer dans quelle mesure les coûts du projet peuvent être absorbés progressivement par les structures publiques de santé** (comme c'est le cas aujourd'hui au CASA) dans un souci de durabilité



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Les Partenaires de Mise en Œuvre
- Les bailleurs : Le Fond Mondial, Initiative 5%, l'Agence Française de Développement, Alliance Côte d'Ivoire, le CCM, ANCS Sénégal, Médecins du Monde France
- Les représentations pays : CEDEAO, UE, Ambassade de France
- Les agences Onusiennes : ONUDC, ONUSIDA, OMS
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Le groupe des éducateur·trice·s pair·e·s plaideurs ([voir livret plaidoyer](#)), formé·e·s à la représentation et aux techniques de plaidoyer (communément appelé groupe PHENIX sur le projet de Médecins du Monde à Abidjan), est très impliqué dans les discussions pays pour le Fond Mondial. Il·elle·s contribuent aux visites bailleurs et aux évaluations. Il·elle·s jouent un vrai rôle de fil conducteur.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

L'exigence de l'ensemble des bailleurs est de promouvoir un équilibre de genre. Il est donc dans l'intérêt de tous de porter une attention particulière à la place des femmes bénéficiaires, mais aussi à l'équilibre au sein des équipes.

Au sein de la population PUD, les femmes sont moins nombreuses, mais elles sont plus vulnérables que les hommes et doivent faire l'objet d'une approche et d'activités dédiées.

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la Réduction des Risques :

« Au début du projet, les femmes usagères de drogues peinaient à émerger parmi les hommes, qui se mettaient plus spontanément en avant pour endosser les rôles de représentation. C'est une des raisons de la création du groupe PHENIX (éducateurs pairs formés à la représentation et aux techniques de plaidoyer) qui rassemble aujourd'hui des femmes et des hommes. Aujourd'hui, lors des visites protocolaires, ces femmes plaideuses sont systématiquement mises en avant dans les prises de paroles. »



## LES OUTILS UTILISÉS

- Mapping des acteur·trice·s (voir fichier Excel modèle de matrice des acteurs)
- Contributions aux concertations nationales
- Propositions de financements et rapports bailleurs
- Visites
- Évaluations et capitalisations



## LES MOYENS HUMAINS ET/OU FINANCIERS

Il faut avoir dans l'équipe 2 types de profils :

- 1 Admin financier avec expérience multi-bailleurs indispensable.
- 1 Coordinateur·trice / négociateur·trice qui puisse plaider et porter les intérêts du projet vis-à-vis des parties prenantes potentielles, avec une forte sensibilité sociale et/ou médicale et/ou communautaire et/ou droits humains.

**La principale ressource à mobiliser avec les bailleurs de fond c'est LE TEMPS.** Il faut consacrer du temps à mettre à disposition pour toutes les phases des relations bailleurs :

- L'identification
- La mise en relation
- La veille stratégique
- La préparation des projets (missions exploratoires, mapping des acteurs, analyse des besoins)
- La formalisation des propositions
- Les négociations pré-contractualisation
- La contractualisation
- Le suivi
- La coordination des visites et des relations
- La rédaction des rapports
- Les évaluations et les capitalisations



# FICHE PRATIQUE #8

## Quels enseignement pratiques retirer de la crise COVID-19?

Comme dans le cadre de beaucoup de projets de développement, la pandémie de COVID-19 a brutalement imposé une nécessité d'adaptation des interventions pour pouvoir continuer à répondre aux besoins spécifiques des personnes usagères de drogues (PUD).



### MESSAGES CLÉS

1. **Conduire une mission exploratoire** dans les lieux de consommation afin d'établir les besoins spécifiques des PUD
2. **Identifier le personnel à risque** au sein des équipes et mettre en place du travail à distance (plan de contingence avec organisation des bureaux et télétravail)
3. **Renforcer les capacités du personnel** par la formation de toutes les équipes Médecins du Monde (Mdm) et des partenaires de mise en œuvre (PMO) à la Covid-19 et aux mesures de protection à adopter
4. **Continuer les référencements, les accompagnements et les maraudes TB et VIH.** Les maraudes, en tant que dispositif plus léger sont privilégiées aux sorties soins dépistages (voir fiche dédiée)
5. **Regrouper les maraudes Covid-19 et les maraudes tuberculose (TB)** car les symptômes sont très proches (principalement toux), si une PUD tousse, elle se fait systématiquement dépister pour la TB (crachat sur place) et pour la Covid-19 (dans un centre étatique agréé)
6. **Distribuer du matériel de protection** (masques, gants...) **des kits d'hygiène et promouvoir et respecter les gestes barrières** (dispositif de lavage de main, prise de température...) **au sein des communautés et mettre en place un appui alimentaire en cas de nécessité**
7. **Dans les centres, maintenir les consultations, mais suspendre les activités collectives** : service médico-social, laboratoire et pharmacie uniquement avec respect de 50 personnes maximum dans le centre comme demandé par le gouvernement
8. **Équiper les centres de santé** en matériel de protection et équipement pour l'installation d'une salle de tri et une salle d'isolement. La distribution de matériel ou l'appui alimentaire ne s'improvise pas ; il faut prévoir un temps assez long de préparation de la stratégie



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Le district sanitaire
- Les partenaires de mise en œuvre
- Les centres de santé
- Les bailleurs de fonds
- Les éducateur·trice·s pair·e·s



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

- Il·elle·s ont fourni un appui lors de la mission exploratoire
- Il·elle·s ont intensifié les activités d'outreach pour sensibiliser les PUD à la Covid-19, aux mesures de protection et aux gestes barrières
- Il·elle·s ont effectué les distributions des différents kits dans les fumeurs
- Il·elle·s ont assuré le référencement et contre-référencement des cas suspects



## LES OUTILS UTILISÉS

- Rapport de mission exploratoire
- Fiche de donation
- Fiche de collecte
- Rapport activités outreach
- Rapport de formation, liste de présence
- Rapport appui alimentaire
- Fiche de référencement/contre référencement / dossier patient



## LES MOYENS HUMAINS ET/OU FINANCIERS

- Achat de matériel et d'équipement de protection : au vu de l'augmentation très importante des coûts des EPI le projet a dû réaffecter des fonds avant d'obtenir des financements supplémentaires.
- Budget logistique pour l'achat et la distribution de matériel ou la mise en place de la stratégie de l'appui alimentaire.
- Budget pour la formation.
- Contractualisation avec une compagnie d'ambulances pour assurer les référencements.
- RH supplémentaires : un projet même d'urgence nécessite d'y affecter des moyens supplémentaires.



## POUR ALLER PLUS LOIN... TÉMOIGNAGES

### Témoignage de praticien·ne de la RdR :

« Mdm a voulu saisir l'opportunité de ce projet d'urgence sur 4 mois pour insérer des activités qu'il avait toujours pensé être importantes telles que l'hygiène environnementale (nettoyer les fumoirs) ou encore la distribution de kits de nutrition. Mais Mdm n'a pas demandé de ressources humaines supplémentaire dans la proposition de projet ni de soutien logistique (par exemple chauffeurs). »

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la RdR :

« Les équipes Mdm ont rapidement eu à élaborer une nouvelle proposition de projet au bailleur qui a proposé un budget « spécial COVID-19 » correspondant à 15 % du budget trisannuel du projet de Réduction des Risques (RdR). Ce budget était à dépenser dans les 4 mois. Il a été décidé de renforcer 15 centres de santé publics (salle d'isolement, matériel de protection, désinfection des locaux...) et de renforcer les communautés dans les fumoirs par la distribution de kits d'hygiène, de matériel de protection, de kits alimentaires. La formation des équipes a également été proposée. Enfin un volet plaidoyer pour signaler les cas de violence des droits humains pendant cette période a aussi été prévu (augmentation des arrestations policières dans les fumoirs pendant la Covid-19 car les UD n'ont pas d'hébergement et ne pouvait pas respecter le confinement et l'interdiction de regroupement). Une mission exploratoire, dans le cadre de ce projet d'urgence Covid-19, a été conduite pour identifier les besoins. Les activités de ce projet de 4 mois ont été mises en place entre juin et septembre 2020. Mdm a fait le choix de ne pas donner aux PMO ces activités sur 4 mois liées à la Covid-19 car ils n'auraient pas eu la capacité d'absorption de gérer ce projet d'urgence en plus des activités habituelles déjà très prenantes. »

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la RdR :

« Finalement on a réalisé que la temporalité du projet de RdR est proche de celui d'un projet d'urgence. Le contexte législatif, les conditions de très grandes précarités et d'isolement des PUD contribuent au principe d'urgence qui ne se trouve pas uniquement sur les urgences vitales qui sont pourtant fréquentes. Ce projet est donc à mi-chemin entre l'urgence et le développement dû à la grande précarité des PUD qui sont sans répondant familial, à l'insécurité dans les fumoirs, au besoin de disponibilité des équipes 24h/24... »



# FICHE PRATIQUE #9

## Comment développer le partenariat avec les associations communautaires et identitaires ?

La Réduction des Risques (RdR) pour les personnes usagères de drogues (PUD) est une **approche totalement participative**, qui valorise le savoir profane et la représentation des PUD à tous les niveaux du projet. À ce titre, **les associations communautaires** constituées par et pour les PUD sont **des partenaires incontournables**. Elles sont impliquées à plusieurs niveaux et **leur rôle principal est de porter les enjeux majeurs de la représentation et de la protection des usager·ère·s de drogues comme détenteur·trice·s de droits** (voir livret plaidoyer).

Lorsqu'on développe des partenariats avec les associations communautaires et identitaires, l'enjeu est de trouver un juste équilibre entre la nécessité de la parole légitime (il est important que les PUD parlent pour et par eux·elles-mêmes) et l'importance de l'approche de Réduction des Risques globale, qui implique de nombreux·ses acteur·trice·s autour des usager·e·s (les équipes communautaires, les associations, les structures et les personnels de santé..., parfois même les autorités). L'approche identitaire est donc indispensable mais pas suffisante. **Pour développer un projet RdR centré sur les PUD eux·elles-mêmes, il est primordial de créer un climat d'ouverture propice à un travail collaboratif pour que l'ensemble des acteur·trice·s identitaires ou non puisse aller dans la même direction.**

Comme dans toutes les organisations militantes, ce sont souvent les personnalités les plus affirmées ou charismatiques (et parfois auto-proclamées), qui sont mises en avant. Le risque est le flou que cela peut créer à terme entre la défense des intérêts collectifs et individuels. Pour pallier à cela il est important **de favoriser la mise en œuvre :**

- **des mécanismes de légitimité** (élections des CA)
- **des mécanismes de redevabilité** (nécessité pour les CA de rendre compte aux membres et aux éventuels bailleurs)
- **des contre-pouvoirs** (s'assurer qu'un seul acteur ne monopolise pas le débat)

### MESSAGES CLÉS



1. Impliquer les associations communautaires et/ou identitaires de manière systématique dans le cadre d'un projet RdR
2. Trouver la bonne voie entre le communautaire et l'identitaire<sup>15</sup>.
3. Créer un climat inclusif et rassembleur en faisant attention de ne pas privilégier certain·e·s acteur·trice·s au détriment des moins visibles
4. Garantir une représentativité et une légitimité réelle et durable des PUD dans les instances représentatives.

<sup>15</sup> Les associations qui se définissent comme « Identitaires » sont constituées par des personnes usagères de drogues qui mènent des actions en leur nom propre. Les associations communautaires peuvent être issues de la communauté au sein de laquelle se trouvent des PUD mais leurs membres ne sont pas nécessairement des usager·e·s eux·elles-mêmes. Elles agissent en faveur des PUD et d'autres populations.



## QUI SONT LES ACTEUR·TRICE·S IMPLIQUÉ·E·S ?

- Les associations issues de la communauté des personnes usagères de drogues
- Les bailleurs de fonds (voir fiche dédiée)
- Voir matrice des acteurs



## QUELS RÔLES JOUENT LES ÉDUCATEUR·TRICE·S PAIR·E·S ?

Un grand nombre d'éducateur·trice·s pair·e·s sont membres d'associations parfois à des postes de responsabilité. Ceci crée une porosité entre les associations communautaires et les éducateur·trice·s pair·e·s ce qui entraîne une démobilité au sein des associations. Le positionnement entre les deux n'est pas simple et demande d'avoir des discours clairs « savoir quand porter la bonne casquette » afin d'éviter les conflits de loyauté. Une communication transparente permet de bien gérer les potentiels conflits d'intérêt et/ou les doubles paiements.

Les retombées positives de cette double casquette sont que, de fait, le renforcement de capacités des éducateur·trice·s pair·e·s est transposé par capillarité sur les associations. C'est une bonne chose pour la pérennité du projet et l'ancrage de l'approche Réduction des Risques.



## QUELLE EST LA PLACE DES FEMMES ?

En Côte d'Ivoire, il n'y a pas d'association féminine d'usagères de drogues, les femmes se regroupent plutôt sous forme de groupes d'auto-supports, moins formels. Sur un projet de Réduction des Risques, leur place est fondamentale car, bien qu'elles soient minoritaires parmi les PUD, elles sont plus vulnérables. La porte d'entrée pour susciter leur intérêt peut être d'organiser des événements dédiés. Certaines associations communautaires sont d'ailleurs très actives sur ces questions notamment en matière de protection.

### Témoignage d'une praticien·ne de la Réduction des Risques

*« Au sein des associations, les hommes disent souvent que c'est compliqué de travailler avec les femmes, mais nous on essayé de leur montrer le contraire. On a aussi beaucoup parlé de la nécessité de mettre les femmes en avant. On a parlé de l'aspect genre comme condition de la réussite et on leur demande de respecter la parité. Nous invitons systématiquement les femmes à participer. Pour garantir la participation féminine, on fait des invitations alternées : un homme – une femme. »*



## LES OUTILS UTILISÉS

- Mapping des acteur·trice·s
- Statuts du fonctionnement et de la gouvernance du réseau des associations de protection des personnes usagères de drogues
- Modules de renforcement des capacités



## LES MOYENS HUMAINS ET/OU FINANCIERS

- Pour accompagner la dynamique communautaire et les associations en particulier, il faut une personne très engagée, dynamique, rigoureuse, motivée, ayant reçu une **formation en sciences humaines** ou ayant **une expérience solide de l'approche communautaire et des populations vulnérables**.
- Pour constituer le budget, il faut **prévoir** :
  - **des fonds à disposition des associations** pour l'achat d'équipements bureautiques...
  - une ligne budgétaire pour des formations de renforcement de compétences
  - une ligne pour compléter et appuyer leurs activités (par exemple si une association veut faire une activité plaidoyer ou de sensibilisation)
- Prévoir de les accompagner à l'obtention de fonds directs
- **Planifier au budget les rencontres de coordination entre elles pour un partage d'informations et d'expérience en créant une synergie commune.** (Pour cela prévoir : frais de transports, les locations de salles, les per diem si journées dédiées)
- Préparer avec elles un **budget «journées internationales»** avec un calendrier annuel. Ces journées telles que la Journée Mondiale de lutte contre le VIH doivent être anticipées et préparées conjointement avec les budgets des associations.



## POUR ALLER PLUS LOIN... TÉMOIGNAGES

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la RdR

« Ce que j'ai appris c'est **qu'il ne faut pas inciter la création d'associations de manière exogène**. La motivation pour exister est un des facteurs de réussite avec la défense de l'intérêt collectif. Quand les associations ne sont pas fondées sur ces principes, ça ne fonctionne pas bien. Au début du projet, Médecins du Monde a beaucoup poussé pour la création d'associations identitaires. L'idée de départ, basée sur des expériences réussies dans d'autres pays, était de faire émerger de la militance. Mais ça a engendré de la frustration car d'une certaine manière, ça a été stimulé artificiellement. Certains acteurs se sont en fait mobilisés à titre personnel et pour leur propre profit. Si on avait laissé les choses émerger d'elles-mêmes ou si on s'était appuyé sur l'existant en accordant moins d'importance au caractère identitaire des associations, les choses auraient été différentes.

### Témoignage de praticien·ne de la RdR

Les associations ont pris l'habitude de recruter leurs membres par affinités sur les sites de consommations de façon informelle. Ceci ne leur a pas permis de faire la part des choses entre ce qui se passe au sein de l'association et ce qui se passe au ghetto. Il est important de les accompagner pour qu'ils puissent avancer sur ces questions en capitalisant leurs expériences. »

### Témoignage d'un·e praticien·ne de la RdR

Pour la gestion des fonds on a eu de belles réussites. **Certaines associations sont devenues visibles et ont réussi à capter des financements, certaines écrivent même les abstracts**. Ceux qui s'en sortent le mieux sont surtout les associations communautaires ouvertes à plusieurs types de populations clés. En embrassant des thématiques plus larges, elles s'ouvrent de meilleures perspectives de financement. Les associations purement identitaires, qui ont été uniquement fondées sur « l'identité usager·e·s de drogues » ont eu plus de difficultés à émerger. Mais à force de patience et de collaboration rapprochée, des associations identitaires ont elles aussi trouvé des fonds qu'elles arrivent maintenant à justifier par elles-mêmes. **Il y a donc de l'espoir et on se dit que tout ça valait la peine.** »

# FICHE SUPPORT

## Manuels, textes et documents de référence

### Publications de Médecins du Monde sur la Réduction des Risques

Histoire et principes de la réduction des risques, entre santé publique et changement social, ouvrage collectif coordonné par Céline de Beaulieu, Niklas Luhmann et Olivier Maguet, publié par Médecins du Monde, 2013

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2013/10/20/histoire-et-principes-de-la-reduction-des-risques>

Santé et droit des personnes usagères de drogues, note de positionnement, Médecins du Monde, 2020

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2020/12/10/sante-et-droits-des-personnes-usageres-de-drogues>

Réduction des risques, une approche de santé publique fondée sur les droits humains, Médecins du Monde, 2020

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2020/09/28/reduction-des-risques-une-approche-de-sante-publique-fondee-sur-les-droits-humains>

### Études bio-comportementales sur la santé des personnes usagères de drogues en Côte d'Ivoire

Santé des personnes usagères de drogues à Abidjan en Côte d'Ivoire, Médecins du Monde, Y a pas drap, 2014

[https://plateforme-elsa.org/wp-content/uploads/2015/02/MDM\\_Rapport\\_Sante\\_UD\\_Abidjan-20141104.pdf](https://plateforme-elsa.org/wp-content/uploads/2015/02/MDM_Rapport_Sante_UD_Abidjan-20141104.pdf)

La tuberculose chez les usager·ère·s de drogues à Abidjan en Côte d'Ivoire, Médecins du Monde, 2017

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/08/27/la-tuberculose-chez-les-usageres-de-drogues-abidjan-en-cote-divoire>

Rapport d'estimation de la taille et d'enquête bio-comportementale chez les consommateurs de drogue injectables en Côte d'Ivoire, Institut de recherche en santé de surveillance épidémiologique et de formations (IRESSEF), Programme National de Lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (PNLTA), 2019

Enquête bio-comportementale chez les usager·e·s de drogues, y compris les usager·e·s de drogues injectables à Abidjan Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSPH), Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS), 2020

## Guides pratiques et méthodologiques internationaux

Guide Technique destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH, OMS, ONUDC, ONUSIDA, 2009  
[https://www.who.int/hiv/pub/idu/idu\\_target\\_setting\\_guide\\_fr.pdf](https://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide_fr.pdf)

Lignes directrice unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH, population clés, Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional de l'Afrique, 2016  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246217/9789290312222-fre.pdf?sequence=1>

Stratégie VIH, santé et développement 2016 – 2021, Programme des Nations Unies pour le Développement Juin 2016  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250576/?jsessionid=1F9FF59909C13B438E8213B32CD7FD07?sequence=1>

Projet de stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH, 2016-2021, Organisation Mondiale de la Santé, 2015  
<https://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/ghss-hiv/fr/>

Planification des projets de santé, promotion de la santé et action humanitaire, ouvrage collectif coordonné par Sybille Gumucio, 2015  
<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/01/15/planification-des-projets-de-sante>

Guide de Plaidoyer pour la promotion d'un environnement propice pour la société civile dans des contextes spécifiques, Forum sur l'Efficacité de Développement des OSC, Constanza de Toma  
[file:///Users/chinette/Downloads/le\\_guide\\_du\\_plaidoyer.\\_conseils\\_sur\\_la\\_facon\\_de\\_plaider\\_pour\\_un\\_environnement\\_plus\\_favorable\\_a\\_la\\_societe\\_civile\\_dans\\_votre\\_contexte\\_-\\_de\\_toma\\_non\\_date%20\(6\).pdf](file:///Users/chinette/Downloads/le_guide_du_plaidoyer._conseils_sur_la_facon_de_plaider_pour_un_environnement_plus_favorable_a_la_societe_civile_dans_votre_contexte_-_de_toma_non_date%20(6).pdf)

Bonnes pratiques de dépistage et de traitement de la tuberculose, réflexions et enseignements tirés de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et d'ailleurs, Anna Scardigli, Tina Draser, Eliud Wandwalo, Fonds Mondial, 2018  
[https://www.theglobalfund.org/media/8274/core\\_wca-tb-best-practices\\_technicalbrief\\_fr.pdf?u=637319006035530000](https://www.theglobalfund.org/media/8274/core_wca-tb-best-practices_technicalbrief_fr.pdf?u=637319006035530000)

Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2019 sur les indicateurs de suivi de la déclaration politique sur la fin du sida, Directives, ONUSIDA 2018  
<https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2020/global-aids-monitoring-guidelines>

Guide d'orientation sur la réduction de risques chez les consommateurs de drogues injectables au niveau régional, Alliance Nationale des Communautés pour la Santé et Fonds Mondial, Février 2018  
[https://www.theglobalfund.org/media/10473/crg\\_humanrightsbaselineassessmentsenegal\\_report\\_fr.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/10473/crg_humanrightsbaselineassessmentsenegal_report_fr.pdf)

La qualité des services de santé. Un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle, OCDE et Organisation Mondiale de la Santé, 2019  
<https://www.oecd.org/fr/publications/la-qualite-des-services-de-sante-un-imperatif-mondial-en-vue-de-la-couverture-sante-universelle-62f287af-fr.htm>

## Cadre législatif et textes de lois

La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme,  
<https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>

Le pacte international relatif aux droits civils et politiques  
<https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>

Convention unique sur les stupéfiants de 1961 (Protocole de 1972)  
<https://www.unodc.org/unodc/fr/treaties/single-convention.html>

Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, 1988  
[https://www.unodc.org/pdf/convention\\_1988\\_fr.pdf](https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_fr.pdf)

La loi n°88-686 du 22 juillet 1988 portant sur la répression du trafic et l'usage illicite des substances psychotropes et des substances vénéneuses

Loi n°2019-677 du 23 Juillet 2019 portant sur les orientations de la politique de santé publique en Côte d'Ivoire  
<http://www.sante.gouv.ci/assets/fichiers/loi-n-2019-677-du-23-juillet-2019-portant-orientation-de-la-politique-de-sante-publique-en-ci.pdf>

Bulletin d'information du projet ONUDC, CEDEAO contre le trafic de drogues, Injonction thérapeutique, une alternative à l'incarcération des usager·e·s de drogues, ouvrage collectif coordonné par Mansour Diouf, N°03 janvier 2018  
<https://www.unodc.org/documents/westandcentralafrica//ecowasgrants/onudc-cedeao-bulletin2018-numero3.pdf>

## Plan et protocoles sanitaires nationaux en Côte d'Ivoire

Plan Stratégique National de Lutte contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles 2016-2020 en Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, 2016  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CIV\\_2017\\_countryreport.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CIV_2017_countryreport.pdf)

Les protocoles sanitaires nationaux et en particulier pour la prise en charge :

- des usager·e·s de drogue,
- du VIH,  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CIV\\_2017\\_countryreport.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CIV_2017_countryreport.pdf)
- de la tuberculose,  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/64016>

Le guide national des Traitements de Substitution aux Opiacés (en cours, pour le consulter, s'adresser au Programme National de Lutte contre le Tabac et l'Alcool)

Côte d'Ivoire : COVID-19, Plan de riposte contre les infections respiratoires aiguës à Coronavirus, Cabinet du Premier Ministre, 30 mars 2020  
<https://www.tralac.org/documents/resources/covid-19/countries/3806-cote-d-ivoire-covid-19-response-plan-30-march-2020-french/file.html>

## Rapports et institutions phares de la RdR sur le plan international

Rapports de la Commission Globale sur les Politiques de Drogues.

[www.globalcommissionondrugs.org/reports](http://www.globalcommissionondrugs.org/reports)

Réseau mondial pour un débat ouvert et objectif sur les politiques liées à la drogue, *Bilan : 10 ans de politiques des drogues*, 2019.

[http://fileserv.idpc-net/library/Executive\\_Summary\\_FR.pdf](http://fileserv.idpc-net/library/Executive_Summary_FR.pdf)

Rapport de la Commission Lancet sur la santé publique et les politiques internationales sur les drogues, 2016.

[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00619-X](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00619-X)

Harm Reduction International, *Global State of Harm Reduction*, 2018.

[www.hri.global/global-state-harm-reduction-2018](http://www.hri.global/global-state-harm-reduction-2018)

Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, *Étude des effets du problème mondial de la drogue sur la jouissance des droits de l'homme*, 2015. (en ligne sous format word)

Office des Nations Unies contre les Drogues et le Crime, Rapport mondial sur les drogues, 2019.

[www.unodc.org/unodc/fr/frontpage/2019/June/world-drug-report-2019\\_-35-million-people-worldwide-suffer-from-drug-use-disorders-while-only-1-in-7-people-receive-treatment.html](http://www.unodc.org/unodc/fr/frontpage/2019/June/world-drug-report-2019_-35-million-people-worldwide-suffer-from-drug-use-disorders-while-only-1-in-7-people-receive-treatment.html)

Human Rights Watch, *The Human Rights Case for Drug Reform*, 2014.

[www.hrw.org/news/2009/04/10/drug-policy-and-hum](http://www.hrw.org/news/2009/04/10/drug-policy-and-hum)

Release (Niamh Eastwood, Edward Fox & Ari Rosmarin), *A quiet revolution: Drug decriminalisation across the globe*, 2016.

[www.release.org.uk/publications/drug-decriminalisation-2016](http://www.release.org.uk/publications/drug-decriminalisation-2016)

### Commission des nations Unies sur les narcotiques et les Drogues

<https://www.unodc.org/unodc/fr/commissions/CND/index.html>

### Harm Reduction International

<https://www.hri.global/>

### International Drug Policy Consortium

<https://idpc-net/fr/?setlang=fr>

### International Network of People who Use Drugs

<https://www.inpud-net/>

## Références cinématographiques et littéraires

Rat Park, documentaire de Rachel Browne et Shawney Cohen, 2019

[https://www.youtube.com/watch?v=n4\\_6KlduK1E](https://www.youtube.com/watch?v=n4_6KlduK1E)

Rat Park, Stuart mac Millen, Bande dessinée en ligne, langue anglaise

<http://www.stuartmcmillen.com/comic/rat-park/#page-10>



Cette capitalisation a été conduite par Marion Junca, de l'association LED Expertise (aujourd'hui PLUS 10 Expertises), appuyée par Aurélie Rablet pour une partie de la collecte de données.

### COMITÉ DE PILOTAGE

**Marie-Julie Marche-Toha**, *Référente prise en charge CASA (mission MdM RCI)*

**Lucien N'zi**, *Coordinateur Programme RdR-PUD (mission MdM RCI)*

**Stéphanie Baux**, *Coordinatrice Générale (mission MdM RCI)*

**Lise-Hélène Pourteau-Adjahi**, *Responsable Mission RdR- PUD (mission MdM RCI)*

**Julien Chauveau**, *Référent Capitalisation et Evaluation (siège MdM)*

**Anne Cheyron**, *Responsable de Desk (siège MdM)*

**Photographies :** ©Mélodie Depalle, Mia Collis, Abdoulaye Traoré





