

L'éducation aux risques liés à l'injection en France

situation / contexte / enjeux

Actes de la table ronde du 6 juin 2008

« L'état des lieux »

sommaire

- ✓ La situation / le contexte / les enjeux par *Valère ROGISSART*
- ✓ Histoire des outils de la Réduction des risques par *Nicolas BONNET*
- ✓ Les expériences internationales par *Jean-Pierre DAULOUEDE*
- ✓ Quels enseignements pour la scène française ? par *Marie DEBRUS*
- ✓ Injection et cadre légal par *Éric MERLET*
- ✓ Débat avec la salle

avec le soutien de la CRAMIF et de la DRASSIF

La situation / le contexte / les enjeux

Par Valère ROGISSART

Nous sommes aujourd'hui invité à travailler sur le thème de l'éducation aux risques liés à l'injection, ERLI pour les intimes.

Ce thème a été publiquement évoqué une première fois au cours des premières rencontres nationales de la réduction des risques en octobre 2006 et je me souviens bien que la salle était pleine et que les discussions de couloirs qui s'en suivirent montraient tout l'intérêt que portent les acteurs de la réduction des risques à cette question. Il y a bien des pratiques émergentes, il y a bien nécessité d'en parler, d'échanger, il y a bien lieu d'en proposer un cadre, des objectifs, des moyens nouveaux.

Cette question n'est pas nouvelle mais elle se pose de plus en plus, bien évidemment parce que l'épidémie de VHC continue de progresser en France et que les moyens actuels ne parviennent à la faire fléchir. Les études ne manquent pas à ce sujet, certaines d'entre elles seront évoquées ici. Elles ne disent pas tout (rien sur VHC et cyclisme par exemple, moi je prend pas les vélib, trop peur des piqûres..), mais nous savons par elles beaucoup de chose

Alors la RdR qui a réussi avec le VIH serait en échec avec le VHC ?

Les usagers seraient rétifs à mieux réduire les risques ? L'expérience du SIDA a démontré le contraire. Mais savent-ils comment faire, en ont-ils les moyens, le peuvent-ils vraiment actuellement ? Cela ne serait-il pas la marque de la marginalisation et de la précarité ? Si les plus vulnérables sont les plus touchés les plus jeunes le sont aussi sans être dans les situations de leurs aînés. Alors que se passe-t-il ?

Les acteurs de la RdR font-ils tout ce qu'il faudrait ? Le savent-ils, le peuvent-ils ? La question ne doit pas être tabou, les pratiques de RdR sont encore en construction dans un contexte qui reste résistant sinon hostile. Comment accompagnons-nous « l'échange de seringues », comment parlons-nous des consommations, des pratiques ? Si l'outil reste un support essentiel, c'est ce qui l'accompagne qui est primordial et nous avons le devoir d'y travailler parce que nous savons bien que nous n'échangeons pas que des seringues...

Les politiques publiques sont-elles adaptées à la situation, les dispositifs actuels suffisant en nombre et en diversité

d'offres de services aux usagers ?

Ce n'est pas mon point de vue. Certes une partie de la RdR est institutionnalisée avec les CAARUD puis les CSAPA qui ont un volet RdR dans leur mission; des ECIMUD existent, bien des pratiques sociales et médicales ont évolué. Est-ce suffisant ?

Visiblement non.

La lutte contre le SIDA ou le VHC ne relèvent pas que des dispositifs de première ligne que la RdR caractérise, mais de tout un tas d'interaction entre les différents dispositifs en contact avec les personnes concernées.

Je pense par contre qu'il est urgent de pousser les logiques de la RdR au bout : le VHC le ré-impose dans une chaîne globale prophylaxie¹-diagnostic-traitement-accompagnement, en toute logique de santé publique, il s'agit donc d'intervenir par les deux bouts pour réduire le réservoir : avant (prévenir) / après (soigner).

Il est donc logique, pour mieux réduire le VHC de rechercher le développement de nouvelles pratiques appuyées sur de nouveaux outils.

C'est dans ces logiques (RdR et santé publique) que la réflexion menée pour proposer de nouvelles stratégies d'action comme ERLI s'inscrit.

Alors quels sont les enjeux, les problèmes ?

D'abord le VHC est un modèle viral comme le SIDA mais sensiblement différent du SIDA : perception de la dangerosité, absence de maladies opportunistes qui rendent visible l'épidémie, un risque de stigmatisation moins fort du coup... elle va avec une mobilisation beaucoup moins forte... pourtant la faucheuse est au bout du couloir.

C'est un virus beaucoup plus transmissible qui fait que le message du type « un shoot, une seringue » n'est plus suffisant : un shoot, une seringue, une cuillère, une fiole, un tampon, un stérifilte, des couleurs de pompes pour reconnaître la sienne, faites attention au manuportage... Bref toute une complexité qui complique le message tant pour l'émetteur que pour le récepteur.

Cela dit, il est remarquable qu'au moment

¹ prophylaxie : méthode visant à protéger contre une maladie

même ou il faut lutter contre le risque de réduction de la réduction des risques au champ infectieux, il faut repenser un modèle plus efficace de lutte contre une maladie infectieuse avec cet enjeux qui doit être le plus fort : un bon usager de drogues est un usager de drogues vivant, point de base fondamental de la RdR.

Ensuite, et ce n'est pas rien, nous proposons une offre de pratique RdR au bord de la loi avec d'une certaine façon une situation comparable à celle des années fin 80 début 90 lorsqu'il s'agissait d'autoriser la vente libre des seringues. Encore une fois, on frise avec deux incrimination graves pour les intervenants en dehors de textes cadres pour protéger leur intervention (puisque rien n'est prévu dans le référentiel RdR actuel), la présentation sous un jour favorable et la facilitation d'usage... 5 et 10 ans de geôle respectivement...

Cela dit, il y a le problème de ce qui est autorisé pour les acteurs et il y a les contextes plutôt répressifs dans lesquels les usagers évoluent. Cela veut dire qu'il y a d'une part de nouvelles pratiques à « autoriser » mais aussi des pratiques à bannir. Par exemple, les planques de police aux alentours des distributeurs échangeurs que nous avons constaté plusieurs fois dans les Hauts de Seine : c'est une entrave aux conséquences grave pour l'accès aux moyens de se protéger pour les usagers. Or rien n'a montré que plus on arrête (des usagers) plus les risques diminuent. Au contraire, et cela relève des proverbes Shadocks (rois de la pompe s'il en est), « plus on arrête, plus ça continue ».

Faut-il redire que la RdR produit de l'accès aux soins, qu'elle concoure à améliorer la situation et non la péjorer. ? Oui il le faut, sans cesse. Ce n'est pas parce qu'une partie du dispositif s'institutionnalise qu'il faut laisser l'innovation en panne. Instituer ne veut pas dire tuer l'innovation. Au contraire comment s'appuyer sur l'institutionnel pour innover :

- ✓ dans la loi du 2 janvier 2002
- ✓ dans les courant de fond qui traversent les ESMS :
 - * répondre aux besoins des usagers
 - * dans la proximité
 - * appuyé sur l'évaluation, une culture d'évaluation

L'évaluation est un outil en creux et en bosse. La RdR n'a pas à craindre

L'éducation aux risques liés à l'injection en France**situation / contexte / enjeux**

l'évaluation, elle repose dessus ! Ceux qui n'y voient qu'un moyen de contrôle comme ceux qui n'y voient qu'un moyen d'auto-promotion se trompent : c'est d'abord un outil d'amélioration de l'offre de services aux usagers et de mesure de ses effets !!

Une autre question se pose : ne sommes nous pas dans un phénomène d'auto-censure, de ne pas « oser » en parler, de retenir les projets qui mijotent dans les esprits, d'anticiper des résistances que nous jugerions indépassables ? Or nous savons bien qu'il y a des expériences. Mais si elles restent clandestines, elles feront courir des risques aux acteurs et aux usagers. Les rendre visible, c'est s'assurer de leur pertinence, de leur construction rationnelle, de leur acceptabilité. Réduire les risques c'est d'abord les reconnaître pour les gérer et en minimiser les effets.

Et, comme d'habitude, nous sommes en face d'un paradoxe typiquement RdR : comment reconnaître l'injection pour obtenir un infléchissement des risques qu'elle comporte ? Et comme au mauvais vieux temps, il faut faire bouger les frontières, les limites, les résistances. Pour y parvenir, plus que des kamikazes de la RdR (je connais bien, j'en ai plein dans mon entourage...), nous avons besoins de rationaliser, de projeter, de tester, d'évaluer, de chercher, toute chose impossible « dans le noir » des pratiques indicibles, inavouables ou jugées comme telles. C'est aussi travailler beaucoup pour rechercher « les bonnes pratiques », les faire partager et reconnaître.

Nous avons pourtant de nombreux arguments, savons nous les porter ? Un autre point me paraît important : Ne pas laisser ERLI s'enfermer en milieu festif comme on l'a fait avec le testing (*même si c'est différent du fait de l'absence du*

virus du teufeurs tazé (VTT) : comme s'il fallait le pire pour avoir le moins mal, comme si la RdR n'avait que du virus à traiter : c'est loin s'en faut notre référence). Si c'est effectivement dans ce contexte qu'un certain nombre d'expériences ont pu être menées (il en sera question aujourd'hui), c'est loin s'en faut le seul contexte où des besoins existent.

Alors, quelle éducation aux risques liés à l'injection ? Je souhaite que cette question puisse se développer ici. Chacun d'entre nous sait qu'il ne s'agit pas seulement d'outils (au risque de me répéter...) . Après tout, c'est vrai qu'avec un maillet, on peut construire une cathédrale ou tuer son compagnon de chantier. Comment dès lors ne pas seulement penser par l'outil (la seringues, le PES, la salle de consommation...) mais par le mouvement, l'intention, ce que le vocable d'éducation induit (de l'éducation à la santé), une dynamique de vie plus qu'un instrument inerte. Ce n'est donc pas seulement d'outils nouveaux dont nous avons besoin, même s'il en faut bien sûr, nous avons besoins de reprendre toute la chaîne RdR:

- ✓ donner des seringues reste essentiel : comment le faisons-nous ?
- ✓ Diffuser des infos est essentiel : comment le faisons-nous ?
- ✓ Passer le 17'10 est essentiel comment le faisons-nous ?
- ✓ Accompagner les usager dans la RdR liés à l'injection est incontournable, comment allons-nous le faire mieux ?

Ce n'est donc pas une vision « outilliste » mais globale, interactive, systémique. Chacun sait bien que s'il faut des distributeurs, des machines fort utiles bien que sans âme, elles ne suffisent pas. La parole, la relation, l'accompagnement

sont des déterminants pour atteindre des objectifs que nous nous fixons. Bref, cela reste un truc d'éducateur à la santé, un truc de réducteur de risque...

En conclusion de cette introduction...

Si nous sommes d'accord pour penser que d'autres questions doivent systématiquement être soulevées pour mieux lutter contre le VHC, nous proposons aujourd'hui de faire un focus, « une fixette », sur un des points qui nous paraissent essentiels d'autant que nous sommes en première ligne: les pratiques d'injection et les moyens de réduire les risques qu'elles peuvent occasionner.

Reste que c'est un sujet « sensible » (il y en a d'autres comme les traitements de substitution injectable ou le testing), ou plus que jamais la recherche d'appuis rationnels doit primer sur l'idéologie et les représentations jusqu'ici désastreuses en matière de santé publique. En la matière, l'évaluation se pose non pas en nombre d'ILS mais en nombre de vie épargnée, de personnes en soins, de changements de comportements. Au fond un des enjeux fondamental ici, c'est de rappeler que la RdR n'est pas une parenthèse « laxiste » dans l'histoire de la lutte contre le SIDA, c'est bien un autre modèle de gestion de la question des drogues. Il génère encore beaucoup de résistances. A nous, sinon de les éradiquer, de les réduire.

S'il y a des risques à lever pour que les acteurs innovants puissent l'être « en responsabilité », rappelons aussi qu'il y a des responsabilités politiques à ne pas prendre les mesures pour vraiment réduire les risques. C'est aussi une leçon de l'épidémie de SIDA qui a montré qu'elle était autant une question politique qu'une question de santé publique.

Histoire des outils de la Réduction des risques

Par Nicolas BONNET

Bonjour à tous.

Je vais vous présenter une histoire des outils de la réduction des risques et plus particulièrement l'histoire de l'injection et des pratiques d'injection. Histoire sociale qui n'est finalement pas si récente que cela, comme la politique de réduction des risques, politique qui privilégie les stratégies de soin et de prévention pour éviter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues.

Au début du 20^{ème} siècle le docteur Rolleston a commencé à prescrire des drogues aux toxicomanes incapables de parvenir à l'abstinence ; il est vraiment l'initiateur et le fondateur de ce qu'on appelle la réduction des risques aujourd'hui. Dans les années 80, c'est l'émergence du SIDA qui a fait que certains pays, certaines villes particulièrement, se sont positionné très fortement dans des actions de prévention en développant des programmes

d'échange de seringues, des campagnes d'information, notamment les Pays Bas et le Royaume Uni, avant d'arriver en France avec une mesure phare en 1987 : la mise en vente libre des seringues. Quelques années plus tard, à Liverpool en Angleterre eut lieu la 1^{ère} Conférence Internationale sur la réduction des risques, conférence qui délivre maintenant tous les ans un prix qui s'appelle le Prix Rolleston, en mémoire de ce médecin : Sir Humphrey Rolleston, Anne Coppel a

L'éducation aux risques liés à l'injection en France**situation / contexte / enjeux**

gagné ce prix en 1998, quand la conférence s'est tenue à Paris. Cela fait donc pratiquement 100 ans que l'idée de réduire les risques liés à l'usage des drogues existe. Cette politique de réduction des risques est une politique à part entière, l'ensemble des mesures mis en œuvre pour prévenir les contaminations par le virus du SIDA des hépatites, mais également tous les problèmes et les complications qui découlent de l'usage et de la recherche des drogues, les complications sanitaire, les problèmes sociaux, l'isolement, l'errance, tout ce que vous connaissez finalement dans le quotidien, tout ce qui peut être dans le parcours de l'usager de drogues. Cette politique permet un accès au matériel de prévention, ce que l'on va voir dans la présentation, mais également un accès aux traitements de substitution, une des mesures phare en France en 1995/96 dans la politique de réduction des risques, fut quand même l'accès au subutex et à la méthadone. Dans la politique de réduction des risques on peut également parler du counseling, l'accueil des usagers, le testing qui fait évidemment partie de la palette des outils que l'on peut proposer pour diminuer les risques, les salles d'injection, l'accompagnement à l'injection, la liste est très longue à développer, il s'agit d'une politique qui est en perpétuel mouvement et en perpétuel changement.

En fonction des voies d'administrations des drogues : voie orale, pulmonaire, nasale ou voie injectable, des outils spécifiques de prévention ont été élaborés et mis à disposition pour limiter les conséquences, les complications dues à ces usages, avec des messages et des approches différentes en fonction des publics, des produits utilisés ou encore des contextes. Un même mode de consommation va se décliner de façon totalement différente en fonction des contextes d'utilisation, des publics ou des lieux d'utilisation, et un même usager va avoir finalement, des pratiques ou des comportements différents en fonction des produits qu'il utilise ou des lieux dans lesquels il consomme. La politique de réduction des risques doit être très malléable et s'adapter très fortement à ces différents contextes avec donc des outils spécifiques : Les kits d'injection, le « roule-ta-paille » dans le cadre de la prévention des contaminations par l'hépatite C chez les personnes qui sniffent des produits, le Kit Base pour fumer du Crack, je pourrais rajouter le Volcano qui

est un appareil pour fumer la résine de Cannabis sans avoir trop de dégâts respiratoires, en tout cas trop de produits cancérigènes qui se dégagent, sans parler du Kit sniff, bref la liste est longue.

L'histoire de l'injection

Le fait que des produits puissent avoir une action sur le corps n'est pas une connaissance récente, l'usage de la Sarbacane, existe depuis des siècles et c'est finalement l'ancêtre de l'introduction dans le corps de différents produits avec une action systémique, même si à l'époque on était très loin de penser qu'une petite fléchette pouvait avoir une action sur tout le corps en général et surtout que les produits pouvaient atteindre le système nerveux central : le cerveau.

L'usage de la voie intraveineuse remonte au début du 18^{ème} siècle, deux médecins infusèrent de la teinture d'opium dans les veines d'un chien avec une vessie de porc pour essayer de tracer le parcours des veines. Au préalable il existait la pratique d'inciser la peau pour trouver le réseau veineux et pour faire passer des liquides, cette pratique a été en déclin très rapidement car bien évidemment les résultats étaient peu encourageants et ce n'est que bien plus tard, vers le milieu du 19^{ème} siècle qu'il y eut le développement de seringues pour la voie intraveineuse, par Alexander Wood et Charles Gabriel Pravaz en France, qui se disputent d'ailleurs encore aujourd'hui la légitimité de l'invention de la seringue par voie intraveineuse. Ce sont vraiment les premiers ancêtres des seringues. Fin du 19^{ème}, en 1872, un chirurgien de Bordeaux fit la première anesthésie générale par intraveineuse chez l'homme avec une solution de chlorate, un puissant sédatif. Comme il y a eu pas mal de décès, la méthode a été vraiment proscrite, dans les directives des chirurgiens on ne devait absolument pas utiliser la voie intraveineuse pour anesthésier les malades, ce n'est donc que bien plus tard, en 1934, que l'anesthésie par voie intraveineuse fut reprise avec l'arrivée de nouveaux produits, les barbituriques, comme le penthotal par exemple.

La seringue, ce n'est pas seulement l'usage de la voie intraveineuse, c'est aussi celle de la voie sous cutanée. C'est aussi au milieu du 19^{ème} siècle que l'on a commencé à injecter des comprimés de morphine sous la peau et voir qu'une action antalgique apparaissait de façon systémique.

Il y a eu un usage important de la voie sous cutanée pendant la guerre de Sécession aux États-Unis à la fin du 19^{ème} Siècle, d'ailleurs les guerres ont marqué de façon très importante les progrès, les avancées dans la médecine, pour l'injection, la guerre de Sécession a été un des événements importants. En 1890, nous assistons à la naissance de l'anesthésie locale avec de la cocaïne, par voie sous cutanée, la cocaïne est un très bon anesthésique, aujourd'hui tous les anesthésiques locaux sont de toute façon des dérivés de la cocaïne.

A la fin du 19^{ème} Siècle l'injection intraveineuse est décrite comme un acte possible, mais on n'est pas encore dans la stratégie dans laquelle nous sommes aujourd'hui d'en faire un mode d'administration principal. Avec tous les dommages et dégâts collatéraux qu'amenait l'usage de la voie sous cutanée on a compris tardivement l'action systémique de l'injection. Au début on reconnaissait que les produits qu'on injectait avaient une action uniquement locale, et c'est bien plus tard que l'on a commencé à comprendre finalement que l'action systémique des produits injectés pouvait avoir lieu et qu'il y avait un vrai intérêt à pouvoir administrer des drogues au sens large, médicaments inclus qui pouvaient avoir des vertus thérapeutiques.

Plein de pathologies, de troubles du comportement, la masturbation, la phobie, la nymphomanie, plein de troubles psychiatrique étaient traités par l'administration de morphine ou d'opium. En Angleterre, pendant la période victorienne, il existait un usage de la voie sous cutanée très important, il y avait des rencontres, des sortes de parties d'injection dans la bourgeoisie londonienne. Rencontres très prisées, où chacun avait son petit kit d'injection, kit qui était orné de pierres ou de métaux précieux, c'était vraiment des objets de très haute gamme.

Puis au 20^{ème} siècle, progressivement, l'injection par voie intraveineuse va devenir prépondérante et deviendra la 1^{ère} voie d'administration quand on cherche à avoir une action rapide des produits et systémique. Au niveau médical on va privilégier très largement la voie intraveineuse, au détriment des autres voies, comme la voie pulmonaire, la voie sublinguale ou la voie nasale qui sont finalement aussi des voies très rapides en termes d'action, mais qui ont été délaissés

L'éducation aux risques liés à l'injection en France**situation / contexte / enjeux**

pendant très longtemps. Je crois qu'aujourd'hui c'est encore la situation que nous avons en médecine, les pratiques et les galéniques sont très axées sur la voie intraveineuse, injections ou perfusions et nous n'avons certainement pas suffisamment fait de recherches sur les voies pulmonaires ou les autres voies d'utilisation qui peuvent être également très rapide en terme d'action mais considérées comme secondaires par rapport à la voie intraveineuse qui est la référence en terme thérapeutique.

Cette voie intraveineuse amène à des complications, à différents troubles, c'est aussi toute l'histoire de la réduction des risques. Les complications infectieuses ne sont pas très récentes, la première étudiée était sous cutanée, il s'agissait du tétanos et cela a été publié dans le Lancet en 1876, cela fait donc près de 150 ans que nous connaissons cette notion d'infection due à l'injection de produits.

Si on reprend sur un plan chronologique des différentes étapes :

- ✓ Milieu du 17^{ème} : Wren expérimente l'injection intraveineuse ! 2 ou 3 ans après nous avons la première seringue sous cutanée.
- ✓ 1860 : Injection sous cutanée de morphine.
- ✓ 1867 : Lister développe le concept d'antisepsie, première fois où se pose la question de l'antisepsie, au moins se laver les mains avant d'avoir des actes médicaux. Ce n'est pas une pratique qui a été facile à mettre en application, cela a mis très longtemps avant que les soignants commencent à avoir une pratique d'antisepsie correcte.
- ✓ 1874 : synthétisation du diacétyl-morphine, l'héroïne.
- ✓ Au milieu du 20^{ème} siècle l'utilisation des produits illicites par voie intraveineuse avec bien évidemment derrière, les premières législations sur le contrôle et la répression de l'injection de produits illicites.

En 1930 une étude intéressante a montré les complications infectieuses dues à l'utilisation de drogues par voie intraveineuse, cela pouvait amener des contaminations de la malaria, du paludisme. Les échanges de seringues pouvaient transmettre le paludisme.

Dans les années 50, la voie intraveineuse est devenue la voie la plus courante pour l'injection de produits illicites avec très rapidement dans les années 60 les premières seringues en plastique qui seront élaborées. Dans les mêmes

années parurent les premières notifications d'injection de comprimés écrasés. Cela fait donc quelques années que l'on injecte des comprimés écrasés ou en tous cas qu'il existe des comprimés écrasés qui sont injectés. Puis il y eut la reconnaissance de risque de transmission, d'abord de l'hépatite B, puis du VIH, et dans les débuts des années 90, l'hépatite C qui n'a été découvert qu'en 1989.

Ce n'est donc finalement que récemment que nous avons pu commencer à nous interroger sur les modes de transmission de l'hépatite C et malheureusement nous avons trop souvent calqué les pratiques de prévention qui sont celles du VIH, alors que ce sont des virus qui sont extrêmement différents, avec des caractéristiques d'infectiosité qui sont totalement différentes.

Si vous allez à Copenhague, je vous engage à aller au Musée des opiacés qui a été créé par l'association des usagers de drogues danois. Vous pourrez rencontrer ce sont des personnes très intéressantes qui font énormément de travail et ont ouvert ce petit musée très sympathique, il y a beaucoup d'outils... (Voir le diaporama sur le site de l'AFR) On y retrouve tous les outils de réduction des risques, avec en premier, bien évidemment la seringue, la cuiller, les tubes pour récupérer la poudre. Il y a des kits d'injection médicaux, les premières seringues en plastique développés par Becton Dickinson le leader de la seringue aujourd'hui dans le monde.

Il y a des modèles de seringues multiples et variés puisque l'injection regroupe des produits, des comportements, multiples et variés. Il existe des seringues très différentes les unes des autres, bien qu'en France nous utilisons principalement la seringue à Insuline. En France nous avons aussi récemment développé le stéribox avec le kit d'injection à moindres risques qui comporte en terme d'outils de réduction des risques non seulement des seringues, mais du petit matériel : cuillers stériles, filtres stériles, préservatifs, eau pour injection, tampons alcoolisés ou secs, ainsi que des messages de prévention. C'est encore une progression dans la stratégie des outils de réduction des risques. Cette trousse de prévention se définit comme un kit distribué gratuitement, notamment en pharmacie ou en associations, pour limiter les risques de transmission des pathologies infectieuses. Il y a le stéribox, le kap de Médecins du Monde, le Kit + de la DGS..... Ils ont été conçus et réalisés dans le cadre

de la politique de Réduction des risques avec des messages généraux de prévention, il est important qu'il y ait toujours un accompagnement très fort de ces outils qu'on veut développer et mettre en place, pour réduire de façon draconienne les contaminations.

Les kits peuvent se décliner d'autres façons, notamment en Australie il existe un kit en pharmacies, avec dedans une dizaine de seringues, autant de tampons alcoolisés, de préservatif, d'acide citrique pour injecter de l'héroïne brune, avec aussi un container, etc.... Encore une fois, en France nous avons le stéribox, mais dans d'autres pays il existe d'autres kits, car il y a d'autres pratiques, en Australie toujours, ils ont des cuillers en plastique car ils ne chauffent pas leur produit en général car ils ont beaucoup d'héroïne blanche qui vient directement d'Asie du sud est, ils n'ont donc pas besoin de chauffer. Aujourd'hui existent aussi des seringues avec des pistons en couleur pour limiter le partage accidentel des seringues, puisque finalement nous nous sommes aperçus que le partage de seringues avait certes bien diminué, mais que l'usage de certains produits comme les psycho-stimulants ou différentes occasions comme par exemple l'injection en groupe, favorisaient le partage accidentel des seringues, car il est assez difficile de surveiller son matériel quand on est sous l'effet de produits, identifier son matériel par une couleur pourrait avoir un impact important sur la diminution du partage accidentel..

J'étais récemment en Iran, là bas ils ont des cuillers qui ressemblent plus à des louches qu'à autre chose, finalement chacun a sa pratique, chacun à sa cuiller, il faut s'adapter au produit, au contexte. Mais également, il faut s'adapter aux financements publics, car sans financement on ne peut pas avoir non plus tout le matériel souhaité, toutes les qualités souhaitées, donc en fonction de notre contexte chacun développe sa stratégie de prévention et sa stratégie de soins.

Je parle des outils liés à la pratique d'injection, mais je rappellerai qu'il existe aussi d'autres kits qui sont développés dans la réduction des risques, il y a le kit base pour les risques infectieux à l'usage de la cocaïne base fumée, le kit sniff, bien que je sois assez sceptique sur cet outil ou en tous cas sur quelques outils qu'il y a à l'intérieur et des messages de prévention mais cela est un autre débat. Il y a le Volcano, je vous l'ai dit, c'est vraiment à

L'éducation aux risques liés à l'injection en France**situation / contexte / enjeux**

titre anecdotique, mais en même temps il est intéressant. Une fois j'ai eu l'occasion de le mettre en place dans l'hôpital où je travaille pour une personne qui ne pouvait pas arrêter ses consommations de cannabis, malgré toutes les stratégies possibles et inimaginables et qui en même temps devait engager des soins importants, on a donc essayé de l'inciter à utiliser cet appareil qui chauffe la résine à une température qui ne permet pas la combustion, qui dégage une fumée froide avec dedans les dérivés psycho-actifs, sans les produits cancérigènes car il n'y a pas de combustion. Mais le côté social est tellement important quand on fume un joint, que le Volcano avec sa fumée froide et son aspect assez repoussant n'est pas le meilleur outil de substitution.

En conclusion, il y a du matériel en évolution constante, adaptation aux problématiques des maladies infectieuses, contextuelles aux produits, aux modes de consommation... C'est une élaboration qui nécessite une collaboration de sanitaires, épidémiologistes, usagers de drogues, experts, professionnels de la réduction des risques, de tout le monde car on ne peut, chacun de notre côté, essayer de développer quelque chose si on ne travaille pas en commun. Les outils de réduction des risques pour moi, sont aussi des outils de médiation très importants, c'est le lien avec l'utilisateur. Nous pouvons nous poser la question de la diffusion d'un outil uniquement comme lien de médiation et je pense que c'est extrêmement important pour lier des contacts, pour intervenir au plus près de

scènes de consommation. Et puis il y a la grosse question de l'évaluation, car finalement aujourd'hui nous manquons cruellement d'évaluation de ces outils, nous avons certes évalué l'impact de la mise en vente libre des seringues en France, mais n'avons malheureusement pas suffisamment évalué en termes de diminution des risques infectieux, diminution des contaminations. C'est en même temps un travail très difficile et onéreux, mais nous n'avons pas suffisamment évalué ces outils de réduction des risques, et je pense que le développement des outils aujourd'hui doit passer dès le début par une phase d'évaluation progressive de la diffusion de ces outils...

Merci

Les expériences internationales

Par Jean-Pierre DAULOUEDE

Nous sommes des Français dans une situation un peu particulière, car en tant que Basques, avec nos amis de Médecins du Monde de Bilbao, Munduko Medikak, nous avons pu, d'une part participer à la création d'une salle de consommation hygiénique à Bilbao, et d'autre part poursuivre des activités de réduction des risques dans le testing en transfrontalier. Ce qui fait de nous d'une certaine façon des privilégiés, puisque nous pouvons témoigner et même obtenir des financements de l'État français pour aller pratiquer en transfrontalier du testing. C'est fort de cette expérience de la salle d'injection de Bilbao que vous m'avez invité à parler lors de cette journée sur l'éducation aux risques liés à l'injection.

Les salles de consommation à moindres risques ou structures d'accueil avec possibilité de consommer à moindres risques des substances psycho-actives sont maintenant bien connues dans certains pays du monde. Les dénominations sont diverses : local d'injection sous surveillance, piquerie, shooting-room, salle de santé, shooting-gallery... Ces lieux, ces espaces sont nés pour apporter une des réponses à la diffusion extrême du VIH dans les années 80 parmi la population des usagers de drogues par voie intraveineuse. Cette épidémie a touché très fortement principalement 3 pays en Europe : l'Espagne en premier lieu, puis la France devant l'Italie. Ces trois pays réunissaient à elles seules les 2/3 des problèmes en

Europe. Pourtant ce ne sont aucun de ces 3 pays qui ont réagi les premiers, mais plutôt les pays d'Europe du Nord qui ont ouvert la voie en la matière. En France nous avons développé les PES, les traitements de substitution, méthadone ou buprénorphine principalement, ouvert des boutiques, des structures de bas seuil, créé des associations d'auto-support. La diffusion combinée de l'accès au matériel stérile et de traitements de substitution a permis des avancées considérables en matière de VIH avec une baisse de la prévalence, une baisse très spectaculaire comme dans tous les pays de l'Union Européenne de la mortalité par overdose, une augmentation du nombre de patients qui sont entrés en soin, qui ont eu accès au soin, mais il y a une persistance de l'épidémie de VHC qui, d'ailleurs, est plutôt devant nous que derrière nous, l'émergence des polyconsommations et donc l'augmentation des risques liés à ces pratiques. Donc, nous avons clairement la nécessité de mettre en place des nouvelles mesures adaptées et nous espérons pouvoir convaincre les pouvoirs publics de cette impérieuse nécessité. Pour l'instant nous n'y sommes pas encore totalement parvenus.

Historiquement les salles de consommation à moindres risques sont chronologiquement apparues à Berne en Suisse en 1986, reconnues officiellement en 1988, ensuite deux salles en Allemagne à Francfort et Hambourg en 1994 et toujours en 1994 il y a eu Rotterdam aux Pays-Bas. Des trois pays

les plus concernés c'est l'Espagne qui se décide en 2000 avec l'ouverture d'une première salle à Madrid, il y en eut une à Sydney en Australie en 2001, puis à Vancouver au Canada en 2003... Voici pour les principales.

Ces créations se sont faites avec un assentiment mesuré des autorités et du voisinage. Voici par exemple le texte d'un tract diffusé à Lausanne au moment de l'ouverture d'une salle d'injection : « Bienvenue à Lausanne, son lac, sa cathédrale, et bientôt son shootoir ». En 2005 il y avait 78 salles de consommation à moindres risques, réparties dans 45 villes de 9 pays, dont 6 pays européens. Les objectifs de ces salles sont bien sûr la réduction des risques, l'objectif principal est la mise à disposition pour les usagers de drogues d'un endroit hygiénique et « secure ». où consommer en présence de professionnels du milieu sanitaire et social en permettant de diminuer les overdoses mortelles, de réduire la transmission des infections par voie sanguine, de faciliter l'accès aux soins, qu'ils soient sanitaires ou sociaux mais aussi de réduire les nuisances publiques.

Un réseau international de salles de consommation à moindres risques a été créé sur l'initiative de Munduko Medikak, à Bilbao. Il y a donc un partenariat de toutes les salles de consommation réparties dans le monde avec la volonté de créer un groupe d'experts pour permettre un recueil de données, de promouvoir des travaux de recherches

L'éducation aux risques liés à l'injection en France**situation / contexte / enjeux**

absolument nécessaires à l'évaluation, travaux de recherche qui sont essentiels pour alimenter le débat légal, politique et permettre de vaincre les résistances présentes peu ou prou à l'égal dans tous les pays concernés. Ce n'est que cette démonstration rationnelle de l'utilité de ce type de salles, de l'utilité pour les usagers de drogues comme pour la collectivité que l'on pourra avancer sur ce terrain. Les objectifs du réseau sont donc de réunir des données pour alimenter une recherche, pour participer au débat politique, tout ceci n'étant destiné qu'à améliorer le bien être des usagers et celui de la communauté car les deux vont ensemble. Le statut juridique et légal de ces salles de consommation est variable, mais la grande majorité est gérée par des associations sans but lucratif, les salles appartenant à des entités publiques, hôpitaux, ou autres étant une minorité, moins de 15%.

Ce réseau international institué sur l'initiative de nos amis de Bilbao réunit des Allemands, des Australiens, des Canadiens, plusieurs salles espagnoles, les Pays-Bas, la Norvège, le Luxembourg et la Suisse.

Les personnes qui viennent consommer dans ces salles sont des personnes dont la moyenne d'âge est de 35/45 ans, peu de personnes en dessous de 25 ans, avec un ratio de $\frac{3}{4}$ d'hommes, $\frac{1}{4}$ de femmes. Ceux qui fréquentent la salle de Bilbao sont essentiellement des injecteurs de cocaïne, l'héroïne étant plutôt inhalée ou fumée, une minorité consomme du speedball, mélange d'héroïne et de cocaïne. Toujours à Bilbao, en 2002 nous avons pu constater la présence de plus de 500 usagers en grande précarité, il y avait dans les rues de Bilbao une véritable scène ouverte près de la rivière qui

traverse Bilbao et donc l'ouverture de la salle en novembre 2003 en collaboration avec les pouvoirs publics et les associations locales a pu se faire, non sans mal puisque des banderoles ont été placardées aux quatre coins de la ville, un travail de médiation sociale a quand même permis l'acceptation de cette salle qui maintenant fonctionne avec un très bon niveau d'acceptation du voisinage. Cette salle est située au centre de Bilbao au cœur des lieux de consommation, et c'est en Espagne, et de très loin, la salle qui reçoit le plus de visites de consommateurs. Celle de Madrid a une activité très inférieure du fait de sa situation décentralisée. La salle est ouverte au public 7 jours/7 jours de 10 heures à 20 heures. En terme de ressources humaines il y a 8 professionnels qualifiés : infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs, formés à l'addictologie et aux soins de premier secours. Ils sont formés et en lien constant avec l'équivalent espagnol du SAMU. Neuf bénévoles participent aussi à l'activité de la salle. En 2006 le bilan était déjà très positif, nous avons constaté une facilitation de l'accès aux soins, aux structures sociales, 1 600 personnes ont été accueillies entre novembre 2003 et décembre 2006 ce qui n'est pas rien, avec près de 30 000 consommations, soit en moyenne 80 consommations/jour en 2006. Une observation tout à fait importante, corroborée par celles faites par d'autres salles de consommation, est qu'il n'y a eu en 2006 aucun décès par overdose pour 41 overdoses constatées lors de consommation dans la salle, par ailleurs la ville de Bilbao a vu depuis l'ouverture de la salle de consommation, diminuer assez significativement les décès par overdose, qui sont surtout des décès par overdose

d'héroïne, des études allemandes estiment que sur une année et 500 000 consommations, au moins 10 décès ont pu être évités du fait de la présence de salles de consommation. Le quartier d'implantation de la salle de Bilbao, qui était un quartier très en difficulté a été en partie réhabilité, en tous cas ont été constaté une diminution des actes de délinquance, des consommations dans la rue et une très nette amélioration des relations entre le local de Médecins du Monde et les riverains.

En conclusion le bilan est très clairement positif pour les salles de consommation, aussi bien pour l'OEEDT, l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies, bien que l'impact sur la prévalence de l'hépatite C soit en cours d'évaluation, ce qui reste non seulement pour la France, mais pour tous les autres pays, la problématique principale. Nous ne pouvons que constater, sans illusion mais ce constat est nécessaire, le retard de la France dans la mise en place de ces salles de consommation, constater aussi notre contexte juridique prohibitionniste et que le débat moral qui faisait rage en 1990 pour la mise en place des PES et ensuite le développement de la substitution reste toujours vif. Pour conclure je reprendrai la parole de Navarro qui à l'IHRA conduisit son intervention en disant : « Pourquoi est-ce l'utilisateur qui est réproché et non le mode de vie qui multiplie angoisse, anxiété, solitude et peur ? Où encore la culture de consommation qui induit et génère des consommations chimiques ? Si une maladie est transformée en crime et si le crime est transformé en business, il est facile de réprocher le malade... »

Je crois que cette conclusion ouvre et clos le débat.

Quels enseignements pour la scène française ?

Par Marie DEBRUS

Bonjour,

J'ai travaillé à Médecins du Monde et à SIDA Paroles, ce qui m'a permis d'étudier les documents qui ont été édités sur toutes les expériences en lien avec l'injection, notamment les salles de consommation. Il existe énormément de matière sur le sujet, avec des expériences datant de 1986 ou 2000 ce qui est déjà ancien. Nous commençons donc à avoir un peu de recul avec beaucoup d'études, de rapports d'évaluation extrêmement précis qui sont passionnants et que je

vous conseille de lire.

Je me suis beaucoup appuyée sur des rapports complets, par exemple il existe un rapport européen très intéressant, il y a la Suisse avec notamment (Quai 9) à Genève qui fait des rapports en français, pour ceux qui ont du mal avec la lecture anglaise, ils sont très bien écrits, pédagogiques dans l'approche de l'évaluation, pour les personnes un peu réticentes sur l'évaluation cela est très intéressant pour cela aussi. Il y a la salle de Vancouver au Canada, ou Sydney en

Australie qui a édité un document très détaillé. Le document édité le plus récemment mène une réflexion sur la pertinence d'ouvrir des salles de consommation en Angleterre. Ils ont notamment repris tout le travail effectué dans le rapport européen et ont aussi fait une revue de la littérature après l'édition du rapport européen, c'est le document le plus récent existant.

Finalement quand j'ai lu les documents, j'étais assez curieuse de voir ce qui se passait dans ces salles de consommation,

L'éducation aux risques liés à l'injection en France**situation / contexte / enjeux**

je vais donc vous présenter aujourd'hui le fruit de la lecture de ces expériences et les questions qui me sont venues spontanément, finalement les questions que nous pouvons tous nous poser.

Au niveau de la problématique, les salles de consommation ont été mises en place principalement pour réduire les nuisances à l'ordre public. Il est vrai qu'il existe plein d'objectifs : faciliter l'accès aux soins, réduire l'ensemble des risques liés à l'injection, mais finalement cette question des nuisances à l'ordre public est extrêmement présente, et même plus présente que ce que j'avais pu penser. Il fallait répondre à la question des injections dans les espaces publics, les scènes ouvertes, or il est vrai qu'en France il n'est pas sûr que nous ayons autant de scènes ouvertes que dans les autres pays, comme à Zurich par exemple où ils ont décidé d'implanter la salle d'injection à l'endroit même où existaient les scènes ouvertes. Si nous prenons les expériences australiennes ou canadiennes, les salles ont été aussi installées dans des quartiers qui étaient les plus durs du coin, et là aussi, je ne suis pas sûre que nous avons en France des quartiers qui soient aussi focalisés sur la consommation de drogues par injection. Je savais l'existence de ces scènes, mais n'avait aucune idée de leur importance.

Autre objectif aussi important : réduire la mortalité notamment par overdose. J'ai été très surprise d'apprendre par exemple qu'au Canada la mortalité par overdose était très importante et que pour eux c'était un des objectifs premiers. La réduction des appels aux services de secours a été un critère d'évaluation. Nous en France, avec l'accès très large à la substitution, nous avons une problématique de mortalité par overdose moins importante. Par contre par rapport à la question de l'hépatite C qui nous préoccupe en France, j'ai voulu savoir quelle était la place de la lutte contre l'épidémie d'hépatite C. Il est sûr que les salles de consommation essayent de jouer sur le virus de l'hépatite C, mais ils disent très clairement que cela n'est pas un objectif premier pour eux.

Au niveau de la population, nous nous rendons compte que ce sont les usagers les plus précarisés, ceux qui étaient dans la rue qu'on a voulu mettre dans un endroit plus propice à l'injection pour réduire les risques. Ce sont aussi les usagers les plus dépendants, il y a d'ailleurs certaines salles qui refusent les

usagers récréatifs, il existe notamment en Allemagne et aux Pays Bas, des salles qui sont très restrictives sur le public accueilli : ils peuvent refuser des usagers qui sont sous traitements de substitution, des salles sont réservées aux travailleurs du sexe, notamment des femmes, des salles réservées aux personnes en situation irrégulière. Pour moi ce sont des choses que je n'imaginai pas, je pensais que cela était plus ouvert, mais cela peut être très restrictif. Il y a même aux pays Bas, des salles où ils ont mis en place des cartes nominatives et si l'utilisateur ne se présente pas pendant plusieurs jours il perd automatiquement sa carte nominative, il y a un nombre limité de cartes et, de plus il est aussi suivi par les services de police, s'il fait un écart au niveau de la justice, il peut être exclu de la salle. Cela m'a laissé plutôt perplexe, mais tout est possible...

Finalement quand nous regardons le profil des usagers de ces salles, nous nous rendons compte qu'ils sont assez âgés, la moyenne d'âge est au-dessus de 33 ans, voire 38/39 ans. Dans certaines salles, 40% des usagers ont plus de 30 ans, il y a quelques jeunes mais ils sont en minorité.

Par rapport à la pratique d'injection, c'est au-dessus de 10 ans, voire 14 ans pour la salle de Sydney. Là aussi la question qui se pose est que comme l'on sait que les contaminations interviennent tôt dans le parcours, quelle place y a-t-il pour les jeunes usagers ou ceux qui débutent l'injection ? Il existe une étude très intéressante qui soulève ce problème là, et nous même dans notre pratique nous le savons, la délimitation entre « je me revendique injecteur », et « je ne le suis pas » est extrêmement délicate, or il est très important d'aller toucher les usagers qui pensent ne pas prendre de risques, qui mettent à distance leurs prises de risques en disant que l'injection ne les concerne pas, que cela leur arrive qu'une fois l'an. Oui mais voilà c'est peut être la fois de trop, avec l'hépatite C notamment la contamination est très rapide, il faut agir au plus tôt. Quelle place pour les personnes qui injectent de manière occasionnelle ?

Les règles de fonctionnement sont extrêmement fixes et claires, ce qui est normal car c'est très compliqué à gérer. Tous les produits ne sont pas acceptés, certains points d'injection sont refusés, les pratiques de partage sont interdites, ainsi que l'aide entre injecteurs. Cela peut arriver malgré tout car dans une salle de consommation il y a plusieurs boîtes, en

Allemagne là où existent le plus de salles dans le plus de villes, nous trouvons des salles de petites tailles avec seulement quatre boîtes, mais aussi des salles avec plus de 16 places pour injecter avec seulement deux personnes d'encadrement dans la salle : un travailleur social, un éducateur qui a un brevet de 1^{er} secours. Ils ne peuvent pas tout vérifier, mais en tous cas ils essaient de réduire certaines pratiques jugées trop à risques. C'est une question que nous pouvons nous poser car, par exemple à Médecins du Monde, nous avons remarqué qu'il pouvait être parfois compliqué de trop réduire les possibilités en disant : « tu ne dois pas t'injecter dans les pieds » ou autre, mais en même temps comment apprendre à réduire les risques en partant de la pratique précise de l'utilisateur ? Par ailleurs nous savons que les pratiques de partage et de réutilisation de matériels sont importantes, elles perdurent, c'est bien cela, entre autre, qui est à l'origine des contaminations par l'hépatite C. Si nous ne pouvons voir les pratiques des usagers quand ils partagent, nous ne pouvons comprendre le moment où ils prennent des risques et nous ne pouvons pas leur expliquer. De plus, nous le savons maintenant, il existe une vraie confusion sur les modes de contamination VIH, Vichy des usagers disent encore que pour eux le risque est dans la seringue, ils nous disent qu'ils connaissent l'hépatite C, mais quand en décortiquant un peu leurs pratiques et en leur pointant les gestes où ils peuvent se faire contaminer, d'un seul coup c'est le vertige pour eux.

Il ne faut pas négliger les situations exceptionnelles, et les questions de partage sont intéressantes, car des usagers disent qu'ils ne partagent pas, sauf que... « *L'autre jour j'étais chez mon pote qui a un petit appartement et à un moment je ne savais plus quel était mon matériel* ». Enfin il ne faut pas négliger l'influence des réseaux sociaux, des pressions exercées par les pairs, et bien évidemment les pratiques prises avec les amis « de confiance » ou les partenaires sexuels changent complètement des autres personnes. Or finalement ils n'en savent guère plus sur leurs partenaires sexuels au niveau des sérologies, mais voilà juste parce qu'ils ont confiance en ces personnes là, ils décident de partager ou d'être beaucoup moins vigilants.

Donc là aussi, toutes ces situations qui sont à risque pour l'hépatite C, quelle place leur donne-t-on dans les salles de

L'éducation aux risques liés à l'injection en France**situation / contexte / enjeux**

consommation si nous ne pouvons avoir accès à ces pratiques, les observer, interagir dessus ?

Au niveau du temps de présence dans la salle de consommation, les expériences précisent bien les temps de présence, celle-ci est en moyenne de 20 à 30 minutes de présence effective dans la salle, et pour la cocaïne, des études montrent que cette présence tombe à 15 minutes de présence effective. Dans des salles ce sont 600 injections qui sont faites par jour. Quand on sait qu'il peut y avoir 16 personnes qui injectent en même temps avec la présence de deux intervenants présents, je me suis posée la question de la place de l'apprentissage. Apprendre à s'injecter correctement demande du temps, il faut savoir observer, se questionner, essayer de comprendre les pratiques. Or quand on passe 20 minutes dans une salle comment peut on apprendre correctement, analyser ce qui se passe ?

Ce qui est intéressant par rapport aux expériences qu'on peut avoir et qui peuvent être très utiles, ce sont les Urgences, car il existe une grande peur par rapport à ce qui peut se passer dans une salle de consommation. Toutes les expériences permettent d'évaluer les incidents médicaux, ce ne sont pas des incidents uniquement liés à des problèmes de violence, cela aussi peut être évalué. Ils ont entre 0,5 à 9,6 incidents pour 1 000 injections, cela donne une idée. C'est vrai que plus on est témoin de ce qui se passe, plus on peut agir sur les prises de risques, plus on peut réduire aussi les overdoses. Il est à noter que dans les pays où des salles de consommation ont été mises en place, ce sont majoritairement des injections d'héroïne. Or en France nous avons une particularité avec la substitution de subutex ou de skenan. A priori nous connaissons la dose, nous sommes donc dans un contexte différent au niveau des

profils des produits consommés et injectés. Au niveau de la typologie des urgences, avec l'héroïne ce sont les overdoses avec dépression respiratoire, les crises convulsives, moins fréquemment les attaques de panique, les douleurs thoraciques et, ce qui est rarissime, les réactions allergiques. Le seul cas mortel qui a été rapporté est un choc anaphylactique en Allemagne en 2002, c'est le seul cas de décès dans une salle de consommation. Pour le reste, les overdoses sont gérées sur place ou avec la venue des secours et parfois par injection de narcan, mais ce n'est pas systématique et toutes les salles n'ont pas accès à du narcan.

Au niveau du dispositif médical, on dit toujours qu'il faut médicaliser les dispositifs. Je voudrais bien connaître la définition de « médicaliser ». Médical ce n'est pas forcément médecin et on se rend compte que dans les salles, la présence permanente d'un médecin n'est pas la règle, il y a quelques salles qui n'ont jamais de médecin, d'autres qui ont un médecin, qui vient consulter de 2 à 4 heures par semaine, et finalement les personnes qui gèrent les incidents, ce sont les intervenants sur place, c'est à dire un infirmier, les autres sont formés aux gestes de 1^{er} secours. Il y a éventuellement un lien avec les services de secours pour aller plus vite, mais ce sont les personnes sur place qui gèrent généralement et cela se passe bien dans la majeure partie du temps.

Autre question à se poser : celle des moyens mis en œuvre. Il est vrai qu'il faut du personnel qualifié dédié à ces dispositifs, que les horaires d'ouverture sont généralement larges, certaines salles sont ouvertes 24h/24h, mais même pour des salles qui ouvrent 10 heures sur une journée c'est important. Certaines ouvrent 5 jours sur 7, d'autres 7/7]. La salle de Bilbao, ce sont 8 personnes dédiées à cette action, je me suis donc posée la

question des dispositifs à développer en dehors des grandes agglomérations. Faire des salles à Sydney, Vancouver, c'est intéressant, mais le Canada est grand, l'Australie est grande, même la France est déjà grande, donc quels projets possibles pour les petites et moyennes structures qui sont confrontées de toute manière à cette problématique ? Nous ne pouvons pas juste dire d'aller à Paris, à Marseille ou à Lyon pour aller consommer dans une salle !

Alors, en conclusion, les dispositifs sont ils réellement adaptés à notre contexte ?

Je trouve les salles de consommation très intéressantes, si nous pouvions en avoir ce serait intéressant, mais finalement par rapport à notre contexte d'épidémie d'hépatite C notamment, est-ce vraiment adapté ? est-ce adapté aux consommations que nous voyons et connaissons en France ? A la taille de notre pays ? A la manière dont ce sont construites les structures de réduction des risques en France ?

Il est important de pouvoir développer des savoir-faire particuliers, il faut prendre le temps, il faut accompagner l'utilisateur, décortiquer les pratiques. J'ai oublié de préciser qu'en moyenne les personnes restent 20 minutes dans la salle. C'est vrai qu'il est des moments où l'utilisateur peut faire appel aux intervenants, mais pour vous donner un exemple, au Canada, sur toutes les injections qui ont lieu, 1/3 des personnes qui ont injecté ont demandé des conseils, mais 1/3 en sachant qu'ils ont une file active de 9 000 usagers depuis l'ouverture de la salle. Ce n'est pas la même échelle, donc nous devons nous questionner par rapport à l'échelle, c'est intéressant de faire des salles, mais n'y a t'il pas autre chose à faire ? Que peut-on faire ? Aujourd'hui c'est à nous d'en débattre..

Je vous remercie.

Injection et cadre légal

Par *Éric MERLET*

Une salle d'injection en France, avec le contexte légal, est-elle réalisable ?

Cette question posée comme telle n'a pas de sens si elle ne part pas d'une proposition et d'une élaboration de perspective de projet. En fonction de cela les questions légales varient, en conséquence les réponses à donner à ces questions-là changeront.

Le premier mode de raisonnement dans l'élaboration de ce projet d'accompagnement à l'injection puisqu'il s'agit de cela, la première question qui nous a occupé a été : que fait-on par rapport à la question du VHC ? Nous sommes, je vous rappelle à 60% de prévalence, cela veut dire indubitablement

que nous passons à côté de quelque chose dans la réalité, que quelque chose ne se travaille pas pour y trouver une réponse appropriée. Il s'agissait pour cela d'envisager ou de ré-envisager la place de la pratique, non pas de la pratique que nous avons de dispense de don de matériel ou de conseils, mais bien de partir des pratiques réelles telles qu'elles

L'éducation aux risques liés à l'injection en France**situation / contexte / enjeux**

se posent, telles qu'elles s'exercent et de voir comment nous pouvions, nous, dans cette réalité-là être un acteur qui pourra apporter quelques éléments d'orientation. Les vecteurs de contamination, nous les connaissons, la seringue reste encore un vecteur de contamination, nous avons quelques témoignages là-dessus, cela dit nous voyons bien qu'avec les résultats du VIH nous ne sommes pas très loin de l'assèchement de ce risque là. Toutefois en grattant dans nos actions, dans la réalité de nos pratiques, nous nous sommes aperçus qu'il existait sans doute un décalage entre les messages que nous souhaitons faire passer et la façon même dont nous réalisons nos actions. Pour vous donner un exemple, si nous regardons le nombre de seringues distribuées et le petit matériel distribué et que nous comparons quantitativement, nous voyons qu'existe un écart fantastique, soit à peu près 1 cuiller distribuée pour quatre seringues. Donc si nous sommes dans un message de réduction des risques de l'hépatite C, prenant en compte les réalités liées au petit matériel, de facto nous pouvons nous interroger sur un tel écart numérique. Voulant aller plus loin pour essayer de renseigner ces pratiques là et analyser comment cela se passait, nous avons mené une enquête succincte, durant laquelle nous demandions aux personnes dans les actions de terrain, dans leurs pratiques à un moment donné de réutilisation de leur récipient, comment ils avaient fait pour nettoyer ce récipient. Là nous avons eu quelques données étonnantes, je peux vous donner quelques chiffres : sur une base de données de 177 réponses, 28% des personnes nous disent réutiliser la cuiller ou le récipient tel quel, 17% déclarent l'avoir nettoyé avec de l'eau, 7% avec de la salive, 11% avec de l'eau de javel, 8% avec de l'alcool à 90°. D'après ces données, près de la moitié des actes ne sont pas des pratiques de réduction des risques, en tous cas dans le cadre du VHC, certaines pratiques augmentent même les risques.

Nous devons regarder cette réalité et voir comment nous lui faisons une place dans nos actions. Par rapport à cela trois modes d'intervention se sont dégagés. L'un visait à intervenir au plus près dans les lieux de vie des personnes et de nous autoriser à être avec eux dans ces pratiques afin d'observer les risques avec eux. Le deuxième type d'intervention était de laisser un espace notamment dans les lieux festifs où les conditions font qu'il

n'existe pas un confort de l'injection limitant les risques. La question de l'urgence de créer un espace se posait. Le troisième type est la question d'autoriser l'injection dans les locaux. Évidemment, nous savons tous que l'injection se pratique dans les toilettes, bien qu'elle soit interdite dans les locaux. Alors est-ce acceptable de laisser cela dans l'état en ayant des prétentions de santé publique, de laisser faire cela dans cette absence de dignité là? Ou ne faut-t'il pas mieux créer un lieu où pouvoir discuter, regarder simplement les choses, partager sur la pratique ?

Dans cette perspective-là, évidemment puisqu'on est dans une question de lutte contre la transmission de l'hépatite C, il nous est apparu comme une évidence, au moins deux éléments.

Le premier c'est que nous devons pouvoir envisager cela dans le temps, si nous entendons la pratique d'injection dans sa forme ritualisée, le changement éventuel d'un geste répété prend du temps et doit pouvoir s'ouvrir dans le temps. La deuxième évidence qui nous est apparue, est que, si nous sommes dans la question des risques pris et notamment celui de l'échange de matériel, il faut pouvoir accepter un lieu où l'injection à plusieurs soit possible tout en garantissant qu'il n'y ait pas de risques de contamination. En tout cas que nous puissions être présents dans un temps où nous regardons la pratique collective d'injection. En terme de projet, nous sommes donc sur des actions d'observation, de compréhension des choses et d'élaboration avec les personnes des réponses qui pourraient être appropriées, et non dans une mécanique descendante d'éducation où nous serions sensés avoir le savoir, et d'avoir à « conditionner » des personnes.

Le cadre juridique

Ceci est l'approche philosophique dans laquelle nous étions. Après se posent les questions de faisabilité dans lesquelles vont venir les questions d'ordre juridique, puisque c'est cela qui vous intéresse aussi. Dans cette question de la faisabilité d'un lieu d'accompagnement à l'injection dans les locaux, nous nous sommes posé bien évidemment la question du cadre légal, cadre légal plutôt contraignant comme vous le savez, les salles de shoot ne sont pas possibles en France pour une raison technique assez simple qui tient à un certain nombre de principes légaux et notamment le fait que l'interdiction et la facilitation de l'usage des stupéfiants est

strictement interdit en France.

Donc l'aide à l'injection cela n'est pas pensable. Il fallait arriver à une évolution de la loi afin que cela devienne pensable. C'est le cas aujourd'hui avec le référentiel portant sur la réduction des risques. Ce référentiel ouvre une porte pour pouvoir expérimenter, et offre pour les structures engagées dans la réduction des risques, une protection de leur statut, notamment sur l'accusation qui pourrait leur être faite d'incitation, de facilitation à l'usage.

Sur la base d'un projet, avec une visée de santé publique, c'est la première condition, porté par une structure qui a une vocation claire de santé publique, c'est à dire qu'il faut que dans les statuts de l'association apparaisse notamment la question du VHC, puisque nous sommes dans cette optique-là, c'est la deuxième condition. La troisième est l'autorisation des autorités sanitaires et en particulier des DDASS, lesquelles sont fondées à émettre un jugement sur la base de l'épidémiologie locale. Il faut donc pouvoir démontrer de la réalité de l'épidémie localement. Sur cette base là, un projet de santé publique, porté par une structure dont c'est la vocation, et avec l'autorisation des autorités sanitaires, alors nous pouvons solliciter la possibilité d'expérimenter des actions de réduction des risques, notamment d'accompagnement à l'injection, pour lesquelles la structure qui les organise sera couverte en regard de cette contrainte légale. L'articulation légale et l'évolution des lois nous amène à pouvoir envisager cela aujourd'hui, ce n'est possible que depuis fort récemment finalement et c'est sans doute pour cela que ça n'existe pas encore aujourd'hui, c'est donc une opportunité que nous avons à saisir.

La responsabilité des acteurs

Maintenant nous avons eu un certain nombre de conditions à poser afin de pouvoir avancer sur ce sujet-là. Différentes questions se sont posées. D'abord celle de la responsabilité des acteurs. Les acteurs seront-ils bien couverts dans cette pratique d'accompagnement à l'injection et est-il envisageable de les confronter à un danger vis à vis de cela ?

A cet égard, dès lors que la structure est habilitée à pouvoir intervenir, les acteurs eux-mêmes sont couverts, c'est l'association qui prend la responsabilité juridique en la matière, dans cet acte d'accompagnement à l'injection. Toutefois, la structure dégagée de toute

L'éducation aux risques liés à l'injection en France**situation / contexte / enjeux**

responsabilité, un certain nombre de choses doivent être prises en compte et des conditions à réaliser pour garantir que nous n'exposons pas les personnes présentes à un risque.

Je vais identifier les trois natures de risques en cause : le risque d'overdose, les risques de transmission et le troisième concerne les risques liés à des incidents, agressions ou autres. Concernant les risques liés aux incidents, nous les avons déjà plus ou moins. Concernant les risques de contamination, nous avons, si nous envisageons un accompagnement à l'injection, à nous assurer que nous mettons en place un espace avec la garantie qu'il n'y a pas de contamination. Cela si nous sommes dans les locaux, si nous sommes dans l'accompagnement à domicile des personnes, nous pouvons regarder les pratiques telles qu'elles sont, sans avoir de responsabilité juridique. Nous devons regarder aussi en fonction du lieu d'intervention comment se pose la responsabilité juridique des intervenants car elle varie. Dans les locaux nous devons garantir aux personnes accueillies qu'elles ne seront pas exposées à un risque de contamination, le rôle des accompagnants sera donc celui-là, toucher du doigt lorsqu'une pratique présentant un risque de contamination s'amorce, mais c'est déjà pas mal de pouvoir l'identifier au moment où cela commence à apparaître. Cela demande de l'attention, ce n'est pas une responsabilité qui se délite. Concernant le risque d'overdose, cela veut dire avoir la capacité de pouvoir intervenir rapidement, et de solliciter les moyens nécessaires, un médecin de ville à proximité peut faire l'affaire avec un partenariat clair, peut résoudre cette question de la responsabilité. La structure qui s'engage dans l'accompagnement à l'injection a une obligation de moyens. Voilà ce que je puis dire sur la responsabilité des acteurs.

Au niveau de l'autorisation sanitaire, si la structure n'a pas cette autorisation, elle n'est pas couverte, donc il est important si nous voulons nous engager dans cette action là, de prendre le temps de rencontrer ses interlocuteurs, les représentants de l'État au niveau local et d'avoir au moins leur accord sur la mise en place de ce type d'action.

Les produits.

Puisque nous sommes dans l'accompagnement à l'injection telle qu'elle se pratique, cela se fait avec le produit des personnes. Ce n'est pas une salle de shoot, encore moins un programme d'accompagnement à l'héroïne médicalisée, c'est bien de l'accompagnement à l'injection avec les produits des personnes. Dans ce cadre là, nous nous sommes posé aussi la question de la responsabilité de la structure en fonction de la nature du produit, suivant qu'il était à caractère stupéfiant, illicite ou vénéneux, ou un médicament comme la buprénorphine, le subutex, etc... A priori nous pourrions penser que nous ne sommes pas dans la facilitation de l'usage avec les substances vénéneuses alors que pour les substances stupéfiantes c'est strictement interdit, en tous cas c'est posé comme tel dans la loi. Toutefois, ce décret portant référentiel des actions de réduction des risques, couvre la structure y compris sur la facilitation de l'usage. Cela veut donc dire qu'indépendamment du produit injecté, l'accompagnement à l'injection devient possible, quel que soit, j'insiste, la nature du produit. Or si nous sommes dans une vision de réduction des risques liés aux hépatites, nous prenons en compte la réalité des pratiques telles qu'elles sont, avec les produits tels qu'ils sont, il s'agit donc ici aussi d'envisager en l'occurrence l'injection des produits quelle que soit leur nature, qui plus est d'une part ces produits ne sont pas nécessairement précisément connus dans

leur formule par les personnes qui s'injectent elles-mêmes et du reste nous ne voyons pas bien quel contrôle nous pourrions établir sur cette question de la qualité des produits. De facto, si la perspective du projet est bien la lutte contre le VHC, la question de la nature du produit injecté n'est pas pertinente, c'est donc une question à évacuer quand on se pose la question de la mise en œuvre de ce type de projet. Une fois encore nous sommes bien dans le cadre d'un accord effectué par les autorités sanitaires. Ce qui n'est pas joué, d'ailleurs, ce n'est pas parce que la loi dit que c'est possible, que nous allons pouvoir mettre cela en place demain matin, comme on le souhaite.

Je pense avoir fait le tour des questions qui nous paraissent cruciales avant de pouvoir s'engager. La mise en place d'un projet d'accompagnement à l'injection nécessite un travail de réflexion sur le cadre de celui-ci. Il ne suffit pas de décider de le faire, il faut quand même une réflexion dans laquelle nous devons poser le cadre, les limites, cadre qui soit discuté avec les personnes elles-mêmes.

A l'issue de ces éléments juridiques et de ses projets, AIDES a donc décidé de s'engager sur la voie de l'accompagnement à l'injection sur tous les types de lieux : à domicile, en milieu festif et dans ses locaux. Évidemment la question de l'autorisation des autorités sanitaires pour ce qui concerne les locaux en particulier où la responsabilité de l'association est engagée se pose. Dans les mois qui viennent, les autorités sanitaires locales seront sollicitées par AIDES afin de dispenser une autorisation à mettre en place un projet de nature expérimental, c'est bien dans ce cadre là que c'est rendu possible par le décret portant référentiel, ayant vocation d'observatoire et d'accompagnement des usagers dans leur pratique d'injection..

Je vous remercie

Débat avec la salle

Béatrice Stambul, AFR : Je voudrais revenir sur la question de l'accompagnement à l'injection versus salle et sur des éléments qui ont été dits, et me paraissent très intéressants concernant le contexte sociologique avec lequel on puisse ouvrir ces salles d'injection et les difficultés que nous aurions en France de copier ces modèles. Je pense que, cela a été abordé ce matin, c'est très lié à la répression, à la clandestinisation de l'usage tel qu'elle

existe en France. Ceux d'entre nous qui avons visité des salles comme celle de Vancouver ou Bilbao, sommes frappé par l'existence de véritables scènes, comme nous n'en voyons pas ou plus, dans tous les cas de moins en moins en France, et même si les présentations des salles d'injection nous font rêver, nous sommes quand même très loin de leurs problématiques et donc le principal levier dont se sont servis nos amis à l'étranger pour promouvoir les salles, d'une certaine

façon la clandestinisation massive réalisée en France nous retire cet argument là. C'est à dire que les dommages dus en France à l'absence d'accompagnement à l'injection sont des dommages privés, il n'y a pas tellement de dommages publics et sociaux dans la mesure où il n'y a pas de scènes ouvertes où les personnes se rassemblent et consomment. Ce n'est pas une question, mais une réflexion que nous devons avoir en compte dans la modulation des projets que nous devons

L'éducation aux risques liés à l'injection en France**situation / contexte / enjeux**

faire chez nous.

Valère Rogissart, AFR : Oui ce n'est pas vraiment une question, mais cela peut faire l'objet d'un commentaire. Effectivement il y a cette question des salles d'injection, des salles de consommation et nous avons vu, ce que nous ne savions pas au début quand nous avons commencé à travailler là dessus, qu'effectivement une de leurs motivations en terme de politique publique était de ne pas laisser les usagers de drogues traîner dans la rue, un objectif plus d'ordre public que de santé publique, ce qui fait que nous nous sommes posé la question plus en terme d'accompagnement individuel. Mais pour nous au départ, mener une réflexion sur la mise en place d'accompagnement individuel en terme d'éducation aux risques liés à l'injection, était lié au fait que pour l'instant se lancer en France dans l'ouverture d'une salle d'injection, nous semblait un objectif très compliqué à atteindre dans un délai raisonnable. Il nous semblait qu'il y avait peut-être une alternative, quelque chose à inventer malgré tout. Nous nous sommes dit qu'il n'était pas possible de raisonner en terme de salle d'injection ou rien, car de toute façon nous allions nous retrouver avec rien, donc pour nous cela n'était pas la bonne réflexion. Quand je dis nous je parle de tout le travail qui a été fait par la mission squat de Médecins du Monde, par l'équipe de SIDA Paroles, ce sont un peu les mêmes d'ailleurs. Bref nous nous sommes dit qu'une salle de consommation serait difficile à mettre en place dans le contexte actuel, par contre nous pouvions peut être proposer une alternative qui réponde par contre à des objectifs clairs en terme de santé publique liés au fait que nous ne sommes pas en train d'intervenir sur des scènes ouvertes telles que Béatrice les évoque, mais qu'il existait bien des besoins des usagers par rapport à des questions de santé publique. Nous sommes partis des besoins de santé publique, besoins des usagers, nécessité d'élargir la palette des outils et des pratiques de réduction des risques.. Pour autant cela ne veut pas dire que nous avons abandonné l'idée d'un jour pouvoir ouvrir des salles d'injection. Tout à l'heure j'ai fait évocation des problèmes de police auprès des automates, on pourrait faire aussi évocation des descentes de police dans les caves de Villeneuve, de Gennevilliers ou autre, qui montrent bien qu'il y a des usagers qui vont se shooter dans des endroits pas très bien adaptés et que pour

un certain nombre d'entre eux aussi ce genre de prestation pourrait être utile. Simplement cela nous semble répondre à un autre objectif.

Jean-Pierre Delouede, Mdm : Béatrice a raison de dire que l'absence de scène ouverte peut générer une absence de motivation envers ces salles, mais l'absence de scènes peut aussi être un facilitateur car la création de salle pour répondre à une scène ouverte a toujours été très polémique et compliqué partout. Là où la perception d'un besoin se fait sentir ce sont plutôt dans les PES, dans les programmes méthadone.

Je voudrais vous raconter une petite anecdote : Nous avons au programme méthadone de Bayonne un usager qui est venu du Bus de Paris, un injecteur dont les injections étaient catastrophiques, il n'avait plus de capital veineux. Nous lui avons conseillé d'essayer de « chasser le dragon », mais il ne savait pas comment faire. Nous l'avons donc amené à Bilbao où il a été initié à la consommation par la voie fumée et ses risques se sont réduits. A partir de ces programmes de bas seuil, il y a possibilité d'avoir un premier pas à l'accompagnement à l'injection dans la mesure où ces programmes ont déjà été acceptés par le corps social et le voisinage. Je suis assez étonné dans ma région de voir le caractère presque bienveillant des tutelles, des autorités par rapport à nos actions. Quand elles ont pu mesurer l'impact, spectaculaire de leur point de vue, de la politique de réduction des risques. Donc cela peut être aussi facilitateur.

Olivier Maguet, AFR : Je crois surtout qu'il faut peut être raisonner en terme de modalité. La salle n'est qu'une modalité de l'accompagnement et ne pas opposer les différents modes d'intervention.

Dominique Gossens, Directeur de l'ELF à Aix en Provence : Nous possédons un CAARUD qui s'appelle **THC qui veut dire Tout Homme est Citoyen, qui est sur les villes de Aix et Salon.** Je me pose la question de savoir si se lancer dans la mise en place de salles de consommation ne serait pas fait au détriment d'autres structures. Il me semble qu'on oublie aujourd'hui quelque chose de fondamental : Nous n'avons toujours pas développé correctement nos programmes de réduction des risques sur les secteurs où il n'y en a pas. Avant de

passer CAARUD, nous avons un programme de réduction des risques sur trois villes, maintenant que nous sommes CAARUD, nous ne sommes plus que sur deux villes, il n'y a plus de programme d'échange de seringues dans la ville de Vitrolles, il n'existe rien sur Marignane et Arles, qui sont en demande. Il a été évoqué à Marseille, l'éventualité de créer une « école d'injection », c'est à dire la mise en place de formations adaptées pour nos salariés, car il nous semble que nos salariés aujourd'hui ont un manque de formation dans la réduction des risques. Nous en avons mis une en place qui va avoir lieu au mois de septembre. Je me pose cette question là : est-ce que nous ne nous lançons pas dans un projet qui soit au détriment d'autres structures ?

Valère Rogissart, AFR : Tu soulève une bonne question, car effectivement dans notre réflexion, il y a comment nous pourrions développer de nouveaux outils et de nouvelles pratiques, mais aussi je rappelais ce matin que les mesures de mise à disposition de matériel avec un large accès sur le territoire, n'est pas un objectif atteint aujourd'hui. J'ai évoqué le problème des machines, il en existe un certain nombre, mais elles sont notoirement insuffisantes. La couverture du territoire n'est toujours pas assurée. Donc tu as raison, ce n'est pas parce que nous proposons d'ouvrir d'autres types de programmes et d'autres pratiques qu'il faudrait abandonner l'investissement du territoire dans l'ensemble de sa surface. L'un n'est pas contre l'autre, bien au contraire, ma conception est bien que nous soyons dans quelque chose de systémique. C'est n'est pas un outil pour un autre, ce n'est pas un programme à la place d'un autre, c'est comment nous complétons la palette et comment tout cela est interactif, y compris entre les programmes de réduction des risques et l'hôpital par exemple ou les services sociaux. Sur la deuxième question que tu soulèves, la formation des acteurs de réduction des risques, c'est quelque chose de très important. Effectivement les messages se sont complexifiés et, y compris parmi les acteurs de la réduction des risques, nous commençons à voir une sorte de turn-over. Parmi les pionniers certains sont encore là, mais d'autres sont partis ailleurs. Il y a de nouvelles générations d'acteurs et effectivement il y a nécessité de les former très précisément à une question qui requiert des connaissances extrêmement fines. L'accompagnement d'une personne à

L'éducation aux risques liés à l'injection en France**situation / contexte / enjeux**

l'injection, dans l'ensemble de tous ses gestes est quelque chose de très complexe, qui nécessite une formation appuyée. Cet effort de formation à faire c'est aussi une garantie d'aboutissement des programmes, car je vais le dire comme cela, mais si nous nous lançons dans des expériences qui « partent en couille », cela sera la meilleure façon de ne plus pouvoir expérimenter ce genre de travail. Nous avons donc intérêt de chercher, d'évaluer, mais aussi de former les personnes pour avoir une meilleure offre de service possible aux personnes, cela me paraît extrêmement important.

Marie Debrus, SIDA Paroles : Je suis entièrement d'accord, c'est pour cela que nous nous sommes posé la question, je le soulevais lors de ma présentation. La salle de Sydney par exemple, ce sont 2 millions de Dollars par an de budget, c'est un budget énorme. C'est pour cela que je trouve que les dispositifs individuels sont intéressants car c'est juste pousser un peu plus loin ce que nous pouvons déjà faire sur les programmes d'échange de seringues, en discutant des pratiques, c'est juste aller encore un peu plus loin. Cela rend la chose plus accessible et j' imagine et j'espère qu'avec des « écoles d'injection » nous pourrions mener ces projets dans des petits CAARUD, des petites structures en campagne et ce, à partir du moment où les personnes seront formées et mèneront une réflexion sur comment le faire. Cela doit être très accessible et pour ma part, j'ai trouvé intéressant de travailler avec le CAARUD de SIDA Paroles, qui n'est pas une grosse structure. Je pense qu'il est possible de faire à petite échelle. Et puis il y a plein de déclinaisons possibles, quand je discute avec Véronique Cazalys de AIDES, elle m'explique qu'ils ont réfléchi à une modalité où ils donnent du matériel vidéo à des usagers, qui se filment dans leur environnement tel qu'ils font habituellement et qu'après ils visionnent la vidéo ensemble et décortiquent les gestes. C'est aussi un projet très intéressant. Bien sûr cela pose plein de questions, mais nous pouvons imaginer plein de choses à petite échelle qui soient accessibles à beaucoup d'équipes et qui ne nécessitent pas forcément plus que l'existant.

Valère Rogissart, AFR : Pour compléter, il y a la question de savoir comment ouvrir un nouveau programme, une salle ou autre, mais il y a la question de voir comment nous pouvons bouger

juste nos pratiques dans les CAARUD. Un de nos slogans, et cela sera redit dans la table ronde de cet après midi, est « Comment passe t'on des toilettes à l'infirmerie ? »

Pour démarrer les travaux d'éducation aux risques liés à l'injection, nous en avons déjà les moyens. La plupart, nous avons déjà des locaux, du matériel, il y a des professionnels en place. C'est une question de pratique. Cette éducation aux risques liés à l'injection il ne faut pas la voir comme mono outil, c'est toute une stratégie très complète et variée, cela peut être filmé, par oral ou autre, toute chose que ne nécessite pas forcément des investissements lourds immédiatement, mais plutôt des adaptations de pratique, en tous cas pour la partie budget.

Nicolas Bonnet, Apothicom : J'avais deux réflexions par rapport à l'éducation aux risques liés à l'injection. La première c'est sur les nouveaux injecteurs. Finalement quand on rentre dans l'injection, nous avons accès aux seringues et au matériel d'injection par la pharmacie. Avez-vous envisagé des actions en lien avec les pharmaciens en officine qui distribuent un nombre considérable de seringues en ratio par rapport aux autres modes de distribution, sachant d'autant plus d'ailleurs que les contaminations, notamment les contaminations par l'hépatite C ont lieu très souvent dans les premières années, les premiers mois de l'usage de la voie intraveineuse, c'est ce que les données scientifiques amènent comme apport ?

Le deuxième groupe est un peu à l'extrême : Les anciens usagers de drogues, ceux qui sont substitués depuis 10 ans et qui ont 20 ans de carrière d'usager derrière eux et qui ont des usages d'injection aujourd'hui occasionnels. C'est un public que je vois à l'hôpital dans lequel je travaille. Ce sont des personnes qui ont arrêté leur pratique d'injection ou en tous cas celle-ci est épisodique, ils ont un capital veineux très réduit, peu d'espaces pour injecter et une perte de savoir-faire. Ces personnes je les vois venir avec des complications gravissimes dues à l'injection, avec d'autres types d'infections qui ne sont ni l'hépatite C ni le VIH, mais beaucoup plus des infections bactériennes mycosiques, cela est beaucoup plus fréquent que nous pouvons imaginer. Ces personnes ont perdu tout lien avec le dispositif première ligne, les CAARUD, avec leurs pairs aussi avec qui ils n'ont plus de contact depuis

fort longtemps. Ils injectent finalement quand ils ont une occasion, trouvé un produit ou autre. Finalement ces deux groupes, ces deux extrémités important en terme de contamination, important aussi en terme d'éducation à l'injection, j'ai du mal à les placer dans la situation décrite actuellement sur l'éducation aux risques liés à l'injection.

Éric Merlet, AIDES : Je voudrais amener une réflexion sur la question de la compétence et de la formation des acteurs. Tout en souscrivant à l'intérêt de la formation, dans les réflexions que nous avons eu, il y a celle qui consiste à constater de fait, que c'est en se croyant compétent que nous le sommes le moins. Il existe un vrai danger avec la formation d'oublier la prise de contact avec le réel, à être dans la préoccupation de ce qui se vit, se pratique réellement, sans avoir à enseigner quoi que ce soit, mais d'être dans une posture de recevoir, y compris pendant l'accompagnement. Nous avons choisi le terme d'accompagnement à l'injection justement pour essayer de mettre un mot sur cette question de la réciprocité de la relation où chacun s'apprend quelque chose. Cela nous a paru à tel point important que nous avons défini qu'il ne pouvait y avoir dans l'action dans laquelle nous nous sommes engagés, d'accompagnement sans la présence d'injecteurs ou d'anciens injecteurs pour reconnaître la légitimité des savoirs profane qui sont tirés de cette expérience de vie.

Martine Lacoste, directrice de Clémence Isaure à Toulouse et responsable à l'ANITeA de la commission réduction des risques : J'ai appris beaucoup de choses absolument passionnantes et je suis intéressée par cette proposition que fait l'association AIDES, elle est audacieuse. Pour ce qui est de l'ANITeA, ce n'est effectivement pas de ce côté là que nous ferons les innovations, par contre nous suivrons avec beaucoup d'intérêt vos travaux, vos propositions, vos évaluations. Mais je voudrais dire que l'éducation à l'injection fait partie du métier des infirmiers, des médecins. Au niveau des CAARUD, en tous cas le nôtre, c'est un travail que nous avons pratiqué depuis 14 ans. Et lorsqu'un jour, lors de la commission réduction des risques où il a été question de l'accompagnement à l'injection, j'ai dit que la différence entre l'accompagnement et l'éducation à l'injection c'était la question du produit.

L'éducation aux risques liés à l'injection en France**situation / contexte / enjeux**

C'est le pas que vous proposez de franchir, effectivement dans l'éducation qui est faite par l'infirmière chez nous, elle accompagne les gestes mais il n'y pas de produit dans la seringue et le pas que vous allez franchir c'est celui là, ce n'est pas n'importe lequel. Je suis assez d'accord avec ce qu'a dit notre collègue du sud-est de la France, je crois qu'il a à la fois des innovations au sens vertical des choses, des prospectives, et à la fois au plan horizontal, c'est à dire que nous ayons tous déjà dans nos CAARUD, vraiment tous, à proposer cette éducation à l'injection et que cela fasse partie des pratiques courantes, acquises par le personnel en place. Et là j'ajouterai, parce que les CSAPA sont attendus aussi sur la question de la réduction des risques, que je pense que c'est un travail qui devra être réfléchi dans les CSAPA. En même temps peut être manque t'il à cette journée, une petite intervention sur ce qu'est l'injection dans la vie de quelqu'un. Nous ne sommes pas que dans la réduction des risques, ce n'est pas qu'une histoire mécanique des choses, il y a aussi les effets psychiques, psychologiques, vous avez dit philosophique aussi, et que la notion d'éducation à l'injection permet cette inter-subjectivité. Dans l'infirmier il y a un moment très privilégié où nous ne sommes pas que dans la question mécanique, il y a aussi tout ce que l'utilisateur aura envie de dire et de parler à ce moment là. Et du coup le terme d'éducation me plaît moins car j'estime que nous n'éduquons personne, nous accompagnons.

Valère Rogissart, AFR : Sur le terme éducation, effectivement il s'agit d'un terme qui mérite une petite réflexion quand même, car l'éducation peut être effectivement du côté de l'orthopédique, du dressage ou cela peut être du côté de la maïeutique, ce n'est pas tout à fait la même chose. Je pense que quand nous nous référons au concept d'éducation de la santé, nous sommes bien dans le champs de la maïeutique. Cela permet de faire le lien avec la question de la formation, car je pense que dans la formation à imaginer, il y aura une grande place à faire sur l'expertise des usagers, la parole des usagers, de la façon de gérer cela avec les personnes en co-apprentissage. C'est très important, nous avons déjà évoqué cela en terme d'éducation par les pairs. Nous ne sommes pas du tout du côté orthopédique, mais du côté maïeutique ! Pour répondre à Nicolas, je pense que le

travail avec les pharmaciens, aujourd'hui cela doit être la routine. Maintenant c'est plus ou moins développé, plus ou moins ouvert, tu connais bien la question, l'ensemble des officines ne sont pas ouvertes à cela, loin s'en faut. Il est compliqué aussi d'imaginer l'officine de pharmacie comme un vecteur d'éducation à la santé à plein temps, une pharmacie c'est d'abord un endroit où on vend des médicaments. Mais je pense qu'il faut continuer à faire le travail car nous savons que la mise à disposition de matériel dans de bonnes conditions reste une mesure essentielle. Sur la question des publics entre les occasionnels et les jeunes, je dirais que nous n'en sommes pas encore tout à fait à imaginer le public que nous allons accueillir. Nous pensons déjà monter une première expérience avec les publics qui sont en relation avec nos programmes et puis après nous verrons bien. Nous espérons que des modèles de programme pourront fonctionner afin de pouvoir répondre à ces questions d'utilisateurs occasionnels pour lesquels nous ne voyons vraiment pas pourquoi nous les écarterions d'une offre de ce type. Nous pouvons rappeler que certes, dans les structures qui sont les nôtres, nous rencontrons des usagers en grande difficulté, précaires mais pas seulement. La réduction des risques ne s'adresse pas seulement aux 15% d'utilisateurs problématiques en France. Maintenant la question est de savoir comment rentrer en communication avec ces personnes qui n'ont pas forcément une demande sociale, une demande médicale, donc il me paraît important de nous poser la question par la suite.

Sandra Essid, AIDES : Finalement ce que je souhaitais dire a été abordé par les différents locuteurs. Je rejoins un peu Éric et Valère par rapport à l'expression « école d'injection », cela demande de se poser la question de savoir qui est le prof et qui est l'élève, qui sait et qui sait quoi ? A la limite si nous sommes tous profs et tous élèves, d'accord, mais je pense qu'il est dangereux de parler comme cela. Il est intéressant de profiter de ces projets, qui génèrent beaucoup d'intérêts et de réflexions pour se ré-interroger sur les messages que nous avons l'habitude de donner quand nous nous laissons prendre par la routine, que nous disons un peu toujours les mêmes choses sans vraiment prendre le temps de réfléchir, de faire attention à ce que disent les autres, à leurs pratiques. Je voudrais ajouter un point sur les conseils que nous pouvons

donner. Je pense qu'il existe une limite à intégrer, c'est que les personnes ont leur propre rite d'injection. Le mot rite est un mot qui revient, je ne sais pas si c'est le mot le plus adapté, mais donner des conseils pour donner des conseils peut aussi créer des dangers, à changer les rites nous pouvons aussi perturber les personnes et je pense qu'il est intéressant d'intégrer la notion que si le conseil n'est pas construit avec la personne il aura peut-être un effet contraire à celui recherché.

Olivier Maguet, AFR : Merci Sandra. Dans tous les propos que j'ai entendu ce matin sur l'éducation, j'ai bien entendu la place des injecteurs qui répondront eux même à la question de savoir ce que fait l'injection dans la vie d'une personne, je l'entends comme cela.

Christine Calderon, AFR : Dans tout ce que je peux entendre ce matin, il y a la question de la place des petites structures. Quand nous parlons de la réflexion que veut mettre en place AIDES avec les ressources qu'ils peuvent mobiliser, je pense qu'il est très important, si nous parlons de sortir de la clandestinité, que nous devons donner aussi les moyens et les ressources nécessaires aux petites structures, c'est à dire de mutualiser. AIDES met en place une formation sur l'accompagnement à l'injection, il me semble que les petites structures, si elles s'engagent dans ce type de projet n'auront pas, seules, la possibilité de former. Nous devons absolument avoir en tête aujourd'hui cette question là.

Valère Rogissart, AFR : Ce que tu viens de dire est très important, ce que nous proposons c'est d'y aller et de mutualiser. C'est un des résultats à attendre de cette journée: Comment montons-nous nos petits ateliers de réduction des risques versus injection ? Comment pouvons nous mutualiser un certain nombre d'actions entre différents CAARUD ? En lien avec les organisations plus importantes comme AIDES, Médecins du Monde qui bien évidemment ont plus de moyens, cela me paraît très important de se doter de ces outils là.

Aude Lalande, Act Up : Je voudrais réagir car je trouve tout à fait passionnant ce qui a été dit ce matin, mais il ne faudrait pas que toutes ces évolutions de la réduction des risques restent dans le domaine exclusif du milieu de la réduction des risques. Je suis étonnée que l'on dise

L'éducation aux risques liés à l'injection en France**situation / contexte / enjeux**

que les soignants vont observer cela avec attention. Il me semble qu'il y a une partie de la politique de réduction des risques qui devrait être portée par les soignants, s'il y a des personnes qui sont spécialistes de l'asepsie et de la réduction des risques se sont les infirmières qui font elle-même des injections et ont beaucoup de savoir-faire à transmettre aux usagers. Alors autant je trouve évident que le secteur de la réduction des risques doit s'adresser précisément aux personnes qui ne sont pas en contact avec le système de soins, autant je trouve l'attentisme des soignants curieux et effrayant, excusez-moi mon intention n'est pas d'être agressive, mais j'ai l'impression que le domaine spécialisé avance à grande vitesse et dans l'innovation permanente et nous pouvons nous interroger sur une régression du côté du système de soins, en terme de réduction des risques. Je suis un petit peu troublé par l'absence de la DGS ici. Par ailleurs nous avons eu très récemment le témoignage d'un usager à Act Up, qui nous a dit qu'il avait passé un dimanche à chercher des seringues, il est séropositif et voulait partager son produit avec une amie, il n'avait pas de matériel

autre que le sien. Il a passé un dimanche entier à chercher où trouver des seringues. Je vous passe tous les détails, mais aux Urgences d'un hôpital, quelqu'un a fini par lui dire d'aller voir le commissariat pour que celui-ci fasse ouvrir une pharmacie de garde. Franchement il est sidérant de voir l'ignorance actuelle d'un certain nombre de soignants sur la réduction des risques, ses présupposés philosophique, éthique, législatif. C'est peut être un autre débat, mais il ne faut pas oublier aussi que nous sommes dans un contexte de régression de ces principes là dans d'autres secteurs. Que faisons-nous par rapport à cela ?

Valère Rogissart, AFR : Il est évident que la place des soignants et soignantes est importante et que comme tu le rappelais, les professionnels infirmiers(es) sont très bien placés pour donner des conseils pointus. Pour notre part, nous comptons bien nous appuyer sur ce type de compétence, nous l'avons déjà fait dans les expériences que nous avons pu mener, et dans celles que nous envisageons bien évidemment nous y référons appel. Cela dit, nous ne sommes

pas au pays des Bisounours, et il est clair que ce type de proposition, cela fait ré-émerger un certain nombre de résistances, y compris chez les soignants qui avaient pu intégrer la politique de réduction des risques, l'accepter comme telle, et puis là nous nous retrouvons avec une nouvelle proposition qui vient à nouveau heurter les limites auxquelles nous sommes confrontées, et notamment la place du produit. Les soucis des soignants, en tous cas ceux qui nous ont été exprimé, étant le problème du côté sceptique du produit. La seringue est sceptique, mais pas l'héroïne. Il y a effectivement du travail à faire là dessus, mais je pense que c'est un public important à cibler. Nous sommes au début, il y a tout un travail de communication, d'argumentation, d'explication à faire. Je pense que tant que nous n'aurons pas 2 ou 3 programmes « démonstratifs » cela sera compliqué à convaincre. C'est pour cela que nous allons essayer de monter quelques expériences et cette culture à développer finira par venir. Mais ce n'est pas du tout gagné, effectivement.

Documents complémentaires

Pour compléter cette lecture vous pouvez trouver sur le site de l'AFR, les documents suivants :

- le diaporama de Nicolas Bonnet sur « l'histoire des outils de la réduction des risques » qui comporte plusieurs illustrations.
- Les sites web cités par les intervenants : www.Exchangesupplies.org (Fournisseur de matériel de RdR) et www.indcr.org (Réseau international des salles de consommation)
- Les différentes études citées par Marie Debrus sur les salles de consommations :
 - Australie, Sydney
 - * 2003 [MSIC Evaluation Committee] Final report of the evaluation
 - * 2006 [National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research] Evaluation of Community Attitudes
 - * 2005 [National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research] Operation & Service Delivery
 - * 2007 [National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research] Evaluation of Client Referral and Health Issues
 - * 2007 [National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research] Evaluation of service operation and overdose-related events
 - Suisse, Lausanne
 - * 2004 [Institut universitaire de médecine sociale et préventive] Évaluation de l'espace d'accueil et d'injection de Lausanne
 - * 2006 [Institut universitaire de médecine sociale et préventive] Réflexion le local d'injection de Lausanne
 - Canada, Montréal et Vancouver
 - * 2003 [Drogues, santé et société] Le point de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal
 - * 2004 [Harm Reduction Journal] Methodology for evaluating Canada's first medically supervised safer injection facility
 - * 2004 [Canadian Medical Association] Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility
 - * 2007 [Canadian Medical Association] Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users in Vancouver
 - Royaume-Uni
 - * 2005 [Joseph Rowntree Foundation] Legal issues on Setting up a Drug Consumption Rooms in UK
 - * 2006 [Joseph Rowntree Foundation] The social impact of public injecting in UK
 - * 2006 [Joseph Rowntree Foundation] The evaluation literature on drug consumption rooms
 - * 2006 [Joseph Rowntree Foundation] Report of the Independent Working Group on Drug Consumption Rooms in UK

L'éducation aux risques liés à l'injection en France situation / contexte / enjeux

Cette journée thématique s'est déroulée avec le soutien de la CRAMIF et du GRSP d'Île de France.

Ce cahier contient les actes de la table ronde « État des lieux ». Vous pouvez trouver l'ensemble des ressources (vidéos, textes, diaporamas et références) sur www.a-f-r.org

Programme de la journée du 6 juin 2008

- Ouverture
 - *Albert Herzkowicz*, GRSP d'Île de France : Les priorités pour la région
 - *Valère Rogissart*, AFR : La situation, le contexte, les enjeux
- Etat des lieux
 - *Nicolas BONNET* : Histoire des outils de la Réduction des risques
 - *Jean Pierre DAULOUEDE* : Les expériences internationales
 - *Marie DEBRUS* : Quels enseignements pour la scène française ?
 - *Éric MERLET* : Injection et cadre légal
 - Débat avec la salle
- Projections
 - *Lionel SAYAG* : Projection du film «17'10 Une injection à moindres risques»
 - *Jean Pierre DAULOUEDE* : « La salle de consommation de Bilbao »
- Les expériences françaises
 - *Pascal PEREZ*, *Médecins du Monde* : Une expérience en milieu festif
 - *Fabrice OLIVET*, *ASUD* : Pratiques et représentations de l'injection
 - *Tamaha IMA*, *Sida Paroles* : L'éducation à l'injection
 - *Christine DEFROMENT*, *AIDES* : L'expérience de AIDES
 - Débat avec la salle
- Synthèse de la journée par *Michel JOUBERT*, *sociologue*
- Clôture par *Béatrice STAMBUL*, *AFR*

AFR

Tour Essor
14, rue Scandicci
93508 Pantin Cedex

Tel : 01 41 83 46 87
www.a-f-r.org

Présidente : Béatrice Stambul
Coordinateur : Jean-Marc Priez (coordination@a-f-r.org)