



association française
pour la réduction des risques

147, rue Oberkampf 75011 Paris
<http://reductiondesrisques.free.fr>

Enquête AFR « Réseau RDR français » Projet européen « REZOLAT »

Durée de l'enquête : Novembre 2003 – janvier 2004

Base : Listing de la DATIS

Pour des raisons liées à l'histoire de l'AFR et au projet REZOLAT, cette enquête a été effectuée en deux temps par deux équipes totalement différentes :

L'élaboration du questionnaire et sa passation par l'ancienne équipe en charge du projet REZOLAT :

Pierre GOISSET & François-Georges LAVACQUERIE

Son traitement et analyse par les nouveaux responsables :

Anne COPPEL & Jean Marc PRIEZ

Procédure : Enquête effectuée sous forme d'entretien téléphonique, par l'administration d'une série de 119 questions regroupées sous différents thèmes.

Durée moyenne de l'entretien : 1 heure

1°) Objectifs initiaux de l'enquête : une évaluation qualitative du secteur par les acteurs de la RDR

Le questionnaire a été élaboré avec l'ambition de rendre compte de l'évaluation que font les équipes de la situation et des difficultés aux quelles elles sont confrontées ; aussi nombre de questions étaient-elles qualitatives. Un traitement informatique était prévu ; il devait permettre les croisements nécessaires à l'interprétation des réponses. Ce traitement informatique n'a pas pu être mis en œuvre. Il s'est heurté des difficultés méthodologiques qui ont conduit à modifier les objectifs initiaux.

2°) Difficultés méthodologiques

La principale difficulté méthodologique est due à l'hétérogénéité du secteur.

Les adresses de la DATIS renvoient aux différentes configurations : association de réduction des risques autonomes, service RDR identifié et rattaché à un dispositif autre ou encore référent d'une action RDR intégrée à un programme autre (soins aux usagers, la lutte contre le sida ou contre l'exclusion etc).

Cette hétérogénéité n'avait pas été prise en compte dans le questionnaire. Celui-ci présupposait une équipe salariée chargée d'un programme ; or les actions RDR sont le plus souvent intriquées. Accueil, travail de rue, distribution de seringues, sorties festives ou hébergement : ces différentes actions sont souvent associées ; elle renvoient à des réalités de terrain très différentes selon qu'elles sont mises en œuvre par des équipes identifiées avec une organisation spécifique ou que ces actions remplissent des fonctions complémentaires : distribution de seringues à la demande dans le cadre d'un accueil ou organisation d'un programme d'échange de seringues avec une équipe identifiée ; sorties festives occasionnelles une ou deux fois par an ou équipes formées pour ce faire.

Le nombre de seringues ou le nombre de sorties indiquent indirectement s'il y a ou non un programme spécifique mais encore s'agit-il là d'une interprétation à discuter.

Distinguer les équipes de rue du travail de rue aux alentours d'un accueil sans budget spécifique ou personne identifiée ou encore distinguer un accueil spécifique aux usagers de la RDR d'un accueil organisé dans un autre cadre (soin, exclusion, sida etc) s'est révélé plus difficile, voir impossible. Or sur le terrain, ces différents types d'actions offrent des services de qualité très inégale. Selon les questionnaires, la plupart des accueils font du travail de rue mais sans qu'il s'agisse d'équipes et de budget identifiés. Presque tous les BUS sont associés à des accueils mais sur le terrain, le recours à un accueil peut être exceptionnel, la personne interviewée signalant seulement cette possibilité pour des accompagnements particuliers tandis que d'autres accueils sont ouverts à tous les usagers sur des horaires identifiés avec une équipe précise.

La question de l'hébergement illustre ces difficultés : on a toutes les raisons d'être surpris par le nombre important d'équipes offrant de l'hébergement mais cette offre prend différentes formes : appartement thérapeutique impliquant une démarche de soin, téléphone du SAMU social, lits réservés dans le cadre d'un dispositif généraliste ou encore budget spécifique de chambres d'hôtel ont été cités sans qu'il soit toujours possible de les distinguer.

La non prise en compte du bénévolat dans le questionnaire est une autre difficulté : il a parfois été passé sous silence, et parfois assimilé à une équipe salariée –par exemple, lorsque le nombre de bénévole est fixe dans une action régulière. Aussi nous a-t-il fallu renoncer au traitement quantitatif des budgets et de la composition des équipes.

3°) redéfinition des objectifs : vers un état de lieux objectivable

Dès la passation du questionnaire, certaines de ces difficultés ont été identifiées, par exemple par des doublons qui ont mis en évidence que certaines des réponses (budget, équipes etc), portent sur le dispositif général et non sur l'action de RDR correspondant au questionnaire. L'interprétation des réponses s'est révélée plus problématique encore.

Association RDR, soins aux usagers de drogues, lutte contre le sida, humanitaire, réseaux Ville-Hôpital, chacun de ces secteurs d'activité a sa problématique propre, l'interprétation des réponses exigeait d'identifier le type de structure.

Or, l'identification des structures si elle avait bien été prévue, ne rendait pas compte de la diversité des configurations. En principe préalable au traitement informatique, cette identification a exigé une analyse de chacun des questionnaires en croisant différentes questions.

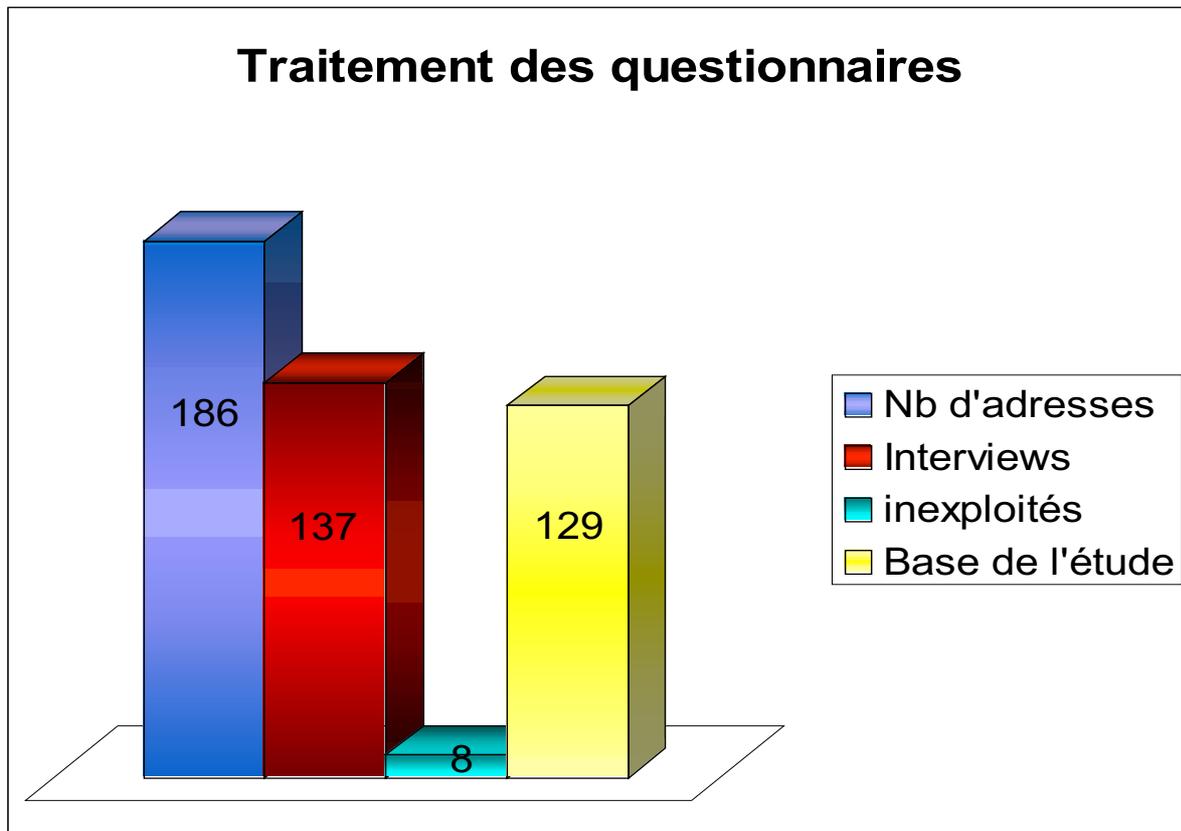
Ce travail effectué manuellement répond aux questions quantitatives qui ont pu être objectivées. C'est ce travail qui est présenté ici.

Il a permis d'identifier les marges d'incertitude qui ont rendu irréalistes le traitement informatique des questions qualitatives.

Même si les questions traitées sont purement quantitatives, les difficultés que nous avons rencontrées sont significatives de ce que font et vivent les équipes de réduction des risques ; elles donnent la mesure de la tâche à accomplir pour parvenir à une modélisation des actions menées dans ce secteur.

Au total, 18 questions ont pu être traitées à partir des questions quantitatives ; elles donnent un premier descriptif de l'état des lieux.

Tableau N°1 Traitement des questionnaires



➤ **Nombre de questionnaires numérotés : 186 questionnaires correspondant à des dispositifs de RDR.**

Il s'agit d'adresses actuelles d'équipes menant des actions de RDR auprès des usagers de drogues.

La base est le listing DATIS qui comprend 318 adresses. Toutes les adresses n'ont pas exploitées, d'autres ont été éliminées : coordonnées erronées, dispositifs inexistants ou disparus, simples gestionnaires d'automates.

L'enquête ne prétend pas être exhaustive mais le nombre de 186 a été considéré comme significatif des différentes situations, dispositifs et types de programmes des équipes de réduction des risques.

➤ **Nombre de questionnaires exploitables : 139 soit, soit 73.5% de 186**

Ont été éliminés les questionnaires non exploitables, ne fournissant les identifiants de la structure ainsi que des doublons. Ces questionnaires ont été transmis par la première équipe.

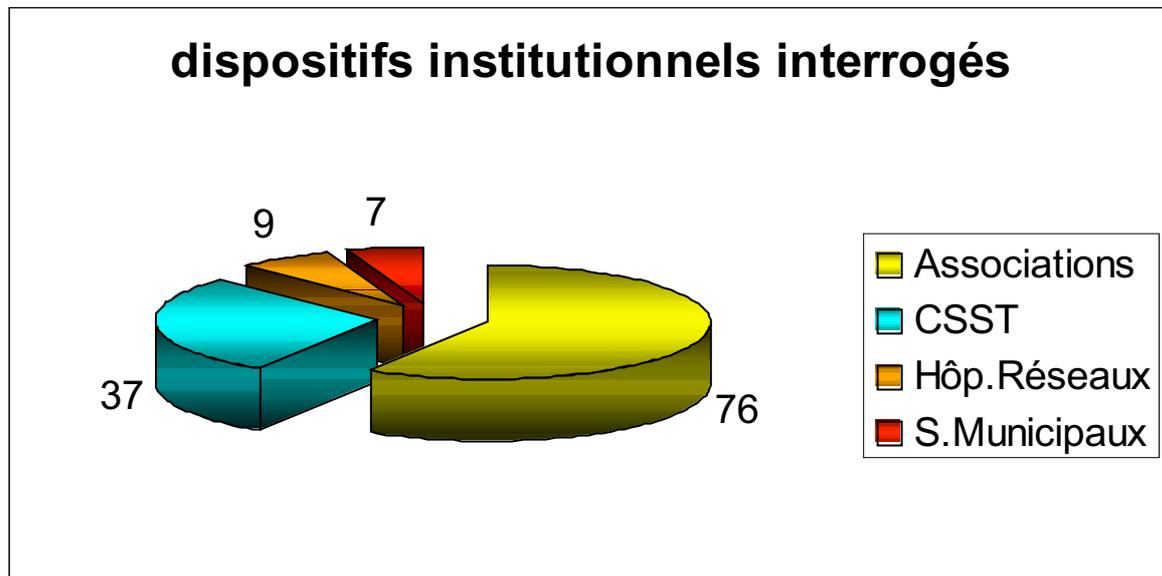
➤ **Nombre de questionnaires traités : 129**

8 questionnaires ont été à nouveau retirés soit parce qu'il s'agissait de doublons ou de dispositifs ne faisant manifestement pas de réduction des risques.

A été également exclu du traitement le seul questionnaire portant sur la France d'outre-mer (Ile St Denis)

L'enquête AFR se base sur le traitement de 129 questionnaires de structures ou dispositifs de RDR en France métropolitaine.

Tableau N° 2 Dispositifs institutionnels interrogés



Secteur associatif :	76	59%
CSST	37	28.5%
Réseaux Ville/Hôpital	9	7%
Services municipaux	7	5.5%
TOTAL	129	100%

Le secteur associatif a été distingué des CSST, également associatif pour la plupart, l'origine des dispositifs déterminant pour une part :

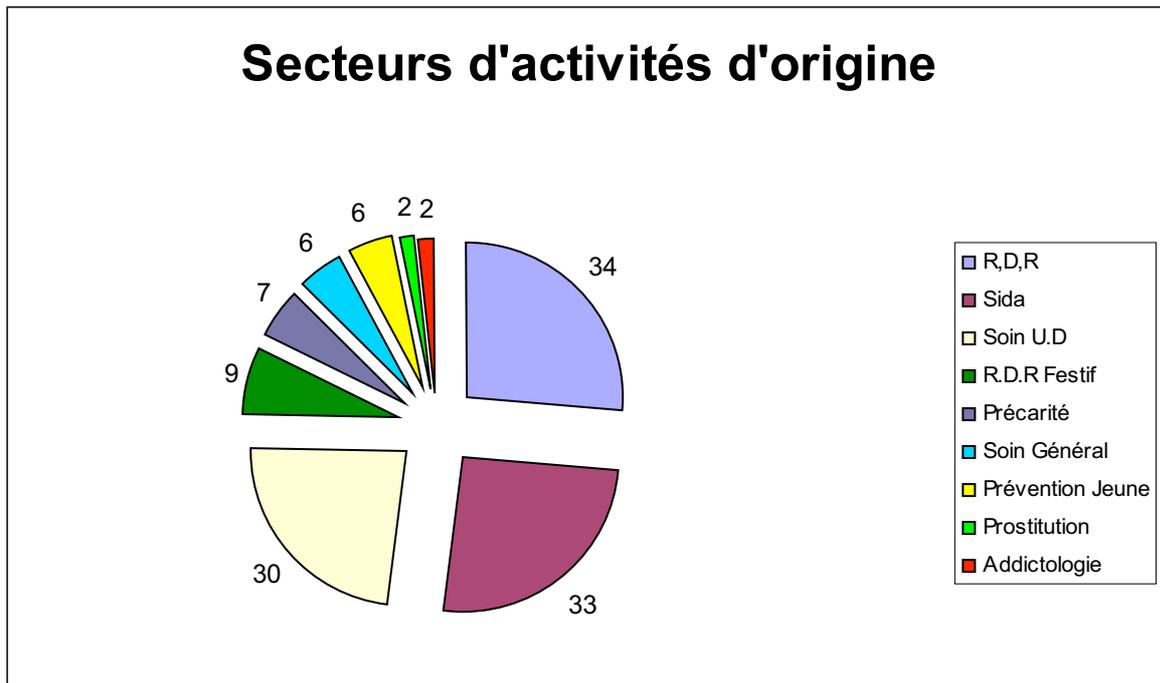
- l'offre de service,
- l'organisation des programmes
- le type d'équipe.

Depuis l'intégration du soin à la sécurité sociale, ils s'en distinguent par un financement régulier au contraire des associations de réduction des risques.

Les réseaux hôpital n'ont pas été retenus en tant que tels mais seulement lorsqu'ils animent une action RDR auprès des usagers (accueil, travail de rue etc).

Il en est de même des services relevant de municipalités, soit service d'hygiène et santé publique, soit centres de santé communaux avec un dispositif d'accueil particulier.

Tableau N° 3 Secteurs d'activités d'origine



Au total, les dispositifs de réduction des risques sont animés des acteurs issus de 4 secteurs d'activité, héritage de l'histoire :

1°) Acteurs inscrits dans une démarche de santé communautaire : ces acteurs, spécifiques à la réduction des risques sont à l'origine des actions de réduction des risques au début des années 90 Associations d'auto support ou militantisme associatif (MDM). Ce secteur se caractérise par l'importance du bénévolat et la priorité accordée à la réduction des risques liés à l'usage. C'est particulièrement le cas des actions en milieu festifs, impulsées au milieu des années 90.

2°) la lutte contre le sida (AIDES) : ce secteur est également à l'origine des actions RDR avec le quel il partage la démarche de santé communautaire ainsi que l'importance du bénévolat. Nous l'avons distingué pour deux raisons :

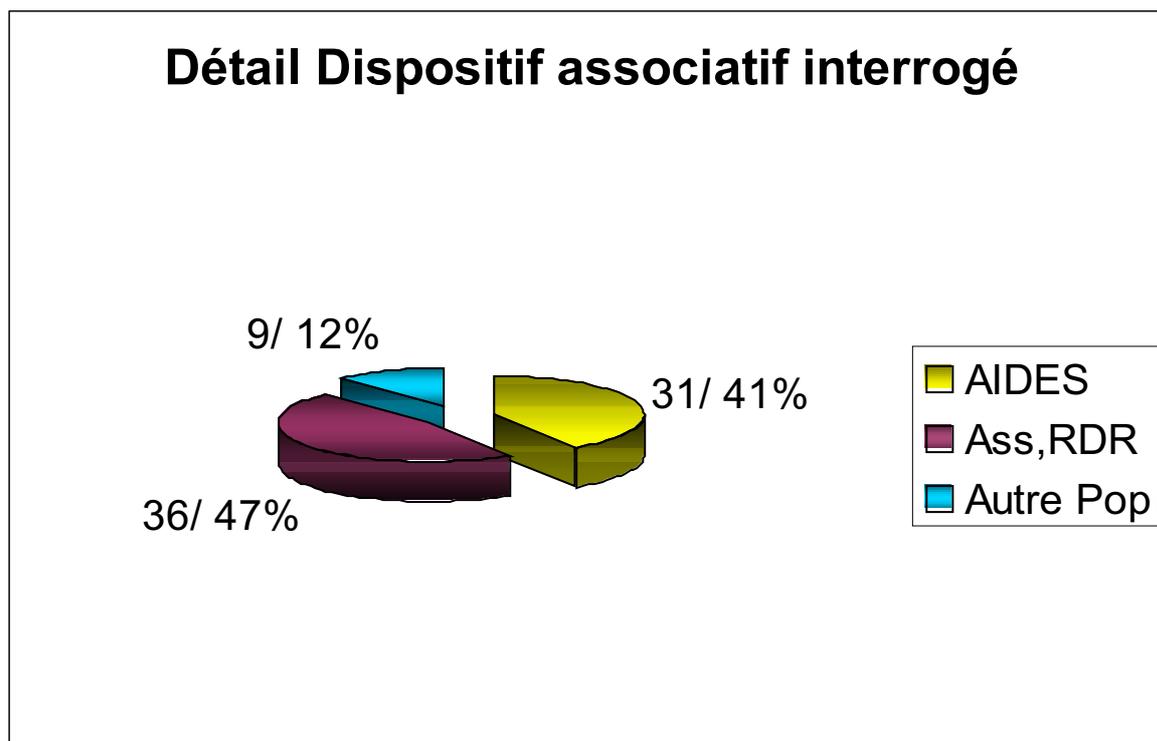
- la lutte contre le sida est la priorité de l'action
- la fédération d'associations offre une couverture nationale, caractérisée par des référents communs.

3°) le système de soin spécialisé : dans un premier temps, les actions RDR développées par les centres de soin s'est limité à la lutte contre le sida, mais le développement des actions et particulièrement des boutiques est maintenant plus souvent intégré comme une première étape du processus de soin. Les équipes sont composées de professionnels, elles peuvent faire appel aux ressources institutionnelles des CSST.

4°) services s'adressant à des populations générales comprenant des usagers de drogues : lutte contre l'exclusion, prostitution, services hospitaliers et réseaux, prévention jeunes.

Le développement des actions RDR dans ce secteur a exigé une politique volontariste dans la mesure où à priori l'usage de drogues n'est pas accepté, il y a donc peu de dispositifs spécifiques à l'exception des réseaux ville-hôpital. La prévention du sida, avec accès aux seringues est privilégiée.

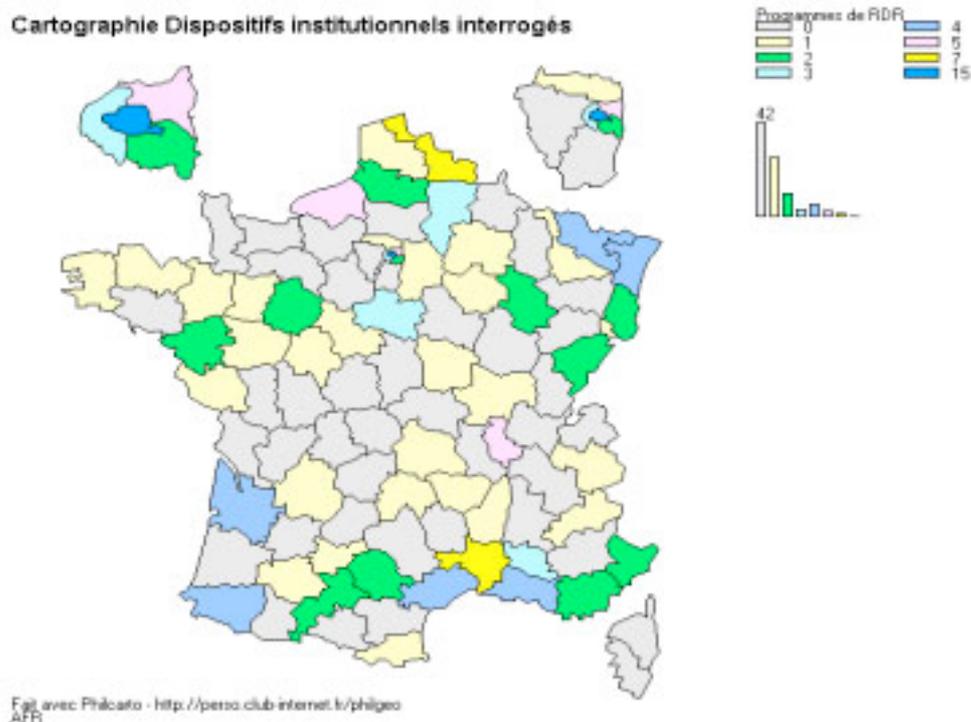
Tableau N° 4 Détail Dispositif associatif interrogé



Réseau AIDES	31	41%
Associations de RDR	36	47%
Autres populations	9	12%

- Les associations de Réduction des risques représentent le plus gros secteur associatif. Il s'agit d'associations autonomes agissant dans un secteur géographique déterminé et répondant à des problématiques spécifiques à ce secteur. On y retrouve des associations de professionnels, de santé communautaire, d'auto support, etc....
- Le réseau AIDES est à la fois le second secteur associatif et le plus important dans la mesure où il s'agit d'un secteur cohérent pratiquant une politique nationale. S'agissant d'une association d'aide et de soutien aux personnes atteintes par le vih, AIDES s'est développé sur l'ensemble du territoire français et dans beaucoup de départements représente le seul acteur de réduction des risques. (cf. cartographie réseau AIDES)

Tableau N° 5 Cartographie Dispositifs institutionnels interrogés



La cartographie fait apparaître d'énormes disparités de l'offre de programmes de réduction des risques en France.

42 départements n'ont aucun programme

26 départements ont 1 seul programme

Cette absence de programme est surtout flagrante dans l'ouest de la France et notamment les régions de :

Basse Normandie

Poitou-Charentes

Centre

A contrario d'autres départements et/ou régions sont pourvus d'un ensemble de programmes soit parce qu'elles représentent des lieux où la consommation de drogues est importante et les dispositifs de réduction des risques historiquement implantés :

Région Parisienne

Région méditerranéenne (triangle Montpellier-Nîmes-Marseille)

Soit des départements frontaliers où la consommation des drogues et l'offre de services RDR sont aussi transfrontalières :

Pays basque

Nord Pas-de-Calais

Alsace Lorraine

Tableau N° 6 Cartographie CSST interrogés

Cartographie dispositif CSST interrogé

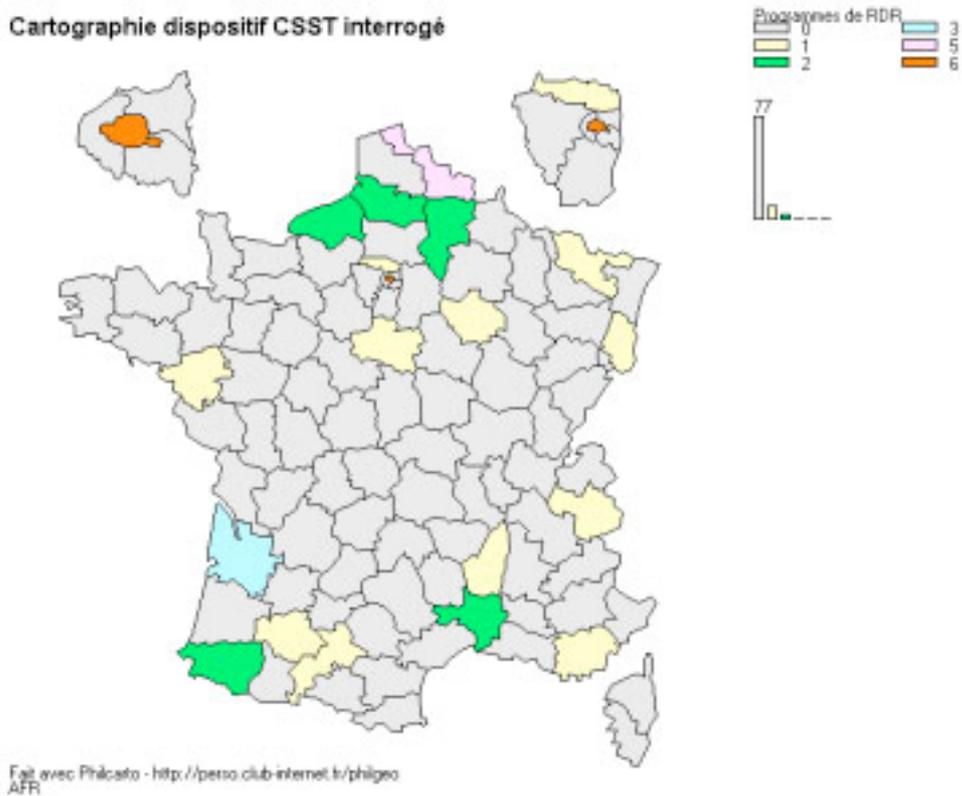


Tableau N° 7 Cartographie Dispositif associatif interrogé

Cartographie dispositif associatif interrogé

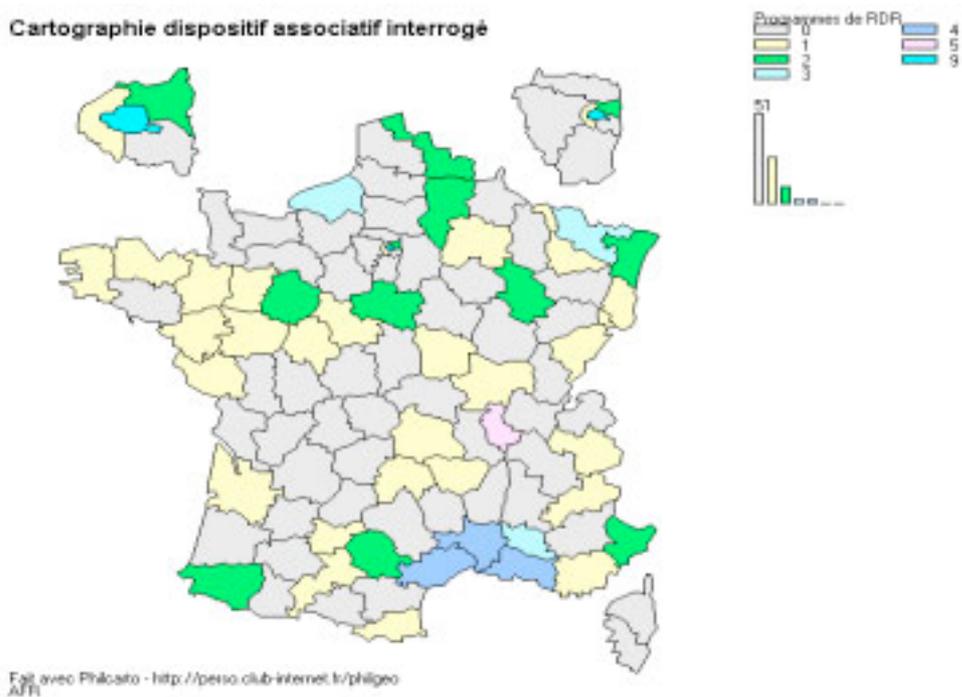
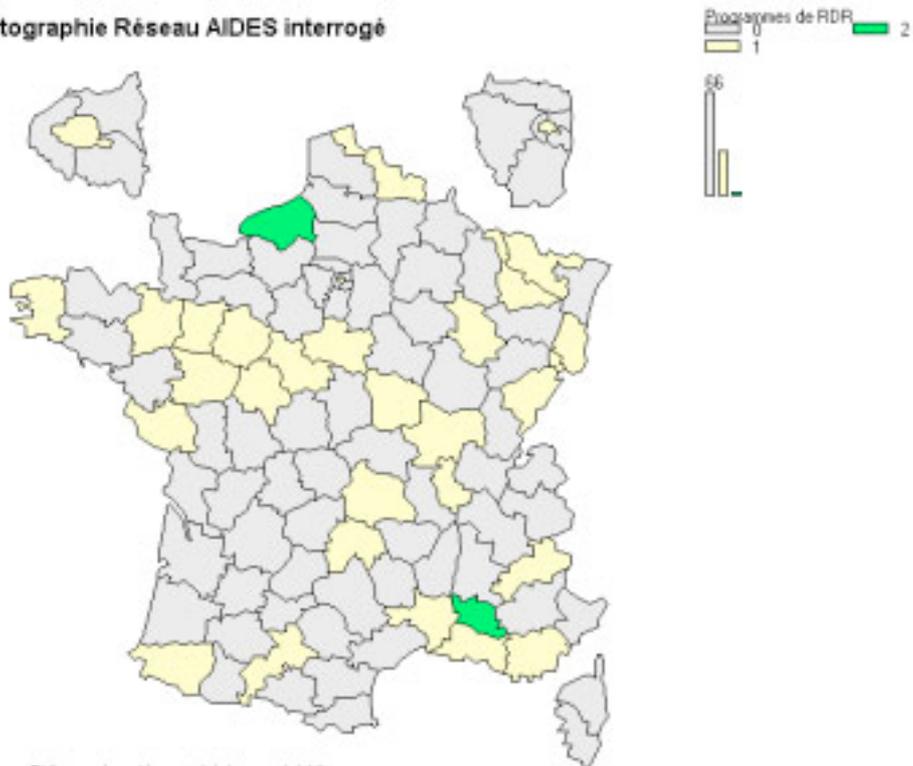


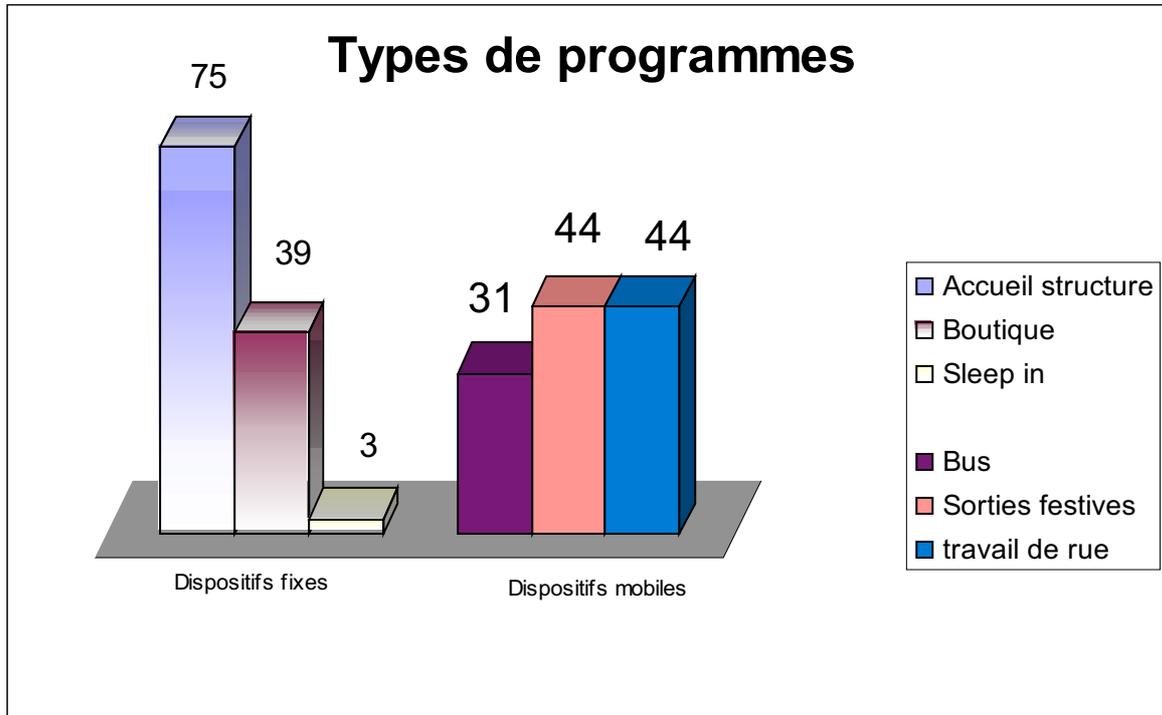
Tableau N° 8 Détail Réseau AIDES interrogé

Cartographie Réseau AIDES interrogé



Les Programmes

Tableau N° 9 Types de programmes



Les types de programmes relèvent de deux fonctions :

- celles qui vont au-devant des usagers
- celles qui accueillent les usagers dans un lieu fixe

1°) Actions mobiles :

- **les BUS** : ce sont le plus souvent des programmes d'échange de seringues à l'exception de BUS prostitution, il s'agit de programmes RDR bien identifiés, le nombre de seringues distribués étant un indicateur du fonctionnement ou des dysfonctionnements.(voir distribution de seringues)
- **les équipes de rue** : le questionnaire ne permet de distinguer les équipes de rue d'un travail de rue mené en complément d'une autre action (BUS ou accueil) sans équipe ou budget identifiable, il ne permet pas non plus de distinguer les fonctions de contact avec des usagers ou de médiation avec l'environnement
- **les sorties milieu festif** : les 44 dispositifs comprennent aussi bien des programmes nécessitant une équipe et une organisation particulière que des actions ponctuelles ; ils peuvent se distinguer par le nombre et par le type de sorties (voir partie sur le festif)

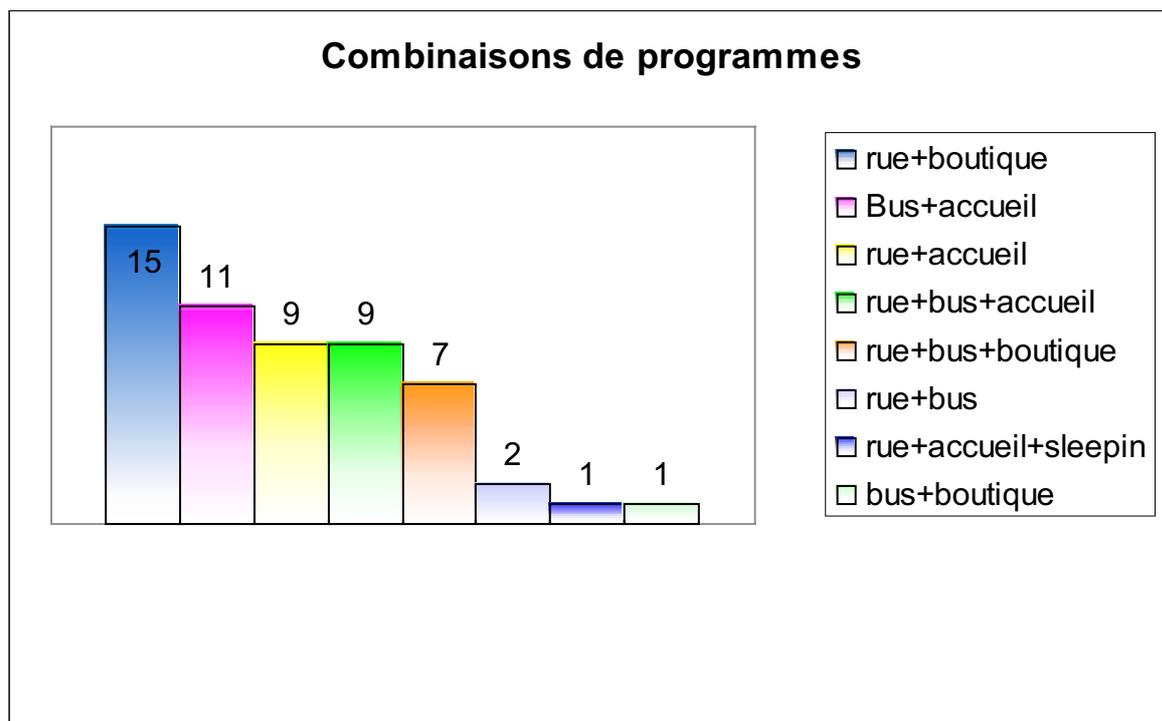
2°) Actions fixes d'accueil de jour ou de nuit

A priori, les boutiques devraient se distinguer des accueils dans la mesure où les boutiques sont spécifiques à la RDR alors que les accueils reçoivent une autre population : soins, lutte contre le sida, lutte contre l'exclusion.

Dans les faits, certains accueils fonctionnent comme des boutiques sans en avoir le statut

Les accueils renvoient à des réalités de terrain très diversifiées, certains sont soumis à conditions (contraintes liés au soin) ou ne sont accessibles que sur rendez-vous. Outre les 2 Sleep-in identifiés, les dispositifs peuvent offrir un accès à l'hébergement social, quelquefois avec des lits réservés, moins de dix dispositifs ont un budget de chambres d'hôtel qui leur est propre. L'accès à l'hébergement thérapeutique est également signalé, bien qu'il nécessite une démarche de soins.

Tableau N°10 Combinaisons de programme



La majorité des programmes répondent à plusieurs fonctions :

- aller au-devant
- accueil
- accès aux seringues

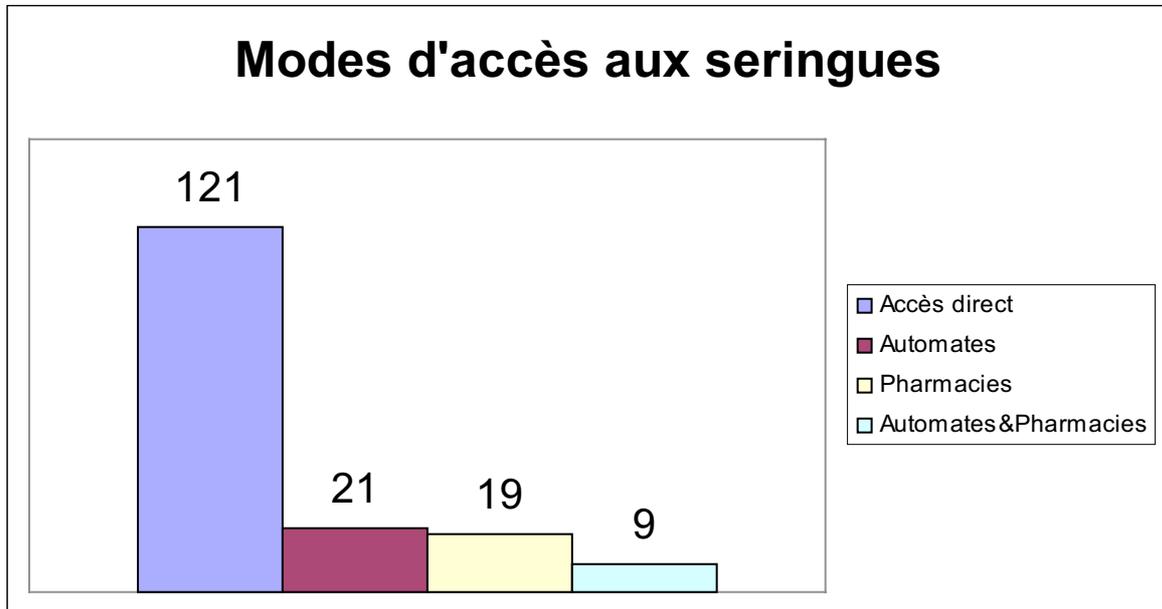
Ainsi, il n'y a pas d'équipe de rue qui ne soit associée à un autre programme, BUS ou accueil.

Le questionnaire ne permet pas de hiérarchiser ces différentes actions ou programmes. Le fait que ceux-ci soient mal identifiés témoigne souvent d'un bricolage qui se développe pour répondre aux exigences du terrain avant de se doter d'une organisation spécifique.

La très grande majorité des dispositifs RDR mettent des seringues à disposition. Les exceptions peuvent être dues à une organisation particulière, par exemple deux services différents mais complémentaires pour l'accueil et pour la distribution de seringues.

Programmes Echange de seringues

Tableau N°11 Mode d'accès aux seringues



121 dispositifs donnent des seringues en accès direct

8 dispositifs ne donnent aucune seringue

49 dispositifs animent un réseau de distribution indirect

- ✓ 21 : par des automates
- ✓ 19 : réseaux de pharmacies
- ✓ 9 : automates et pharmacies

Ces réseaux de distribution indirecte viennent en complément aux programmes d'échange de seringues en direct.

Seuls 2 dispositifs ne donnent aucune seringue en direct, gérant des modes de distribution par automates ou réseau de pharmacies

Tableau N°12 Nombre de seringues données

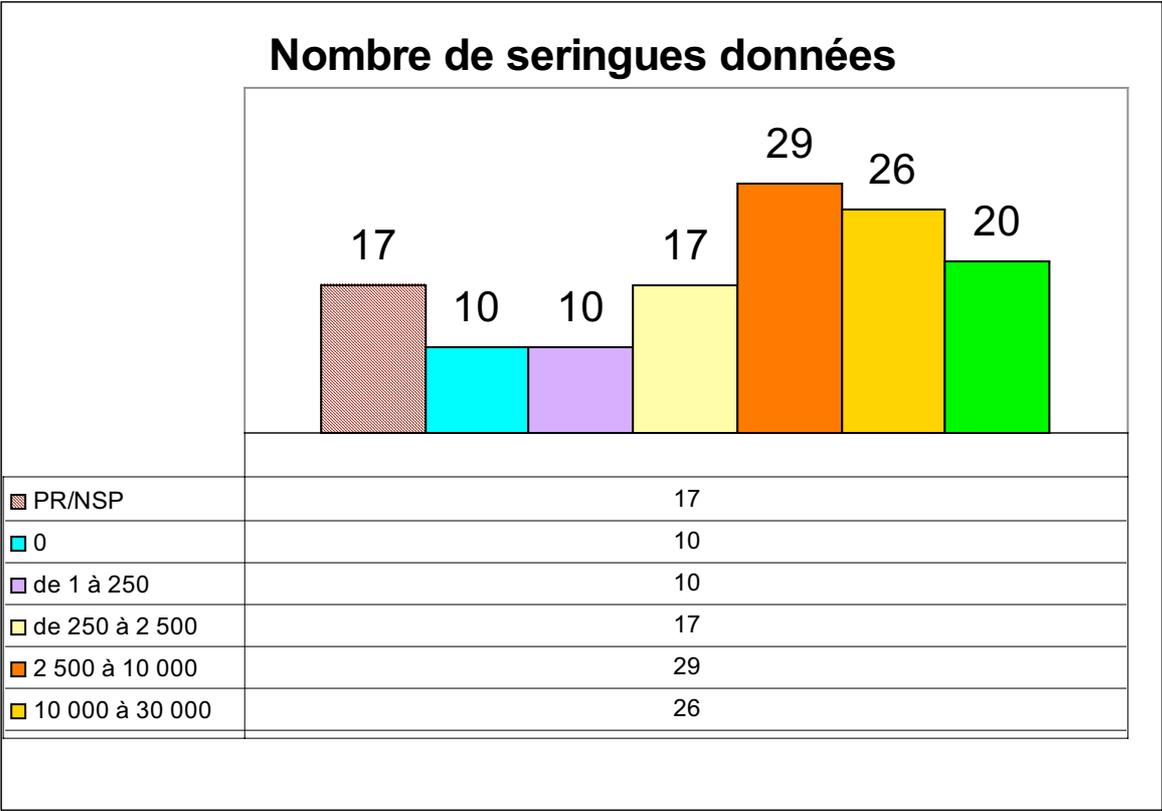


Tableau N° 13 Analyse Distribution de – de 250 seringues (0 – PR/NSP inclus)

Programmes échange de seringues - de 250 s (0-PR/NSP inclus)							
Programmes non spécifiques U.D.V.I		Autres distribution ou nouveau programme		Structures de soins		Programmes RDR	
Festif	6	Prog associé à PES	2	Structures de soins	5	PES Fixe/mobile	5
Précarité	4	Prog associé à automate/pharmacie	5				
Prostitution	2	Nouveau programme	1				
Soin généraliste	3						
Prévention jeune	2						
Lutte contre sida	2						
TOTAL	19		8		5		5

A la question combien de seringues donnez vous par an ? 37 dispositifs ont déclaré :

Pas répondu ou Ne sait pas (PR/NSP), 0 seringues, ou moins de 250 seringues/an, soit 29% des dispositifs

Même si PR/NSP n'a pas la même valeur que 0 ou -250 seringues, on peut penser que cette non comptabilité témoigne du fait qu'il n'y a pas de dispositifs spécifique organisant l'échange de seringues.

19 dispositifs ne sont pas spécifiques à l'usage de drogues par voie intraveineuse :

Des seringues peuvent être à disposition (programmes festifs par exemple), sans que celles-ci soient comptabilisées.

Des seringues peuvent aussi ne pas être à disposition : programmes en direction de la prostitution, précarité....

- ✓ **8 dispositifs sont en proximité avec un programme d'échange de seringues**
- ✓ **5 dispositifs sont des structures de soin**
- ✓ **5 dispositifs sont des programmes d'échange de seringues qui manifestement ne fonctionnent pas ou sont en crise**

Tableau N° 14 Analyse des PES de + de 10 000 seringues

Programmes échange de seringues à partir de 10 000				
	10000 à 30000	30000 et +	Total	%
Structures d'origine				
Asso, RDR	9	7	16	35%
AIDES	9	7	16	35%
CSST	7	6	13	28%
Autre	1	0	1	2%
TOTAL	26	20	46	100%

A partir de 10 000 seringues/an on peut parler de véritable programme d'échange de seringues nécessitant une organisation spécifique.

Sur les 129 dispositifs analysés 46 dispositifs distribuent + de 10 000 seringues soit 35.6% de ceux-ci

- ✓ **26 dispositifs distribuent entre 10 000 et 30 000 seringues/an**
- ✓ **20 dispositifs sont des gros programmes d'échange de seringues et distribuent + de 30 000 seringues/an**

Au niveau des structures d'origine, associations autonomes RDR, associations ou services en liens avec des CSST, et le réseau AIDES sont également représentés. Le réseau AIDES (lutte contre le sida) anime 16 programmes de + de 10 000 seringues, dont 7 de + de 30 000 Seringues

Actions en milieu festif

Qui ?

9 structures spécifiques réduction des risques en milieu festif

35 dispositifs ou structures non spécifiques, soit 29%, ont une action en milieu festif.

Parmi elles :

AIDES	20/35	soit 65%
CSST	8/37	soit 22%

Chiffres relativement importants quand l'on connaît les contraintes liées à ce type d'actions :

- Horaires
- Lieux
- Travail sur une « scène ouverte »

Tableau milieu festif N°15 Lieux d'intervention en milieu festif

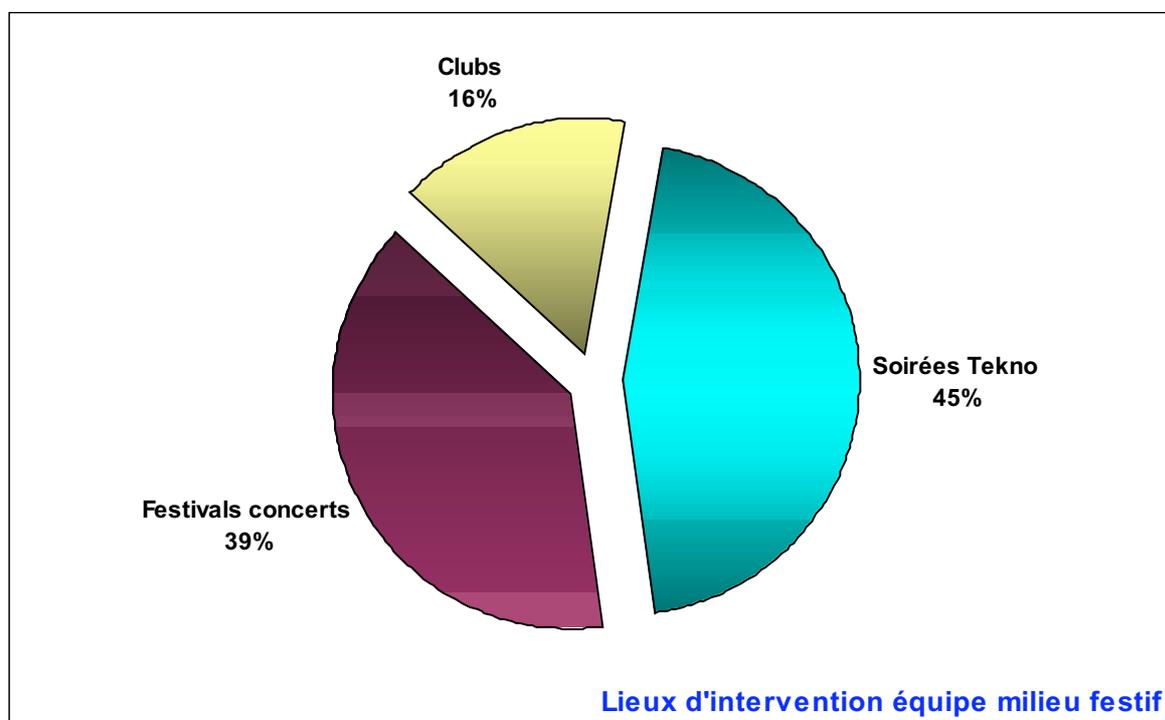
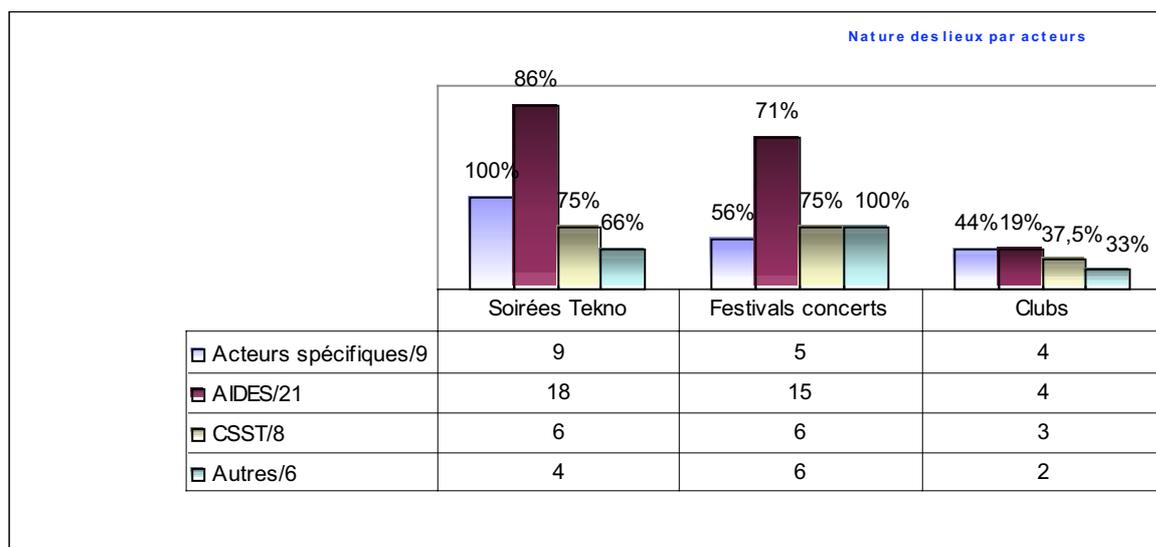


Tableau milieu festif N°16 Détail nature des lieux suivant les acteurs



Espace Techno 45%

Concerts/Festivals 39%

Clubs 16%

La scène Techno est historiquement la scène où le concept de réduction des risques a pu se développer

- **Création d'associations de santé communautaires issues du mouvement Techno**
- **Zones de « tolérance » vis-à-vis de la consommation**

100% des structures spécifiques interviennent dans cet espace festif

A contrario, les clubs restent les lieux festifs les plus hermétiques aux actions de réduction des risques pour les mêmes raisons :

- **Pas d'associations spécifiques**
- **Négation de la consommation**

Depuis les lois d'encadrement du mouvement Techno, celui-ci investit les clubs et les associations spécifiques sont les premières à y intervenir (44%). AIDES intervient à 19% dans les clubs, alors que dans le cadre de la lutte contre le sida, ceux-ci sont des lieux d'intervention (prévention en milieu gay)

Les concerts et festivals sont des lieux investis par l'ensemble des acteurs dans la mesure où ces actions représentent une action de visibilité locale pour les structures. Les associations spécifiques interviennent moins, leur présence étant moins liée à la géographie.

Tableau milieu festif N°17 : Nombre de sorties par an

Structures d'origine	spécifique	AIDES	CSST		autres	
Nombre de sorties						
1 à 3		8	4		2	14
4 à 5		7	1		0	8
6 à 10	2	2	2		1	7
11 à 20	2	3	1		3	9
21 à 30	1					1
31 à 50	2				1	3
51 à 140	2					2
Total	9	20	8		7	44

Entre 1 et 3 sorties par an : on peut estimer qu'il s'agit d'actions évènementielles : Festivals/Teknivals

Entre 4 et 10 sorties par an : Les actions en milieu festif sont intégrées dans le dispositif général de la structure

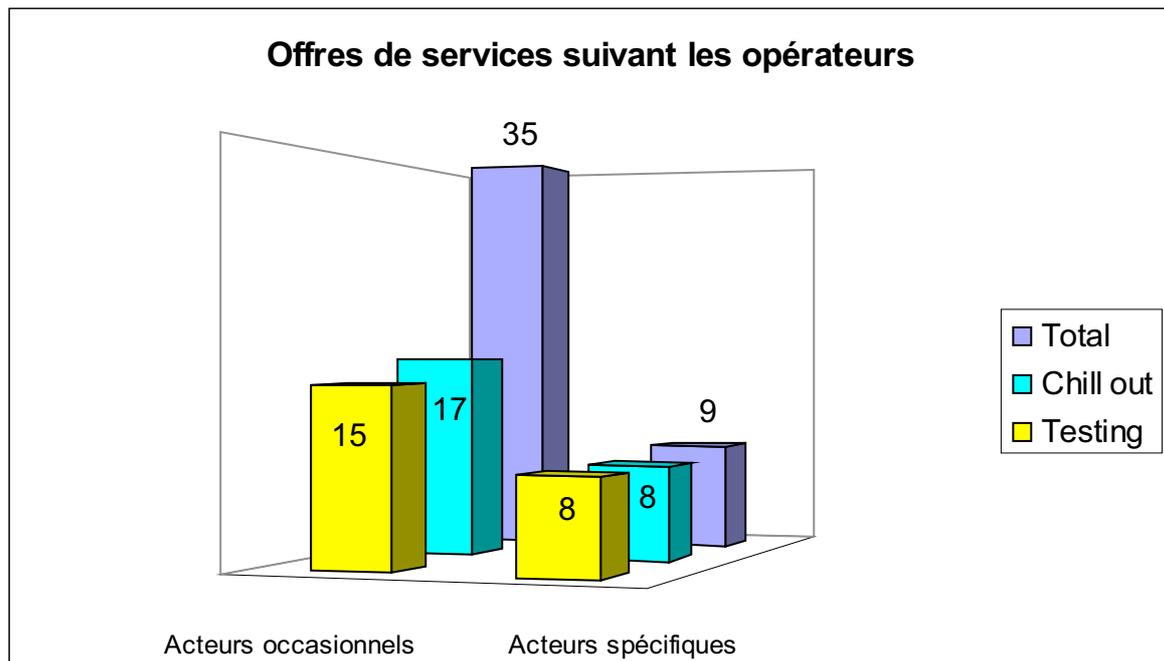
+ de 10 sorties par an : On peut parler d'actions majeures dans le projet.

Néanmoins, pour être juste, ce classement devrait être complété par l'analyse de la nature des actions telles qu'elles sont décrites dans le cahier des charges de la MILDT.

En effet on ne peut pas comparer la mise à disposition de flyers d'information dans un concert, demandant la présence d'1 ou 2 intervenants, voire juste la livraison de ce matériel

Avec l'organisation d'un « Chill out » complet dans un Technival de 4 jours et nécessitant la présence d'au moins 15 personnes

Tableau milieu festif N°18 /Offres de service



Pour traiter des actions menées, 2 questions liées à ces actions ont été posées, celles-ci étant directement liées au milieu festif :

La création d'un « Chill out » : qui détermine le type de présence du dispositif présent
La pratique du testing : qui détermine la place et l'acceptation des produits dans l'action

Le Testing :

Outil introduit par les acteurs spécifiques, il est donc largement utilisé. S'il l'est beaucoup moins par les acteurs occasionnels, en tenant compte que ce n'est que dans les fêtes technos que le testing est pratiqué, ce sont 50% des acteurs qui mettent en place cette action.

Si sa pratique aurait mérité une évaluation, à tout le moins son interdiction, elle, aurait mérité un débat avec les praticiens de terrain.

Le Chill out :

Si la mise en place d'un « chill out » est là aussi quasi unanime parmi les acteurs spécifiques, elle paraît surprenante chez les acteurs occasionnels. Un « chill out » est un espace culturel interne aux fêtes techno. Au-delà des définitions, cela exprime peut être le fait qu'en milieu festif, la présence des dispositifs de réduction des risques passe par d'autres modèles que les dispositifs classiques.

Conclusion

I. Les acteurs à l'origine des actions :

- **Emergence de nouveaux acteurs relevant d'une démarche de santé communautaire** : ces acteurs sont issus soit de la lutte contre le sida, de l'humanitaire ou de l'auto support ;
- **Acteurs issus du système de soin spécialisé** : la réduction des risques devient la première offre de service dans la chaîne thérapeutique
- **Implication d'acteurs en charge d'une population générale comprenant des usagers de drogues** : grande exclusion, prévention jeune, soins somatiques (réseaux ville-hopital)

II. L'hétérogénéité des dispositifs

L'origine des dispositifs et leur appartenance actuelle déterminent :

La composition des équipes, la formation et la qualification

La démarche de santé communautaire se caractérise par la mobilisation de bénévoles

Les priorités de l'action, privilégiant selon les cas :

- **la réduction des risques liés à l'usage de drogues**
- **la réduction des risques infectieux, sida hépatites**
- **l'accès aux soins et aux services généralistes**

L'organisation des services et l'ingénierie de l'action (gestion, partenariat)

Les associations isolées sont les plus fragiles, un dispositif d'appui est déterminant, les ressources des associations dépendent de leur rattachement à :

- un dispositif national: AIDES, MDM, ASUD, Techno+
- un dispositif institutionnel : CSST, réseau ville Hôpital,
- un partenariat local

Ce dispositif d'appui remplit 2 fonctions principales :

- référentiel commun : formation des acteurs, outils de prévention, méthodologie, etc...
- soutien logistique : organisation du service, fonds propres, aide à la gestion, partenariat, etc...

III. Les services offerts.

Les principaux services RDR identifiés dans le questionnaire sont :

- **les équipes de rue**
- **les boutiques**
- **les accueils**
- **la distribution de seringues**
- **les sorties festives**
- **l'accès à l'hébergement**

Le développement d'une des actions fait émerger les autres besoins des usagers.

Ces autres réponses peuvent être marginales, elles peuvent être bricolées ou au contraire exiger une organisation spécifiques, elles peuvent aussi être proposées en partenariat.

.Selon le questionnaire, 121 dispositifs donnent des seringues, 44 associations font des « sorties festives » ; 44 font du travail de rue, 75 associations font de l'accueil

Le service offert est toutefois très différent selon les cas

- dépose des flyers ou présence d'une équipe de 15 volontaires pendant 3 jours ;
- travail de rue mené par un acteur à temps partiel ou équipe autonome,
- accueil spécifique RDR ou accueil sur rendez-vous

Le descriptif des actions ne permet pas de connaître la qualité du service rendu.

La fragilité du dispositif est apparue dans le questionnaire

- soit par la disparition des dispositifs
- soit par des réponses incohérentes

(Des programmes d'échanges de seringues distribuant moins de 250 seringues)

Elle justifie la nécessité d'un cadre réglementaire mais ce cadre doit préserver ce qui a fait l'efficacité de l'action :

- **l'alliance avec les usagers de drogues**
- **l'implication d'acteurs non spécialisés, bénévoles et professionnels**
- **le travail en réseau**

Ces sont ces nouvelles pratiques qui ont permis d'entrer en relation avec des usagers qui n'étaient pas connus des dispositifs existants.

**Ces nouvelles pratiques exigent la définition d'un référentiel commun.
Faire l'économie de ce référentiel, conduit à se référer aux dispositifs institutionnels et pratiques professionnelles existantes qui a conduit à une logique d'exclusion des soins.**