

# Réduction des risques

## QUELLE EVALUATION POUR LES BOUTIQUES de REDUCTION DES RISQUES ?



**Laurent Cenard**

Fédération Nationale de la  
Mutualité Française

255, rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15

tél : 01 40 43 36 12

e-mail : laurent\_cenard@fnmf.fr

**Francis Nock**

Consultant en actions de santé

La Brousse-Portron - 86600 SAINT-SAUVANT

tél - fax : 05.49.53.06.11

e-mail : frnock@hotmail.com



**L**es boutiques à bas seuil d'exigence doivent prendre en compte, comme les autres structures de réduction des risques, la question de l'évaluation de leurs activités. L'accompagnement à l'autoévaluation est une méthode qui peut s'appliquer à ces structures, qui ont souvent un recueil de données insuffisamment développé. Une fois les résistances et les réticences surmontées, la pratique d'autoévaluation permet de professionnaliser une pratique encore récente par la production d'informations régulières sur les services rendus aux usagers et sur leurs résultats.

**Mots clés :** évaluation - réduction des risques - toxicomanie - bas seuil d'exigence

En 1994, la Mutualité française s'est engagée dans la bataille de la réduction des risques auprès des usagers de drogues en annonçant qu'elle allait soutenir l'ouverture d'une dizaine de centres de distribution de méthadone (1). Cet engagement s'est poursuivi en 1997 par l'organisation à Paris, avec AIDES et Médecins du Monde, de la 8ème conférence internationale de réduction des risques. Parmi de nombreuses initiatives allant de la prévention primaire de l'usage de drogues aux programmes d'hébergement, la Mutualité soutient deux structures d'accueil bas seuil : C3R93 au Blanc-Mesnil, par l'intermédiaire d'une mutuelle interprofessionnelle, MUTINTER, et Axess la Boutique à Mont-

pellier, à travers l'investissement d'une de ses Unions départementales, la Mutualité de l'Hérault. Ce soutien a pris la forme d'une aide technique et/ou financière au montage du projet, et s'est concentré ensuite sur la mise en place d'un dispositif permanent d'évaluation, dispositif négligé par les pouvoirs publics, qui financent pourtant l'essentiel de ces structures. Or, à l'occasion de la refonte de la loi de 1975 régissant le secteur médico-social (2), les structures de réduction des risques devraient bientôt quitter le domaine de l'expérimentation pour intégrer de façon pérenne le dispositif sanitaire et social, et la question de l'accréditation de ces structures pourrait bien se poser...

Pour la Mutualité, la question centrale doit être celle de l'amélioration de la qualité des prestations fournies aux usagers, au regard de leurs besoins. Cela passe par la création d'un système permanent de production d'informations permettant un regard critique sur l'activité et son évolution.

La mise en place de tels systèmes d'évaluation n'a pas posé les mêmes problèmes dans les centres méthadone et dans les boutiques, et ce pour plusieurs raisons :

- Les centres méthadone s'inscrivent de fait dans une logique de service, suivant le modèle d'autres structures médicales, avec prise de rendez-vous pour des prestations organisées, ce qui n'est pas le cas des boutiques.
- L'évaluation permanente nécessite la définition et la tenue régulière d'un recueil de données. Ce recueil préexistait dans l'ensemble des centres de soins, sous la forme d'un dossier pour chaque usager. Mais cette logique de dossiers individuels est contraire au principe même des structures d'accueil à bas seuil d'exigence : on accueille sans rien demander que le respect du règlement intérieur, et surtout pas les éléments de base des dossiers individuels : nom et prénom, date de naissance, adresse, ... Tout ce qui peut ressembler à un interrogatoire de police, ou à un imprimé administratif, même celui d'un centre de soins, est banni des boutiques, créées d'abord pour ceux qui ne s'adressent pas au dispositif sanitaire et social ou qui, rebutés ou rejetés, ne veulent ou ne peuvent plus le faire. Les intervenants des boutiques se doivent de protéger les usagers de drogues qui leur ont fait confiance, et les dossiers peuvent être dangereux (3)...
- Les équipes des centres de distribution de méthadone sont fortement professionnalisées. Y exercent médecins, psychiatres, infirmiers, psychologues et assistants sociaux, habitués à l'inscription de leurs interventions dans un dossier médical ou social. Assumer la responsabilité de ses actes, assurer la transmission pour les autres membres de l'équipe, permettre de suivre l'évolution des situations, rendre compte de l'activité aux décideurs et aux financeurs, tous ces objectifs du recueil de données sont acceptés assez facilement par les intervenants des centres de soins. Cette « culture » du recueil de données et de son utilisation dans l'évaluation n'existe pas encore dans la plupart des structures d'accueil bas seuil, lieux d'accueil, programmes de rue, centres d'hébergement. Dans le cas de la réduction des risques auprès des usagers de drogues, de nombreuses équipes sont composées d'intervenants issus des tous premiers programmes, militants et d'inspiration communautaire. Les diplômés sont plus rares, l'expertise vient en partie

de la connaissance de la population et de ses conditions de vie. L'évaluation y est plus souvent perçue comme un regard extérieur destiné à juger du bien-fondé de pratiques professionnelles qui se cherchent encore. L'évaluation évoque le contrôle, avec une sanction possible à la clé. Le recueil de données n'est pourtant pas complètement absent : sont notés en général le nombre de seringues distribuées ainsi que le nombre de contacts avec des usagers (rencontrés dans la rue ou entrés dans la boutique). Ces éléments sont demandés par la D.D.A.S.S., et visent à rendre compte de l'activité et de la population rejointe par le programme.

### Un système permanent d'évaluation fait naître une nouvelle culture

Entrer dans un système permanent d'évaluation demande aux équipes des boutiques de réduction des risques un changement profond de culture, car cela interroge l'organisation interne comme le mode de fonctionnement par rapport à l'« extérieur de l'équipe » : les usagers et les décideurs. L'accompagnement à l'autoévaluation vise à rendre l'équipe autonome quant à la définition d'objectifs annuels, la mise en place d'un recueil de données permanent et évolutif, l'analyse et l'interprétation des données recueillies. (4)

Les premiers temps du travail avec le consultant consistent en l'énonciation de principes de travail et la définition commune d'objectifs que l'on va assigner à l'évaluation.

Les principes de travail sont les suivants :

- le consultant s'engage à respecter les règles de fonctionnement de l'équipe, notamment pour ce qui concerne le respect de l'anonymat des usagers
- il s'engage à ne diffuser aucune information au commanditaire sans l'avoir fait valider par l'équipe et demande à l'équipe de ne rien diffuser sans l'avoir fait valider par les organes de décision (comité de pilotage, conseil d'administration)
- les membres de l'équipe s'engagent à ne fournir que des informations sincères sur leurs activités

Il s'agit donc d'installer de la confiance entre l'équipe et le consultant. Cela demande du temps, et une sorte de « mise à l'épreuve » qui prend des formes différentes suivant les intervenants. Chacun doit être convaincu de la sincérité du consultant, et qu'il n'y aura pas d'utilisation des informations données qui mette en danger la sécurité des usagers, le devenir de l'association ou même l'avenir professionnel des intervenants. Il s'agit en effet de nouveaux métiers, à cheval entre le soin et la prévention, la santé et le social, l'éducation et l'accompagnement, exercés dans une forme d'isolement par rapport au dispositif sanitaire et social, et de nombreux intervenants ne sont pas sûrs de bien remplir leurs missions, par ailleurs assez mal définies... La position du consultant est à rapprocher en ce sens de celle de médiateur entre d'une part une équipe qui possède une masse d'informations non formalisée en savoirs transmissibles et qui se méfie de l'utilisation de ces savoirs, et d'autre part des décideurs en santé publique,

peu habitués au partenariat avec des acteurs s'inspirant de l'approche communautaire et de l'éducation par les pairs, et qui doutent de la fiabilité des informations fournies.

### Mieux piloter le programme, renforcer le professionnalisme des intervenants

Pour répondre aux résistances des intervenants, l'évaluation est définie comme un outil au service de l'équipe, permettant à partir de données précises de mieux piloter le programme. Il s'agit de produire des informations sur l'ensemble des actes des intervenants (processus), sur l'évolution des situations des usagers (effets) et de l'environnement de la structure (impact), pour aider à la décision sur l'orientation des activités. Les rapports réguliers utilisant les résultats de l'évaluation permettront à l'équipe d'étayer leur argumentaire auprès des décideurs, notamment dans la dénonciation de situations aujourd'hui sans solutions dans le dispositif local. Par ailleurs, un travail collectif sur l'évaluation est de nature à renforcer le professionnalisme des intervenants.

Les rencontres avec l'évaluateur s'inscrivent dans le cadre des réunions d'équipe, avec pour objectif de construire un recueil de données quotidien. Dans un premier temps, le travail s'effectue à partir des données existantes, même si elles sont partielles. Un cahier où sont notés les prénoms des usagers, les fiches de distribution de matériel sont souvent les seuls éléments disponibles. Un simple traitement quantitatif avec un tableur du type Excel® permet la production de premiers tableaux descriptifs et comparatifs. Distribués à chaque intervenant, ils sont analysés en réunion et soulèvent de nombreuses questions, et en premier lieu celle de leur fiabilité. Les modalités de recueil sont revues, les indicateurs affinés. Puis viennent des questions autour du sexe ratio, des différences dans la fréquentation, dans le temps, des modes d'usage de drogues... Certaines de ces questions ont des réponses, que l'équipe peut formuler (interprétation des données). D'autres demandent des informations complémentaires, qui nécessitent une adaptation du recueil de données. C'est donc en fonction des questions que se pose l'équipe que le recueil de données est construit, puis perfectionné et révisé tous les ans. Il permet de rendre compte de façon précise de la fréquentation et de la distribution de matériel, mais aussi du nombre d'entretiens et des motifs qui les provoquent, de l'utilisation des services proposés, du niveau de réponse (information, orientation, médiation ou accompagnement). Son objectif est de refléter le plus fidèlement possible la diversité des activités de l'équipe. Ce système a permis entre autres de faire mieux comprendre aux financeurs que le travail ne se limitait pas à l'accueil des usagers et à la distribution de matériel de prévention (5).

Quand l'équipe a pris l'habitude de gérer son propre recueil de données, de l'analyser et de l'interpréter, on peut tenter de répondre à la question des résultats de l'activité : « tout ce qu'on fait, qu'est-ce que ça change pour les usagers ? » (6). Il s'agit alors pour l'évaluateur de travailler avec l'équipe sur les méthodologies d'enquêtes et sur la participation des usagers eux-mêmes à l'évaluation, par exemple par des enquêtes de satisfaction.

# Réduction des risques

Après deux ans de financement de cet accompagnement à l'auto-évaluation, la Mutualité française peut en tirer les enseignements suivants :

- Amener une équipe à construire et gérer un recueil de données qui lui permette de produire des informations fiables pour mieux piloter son programme prend du temps et demande un accompagnement spécifique, prenant en compte les particularités de l'activité et de la composition des équipes de réduction des risques.
  - L'activité des structures gagne en lisibilité, par le passage de l'implicite à l'explicite, imposé par la pratique du recueil de données.
  - La qualité de l'information produite permet d'améliorer les relations entre équipes et tutelle, notamment par une meilleure reconnaissance des fonctions des uns et des autres, et une transformation de l'image de la structure dans son environnement.
  - Le pilotage de l'activité s'appuie sur des données et recherche l'efficacité, en s'éloignant d'un mode de gestion plus « impressionniste ». Il peut en résulter une forme de rationalisation des moyens, une meilleure répartition des énergies.
  - Le travail sur l'évaluation aide à diminuer l'épuisement professionnel, par un retour positif sur l'activité et ses résultats.
  - Les intervenants acquièrent une nouvelle compétence professionnelle, qui pourra être réutilisée dans d'autres structures.
- Il peut être utile de prévoir, six mois ou un an après la fin de l'accompagnement, un temps de travail avec le consultant pour valider les procédures mises en place par l'équipe.

Les limites et les freins repérés à ce travail d'évaluation sont les suivants :

- Il ne résout pas les problèmes de structure liés à l'histoire de l'implantation locale de la réduction des risques (rivalités, problèmes politiques...).
- Il ne suffit pas à consolider des structures fragilisées par la précarité et/ou l'insuffisance de leur financement.
- Il oblige à revoir régulièrement les objectifs, les stratégies et le fonctionnement de la structure, et cette remise en cause n'est pas toujours agréable.
- Il repose plus spécifiquement sur quelques intervenants qui se sont « pris au jeu » de l'évaluation et qui font vivre au quotidien le recueil de données et son utilisation. Le départ de ces intervenants met en danger la pratique d'autoévaluation de la structure.

L'inscription programmée des structures de réduction des risques dans le dispositif général permettra peut-être de reculer ces limites. Il ne faudrait pas pour autant qu'elle appauvrisse les structures en harmonisant les recrutements des intervenants autour des seuls diplômes existant actuellement dans le champ sanitaire et social, et en oubliant les personnes issues de l'approche communautaire. Former tous les intervenants aux techniques et à la pratique de l'évaluation aide à la professionnalisation du champ en centrant les préoccupations sur la réponse aux besoins des usagers.

## Références :

- 1- Mutualité Française, Actions innovantes en santé publique, 1993 – 2000, F.N.M.F., 2000.
- 2- TERRASSE P., Contribution à la réforme de la loi du 30 juin 1975 sur les établissements sociaux et médico-sociaux. Documents d'information de l'Assemblée Nationale n°2249.
- 3- FAVEREAU E., Drogues : les soignants trahis par la justice, Libération du 25 juillet 2000, p.10-11. Voir également l'article de Paul BENKIMOUN, Le Monde du 1er août 2000, p 8.
- 4- NOCK F. Petit guide de l'évaluation en promotion de la santé, Mutualité Française, 1999.
- 5- AXESS la Boutique, rapport d'activité 1999
- 6- C3R93, rapport d'activités 1999




# THS5 GRASSE

## 2001

### Inscription et réservation HELI AIR MONACO (Anne Massa)

Tél / Phone : \*\*33.(0)4.93.21.34.32  
Fax : \*\*33.(0)4.93.21.35.64  
e mail : nicehelicopteres@wanadoo.fr





Photothèque OIA Grasse