

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

*situation / contexte / enjeux*

Actes de la table ronde du 6 juin 2008

« Les expériences françaises »

### *sommaire*

- ✓ Une expérience en milieu festif par *Pascal PEREZ, Médecins du Monde*
- ✓ Pratiques et représentations de l'injection par *Fabrice OLIVET, ASUD*
- ✓ L'éducation à l'injection par *Tamaha IMA, Sida Paroles*
- ✓ L'expérience de AIDES par *Christine DEFROMENT, AIDES*
- ✓ Débat avec la salle
- ✓ Synthèse de la journée par *Michel JOUBERT, sociologue*

*avec le soutien de la CRAMIF et de la DRASSIF*

## Une expérience en milieu festif

Par Pascal PEREZ

J'ai commencé à travailler sur la Mission Rave en 1999 et suis salarié dans le secteur de la réduction des risques depuis 1989. Depuis 5 ans je suis aussi en poste à SIDA Paroles.

Il y a une quinzaine d'années je travaillais en banlieue dans le 92 ou le 93 sur les scènes ouvertes. Un jour j'ai rencontré un usager à qui je remettais du matériel stérile. Celui-ci organisait un espace collectif de shoot dans son appartement pour ses copains en échange d'un peu de dope. Il m'a permis de venir dans son appartement pour rencontrer les personnes qui venaient. Là je me suis rendu compte qu'il existait un énorme décalage entre ce que les usagers pensaient bien faire, ou en tout cas ce qu'ils me disaient bien faire, et la réalité de la pratique. J'ai eu le sentiment que tout le temps que j'avais passé avant à distribuer du matériel et des messages de prévention avait été du temps perdu. Entre ce que les usagers me disaient faire et ce qu'ils faisaient réellement, il existait une énorme différence. Avec son accord, j'ai commencé à intervenir sur les pratiques des usagers, dans son appartement. Je me suis rendu compte qu'en peu de temps les messages étaient beaucoup mieux compris, les pratiques changeaient de façon rapide, en tout cas beaucoup plus rapidement qu'elles ne l'avaient fait en ne divulguant qu'oralement des messages de prévention.

Les scènes ouvertes ont disparu en banlieue et c'est à ce moment là que j'ai commencé à investir les missions Rave où, là, comme scènes ouvertes j'étais servi, car sur les événements festifs techno, nous rencontrions des consommateurs de drogues. Pour moi au début, on m'avait dit qu'il n'y avait pas d'injecteurs sur la scène techno, qu'il n'y avait que des petits gobeurs de « taz », mais nous nous sommes rapidement rendu compte qu'en fait il y avait pas mal de demandes de seringues stériles à l'accueil de Médecins du Monde. Quand nous avons vu la montée en charge de distribution de matériel sur le stand de Médecins du Monde, nous nous sommes quand même posé la question et avons creusé un peu la situation. Nous avons découvert les pratiques qu'avaient ces jeunes usagers, car c'est un public de 19 à 25 ans et certains injectaient depuis

plusieurs années. Ils n'étaient pas visibles dans les CSST et avaient des pratiques complètement désastreuses. Ils se shootaient entre deux voitures la nuit, éclairés au briquet, pas de point d'eau pour se laver les mains. Nous avons réfléchi au sein de la mission Rave et nous avons commencé à nous poser la question de la pertinence d'accompagner les personnes dans leur pratique d'injection. Une fois de plus c'est la réalité qui nous a rattrapé. J'étais sur une free dans le 16ème à Paris à Molitor en 2000, à un moment je vois en plein dancefloor deux personnes sous une couverture, au bout d'une demi-heure ils étaient toujours sous leur couverture, cela bougeait un petit peu. Je suis allé soulever la couverture et là j'ai découvert deux personnes qui se shootaient de la coke avec la même pompe, ils s'éclairaient au briquet. Les mecs étaient en plein milieu du dancefloor, à 30 centimètres les autres dansaient autour d'eux. J'ai rebaisé la couverture car vraiment je ne m'attendais pas à cela, il m'a fallu un peu de temps pour reprendre mes esprits et proposer une alternative pour les sortir de cette situation. J'en ai discuté avec mes collègues présents, les intervenants, les médecins et nous avons communément décidé de leur proposer un camion. Cela a été la première fois que nous accompagnions des usagers à l'injection.

Ensuite nous nous sommes posé la question avec Éric Aubert, un médecin avec qui j'ai écrit le premier projet, enfin moi j'ai parlé et lui a écrit surtout. Ce médecin quand il a travaillé la première fois avec moi, nous avions mis en place une tente dans laquelle nous pouvions recevoir des usagers, m'a fait une scène car il disait ne pas accepter la mise en place d'une salle d'injection. C'était le seul de l'équipe qui n'avait pas été briffé et comme il s'agissait du médecin référent il a menacé de quitter l'espace s'il y avait une salle de shoot, qu'il ne travaillerait pas dans ces conditions. J'ai vu que derrière tout cela il y avait beaucoup de fantasmes et de représentations, je lui ai proposé de venir faire un accompagnement sous la tente avec moi et de voir ce qui se passait avant de crier au loup. Finalement il a accepté et le premier usager qui a été en demande d'accompagnement à l'injection a accepté aussi la présence de notre binôme sous la tente. Cet

accompagnement a duré de ¾ d'heure à 1 heure et Éric a observé celui-ci sans parler. Il a vu ce qui s'y passait et a revu complètement sa position. C'est donc de là que nous avons commencé à écrire ce projet, avec au départ quelqu'un qui était contre, car dans le fantasme et les représentations.

Il existe différents problèmes sur un teknival, qui viennent compliquer l'injection. Tout d'abord le manque de sanitaires, il n'y a pas de point d'eau, pour se laver les mains c'est une galère, la nuit à part les quelques lumières, et encore elles sont rouges, bleues, violettes, il n'existe pas de point lumineux de façon à ce qu'une personne se fasse une injection en voyant clair. Pour l'instant la salle d'injection ouverte par Médecins du Monde dans les « teufs » n'est ouverte que la nuit, c'est à dire que moi je commence à travailler quand le soleil se couche, jusqu'au petit matin. Depuis il y a d'autres associations qui ont pris le relais, il y a AIDES, ASUD ou Techno + qui distribuent du matériel d'injection et qui de temps en temps peuvent accompagner un usager à l'injection. Nous nous sommes donné la nuit comme priorité. De plus il faut bien se reposer car si nous faisons la nuit et le jour, au bout du quatrième ou cinquième jour nous ne savons plus trop ce que nous racontons.

Maintenant nous intervenons régulièrement depuis 2002 et je vois le changement de comportement chez les jeunes usagers notamment. Ce matin j'ai entendu des propos qui m'ont un peu retourné, car sur les questions de rituel, je peux vous assurer que, presque à chaque fois qu'un usager rentre sous la tente il y a une sorte de ritualisation du geste. Alors quand la personne est dans un rituel qui ne pose pas de problèmes, que tout va bien, pour moi c'est bon il peut faire ce qu'il veut. Mais à partir du moment où il s'agit d'un rituel qui est dangereux, qui ne va pas dans le sens du shoot à moindres risques, je me sens quand même dans l'obligation d'intervenir. Nous arrivons à casser ces rituels, de façon très douce. En prenant le temps d'expliquer, le message passe très bien et même pour des personnes qui sont ancrées dans le rituel, nous arrivons à voir des changements de comportement absolument incroyables. Nous avons des résultats aussi rapides et probants que jamais je n'avais eu en

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

distribuant du matériel juste accompagné d'un message verbal de prévention. Là nous intervenons directement, à l'instant où la personne est dans la pratique. Au départ, il est sûr que quand l'utilisateur entre sous la tente et voit deux intervenants qu'il ne connaît pas, il n'est pas nécessairement à l'aise tout de suite. Je pense que nous avons la méthode pour le mettre rapidement à l'aise et les choses commencent à se lâcher. Le type finit par faire comme s'il était chez lui. Le seul deal que je passe avec lui c'est : Tu fais comme tu fais, mais si nous voyons que dans ta pratique, certaines choses peuvent être améliorées, on arrête tout, on pose le matériel, on s'explique et on voit si on ne peut pas modifier cette façon de faire. Jusqu'à présent je n'ai jamais eu de refus d'une personne qui me rejette ou autre. Auparavant nous faisons passer un questionnaire, questionnaire qui peut paraître lourd, ce sont deux pages avec beaucoup de questions. Moi-même au début en relisant ce questionnaire, j'étais persuadé que les usagers refuseraient car ils n'auraient qu'une idée en tête c'est de se shooter, ils n'accepteraient pas de passer le questionnaire avant. Finalement en quelques années de pratique, j'ai dû avoir 3 refus de personnes qui ne voulaient pas le remplir. Bien sûr ce n'est pas parce qu'un usager refusera de remplir ce questionnaire que nous refuserons de l'accompagner, il n'y a pas

cela dans la balance. Évidemment je vais poser quelques questions au préalable, notamment ce qui me semble important c'est de savoir ce qu'il a consommé durant ces dernières 24 heures, de quand date la dernière injection, quels sont les derniers produits consommés pour éviter des histoires de produits antagonistes. Quand même, nous sommes un peu sur le fil du rasoir, c'est un projet qui commence à voir le jour, si nous commençons par une overdose, il me semble qu'il risque de se passer la même chose qu'à Montpellier il y a 15 ans, où une jeune fille avait fait une overdose dans la salle de shoot qui avait été ouverte. Ce qui a provoqué la fermeture de cette expérience et nous n'avons plus pu parler d'accompagnement à l'injection pendant au moins dix ans. Le projet a été validé à l'unanimité par le conseil d'administration de Médecins du Monde en 2006, quelques mois après la présentation du projet lors des 1ères Rencontres Nationales de l'AFR en octobre 2006. Cela faisait quand même deux ans que j'essayais de faire passer ce projet et à chaque fois j'étais renvoyé dans mes cordes, donc merci aux 1ères Rencontres Nationales de l'AFR qui m'ont permis de faire avancer ce projet.

Aujourd'hui c'est une affaire qui roule, mais j'ai quelques craintes quand je vois l'engouement de toutes les structures

aujourd'hui à vouloir faire de l'accompagnement à l'injection. Dernièrement lors du teknival, nous étions dans le sud de la France, dans une « teuf » non autorisée. Étant donné que nos camions avaient été bloqués en bas, nous n'avions pas le moindre matériel, je n'avais même pas un kit si on m'en demandait un. Une équipe de AIDES était déjà sur place, je suis allé voir cette équipe et ils m'ont gracieusement dépanné de 2 boîtes de stéribox. En même temps j'apprends qu'il y avait une tente qui servait aux usagers afin qu'ils viennent se faire un shoot, sauf que là il n'y avait aucun contrôle de professionnels et les mecs venaient, rentraient sous la tente pour se shooter et repartaient sans qu'il n'y ait aucune intervention, sans aucun échange... Je pense qu'il faudrait être prudent là dessus. Il me paraîtrait productif que l'on puisse mutualiser nos expériences, que l'on se mette tous autour d'une table. Moi je veux bien que nous ayons tous des pratiques différentes, je suis prêt à l'entendre, mais qu'on ne reste pas dans nos chapelles car c'est le meilleur moyen de faire des erreurs. Certains n'attendent que cela pour nous donner un coup de bâton sur la tête, donc soyons prudent, serrons nous les coudes et mettons-nous autour d'une table pour discuter ensemble.

**Shoot again: Pratiques et représentations de l'injection**

Par Fabrice OLIVET

Je vais vous faire part de nos réflexions sur les représentations que suscitent la question de l'injection, du « shoot », autant dans le public général que chez les professionnels du champs des addictions, et voir aussi comment ces représentations viennent percuter le savoir informel que peuvent mobiliser les usagers sur cette question.

Fixer, shooter, tanker, caler me disait Béatrice en argot marseillais..... Le vocabulaire n'a pas tellement bougé depuis ces trente dernières années. La culture se forme aussi à partir des mots et c'est la base culturelle de l'injection.

Après 15 ans de lutte contre le SIDA et les hépatites, la politique de réduction des risques s'est organisée autour de la seringue stérile et seulement autour de la seringue stérile. Nous pouvons le regretter parfois, mais le bilan c'est la polarisation de cette politique sur cette injection,

devenue l'alpha et l'oméga de la réduction des risques depuis des années.

Plusieurs raisons à cela :

Il y a les morts par overdose dues au fait que l'injection est beaucoup plus radicale en terme d'effet et notamment en terme de létalité. Deux épidémies de virus mortels dues aussi au manque de seringues. Il y a aussi la fantasmagorie, caractéristique de la pire représentation de l'usage de drogues, le client type des CAARUD dans l'imaginaire reste quand même le toxico injecteur avec les bras à la Popeye<sup>1</sup>.

Les deux questions que nous pouvons nous poser sont :

✓Avons-nous réfléchi à tous les attendus sociaux, culturels et psychologiques de l'injection ? C'est à dire pas seulement

1 Les « bras à la Popeye » sont des avant-bras gonflés, que la répétition d'injection non stériles ont rendus volumineux.

ses représentations et ses fantasmes, l'injection c'est aussi tout un tas de problématiques et de questions très sérieuses.

✓Avons-nous réfléchi aux transformations depuis les années SIDA ? On peut penser que, après une petite ouverture qui s'appelle « réduction des risques » nous sommes restés bloqués sur ces années, bloqués sur cette réduction des risques uniquement basée sur la seringue stérile, que le temps s'est arrêté là.

Pourquoi est-ce que certains shootent plutôt que de sniffer ou de chasser le dragon ? Y a-t'il une fatalité de l'injection ? Il y a d'abord l'hypothèse de l'escalade inéluctable dans la recherche des sensations, hypothèse souvent présentée dans la presse d'ailleurs ; Ce n'est pas l'escalade dans les substances, mais dans la recherche du plaisir, on commence par

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

sniffer et on shoote forcément. Cela peut être mis en question.

Il y a ensuite le shoot comme partie de la culture de l'usage, c'est la culture junk des années 70, or il existe aujourd'hui des cultures assez destroy, notamment sur la scène du Crack, qui ne sont pas forcément des cultures d'injecteurs, donc cette culture junk peut être remise aussi en question.

Le shoot comme produit de la prohibition, ça c'est la pensée rationnelle, la prohibition c'est : peu de produits, de mauvaise qualité et très cher. S'injecter c'est donc parer à ces inconvénients. Donc si nous connaissons des situations d'injection c'est forcément avec une prohibition très dure.

Or nous avons aussi une prohibition plus molle comme en Espagne par exemple, avec une culture de l'injection très très forte, comme dans tous les pays latins en général. Il peut y avoir aussi une prohibition plus molle comme en Hollande avec une culture de l'injection très basse.

Il y a enfin la vision « clean » de la réduction des risques. Le shoot comme pratique à risques qui ne correspond plus aux attentes des usagers, cela est un débat qui traverse, y compris la scène des usagers eux-mêmes, car il y a toute la stigmatisation qui peut peser sur les usagers injecteurs, de la part d'autres usagers non-injecteurs qui se vivent comme plus « clean ».

**Les fantasmes et les représentations autour de la seringue**

La seringue est d'abord un instrument médical, donc un emblème du caractère sacrilège de l'usage de drogues. Pourquoi ? Parce que c'est un outil, un outil bienfaisant que nous mettons au service d'une jouissance égoïste. Évidemment la seringue est le pain béni des psychanalystes, cela perçoit, cela trouve, cela envahit, c'est l'intérieur du corps et c'est source de plaisir, alors là nous sommes servis. Effectivement on ne brave pas impunément la science et la morale, surtout à notre époque où, bien souvent la morale et la science ont tendance à se confondre, celui qui ne tient pas compte de la science est en-dehors des canons de la morale contemporaine beaucoup plus basée sur le « clean » et sur le « sain » que sur le « bon » ou le « vertueux ».

L'épilogue de la stigmatisation morale de l'injection ce sont les années SIDA/hépatites. Dans l'esprit de certaines personnes si tu injectes, tu vas forcément finir par en mourir, y compris en attrapant

une maladie. Or ces maladies sont dues justement à la prohibition des seringues, instaurées pour des raisons morales masquées par les arguments scientifiques des experts de l'époque !

**La question sociologique maintenant**

L'injection comme marqueur social. Il est très intéressant à notre époque de voir que les nouveaux injecteurs sont souvent des personnes jeunes, et/ou en grande difficulté sociale. L'épidémie de SIDA, un peu celle de l'hépatite, mais surtout du SIDA, ont véritablement stigmatisé ce geste, donc dans une certaine catégorie de population, notamment les personnes issues de l'immigration et/ou issue d'un milieu social défavorisé, les injecteurs sont souvent maltraités et vécus comme des personnes qui peuvent propager l'épidémie.

Aujourd'hui l'injection c'est surtout des produits pharmaceutiques détournés, notamment dans la rue, et quand nous parlons de nouvelle consommation d'héroïne, il s'agit plutôt d'héroïne sniffée ou fumée. Une hypothèse : Il y aurait une baisse globale du nombre d'injecteurs et une hausse du nombre de seringues utilisées due à la réussite de la politique de réduction des risques.

Je sais que c'est un débat difficile car comme nous avons une politique de réduction des risques organisée autour de la seringue, donc, très souvent, les structures sont financées par rapport au nombre de seringues distribuées, il est très difficile d'avoir un débat serein sur la question de savoir s'il y a plus ou moins d'injecteurs. Dès que nous émettons l'hypothèse qu'il y aurait moins d'injecteurs, nos partenaires s'empressent de nous glisser « Tu ne te rends pas compte, si tu dis cela nos budgets sont foutus ». Moi je pense qu'il faut arriver à être plus serein et se dire que oui c'est un phénomène qui correspond à des tendances culturelles qu'il faut analyser avec des spécialistes, des sociologues et pas en fonction de débats budgétaires.

Maintenant, rentrons dans le vif du sujet avec **la question du flash**. J'ai fait hier la même intervention en petit comité à la commission Addiction du Ministère de la santé, et je me rends compte que dans le monde des chercheurs, des professionnels, toutes ces questions sont totalement ignorées, alors qu'il s'agit de vraies questions qui concernent directement l'espace culturel de l'usage des drogues. Cette question du flash, c'est quand même la raison principale pour

laquelle les usagers injectent. Et il faut oser dire, que le flash cela existe objectivement, il y a pour cela des raisons pharmacologiques et physiologiques, ce n'est pas comme le point G... Oui je sais le débat reste ouvert, mais scientifiquement cela serait difficile à prouver...

Je présume donc que du point de vue scientifique nous pourrions faire des avancées en intéressant le monde de la science à cette chose que les usagers décrivent sous le nom de « flash ». L'hypothèse est que cela existe objectivement. C'est une hypothèse, mais la différence entre l'objectif et le subjectif, est que l'objectivité est partagée par un certain nombre de personnes venues d'horizons très différents et qui aboutissent aux mêmes conclusions, du point de vue de la sensation. C'est une sensation recherchée par certains, mais qui peut être décrite comme très désagréable par certaines autres personnes. Ce ne sont pas seulement les adeptes du flash qui en parlent, mais aussi celles et ceux qui te disent que c'est pour cela qu'elles détestent la morphine, parce que c'est une drogue qui provoque un flash qu'elles n'aiment pas. C'est donc une sensation qui est à l'origine de l'injection de drogues, mais seulement de certaines drogues, cela aussi est peu connu.

Les « drogues à flash » c'est la cocaïne, l'héroïne brune, ce qu'on appelle le brown sugar, mais là aussi je me suis rendu compte hier que ce n'est pas seulement le brown sugar, car l'héroïne brune et le brown sugar sont encore des catégories de drogues différentes, la morphine très clairement, les amphétamines, ainsi que la kétamine qui est une drogue à flash apparemment. Toutes les autres drogues sans exceptions, en tous cas les grandes drogues classiques, LSD ou autres, ne produisent pas de flash lors de l'injection. L'exception est le kiff de crack, c'est la seule sensation consécutive à l'absorption d'une drogue non injectée, qui peut rappeler les sensations du flash. Sur les injections de produits de substitution, il n'y a pas de flash avec la méthadone, avec au contraire une lente montée, ce qui explique qu'il y a très peu d'injection de méthadone car c'est à peu près la même sensation que celle que l'on éprouve par la voie orale. Quant à la buprénorphine il y a un débat, certaines personnes pensent que si celle-ci est shootée à ce point là, c'est justement parce que c'est une sensation qui se rapproche du flash recherché par l'utilisateur. Même si c'est très différent du

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

flash d'opiacé classique que connaissent les usagers de l'ancienne génération.

Le MDMA ou le LSD : lorsque ces drogues sont injectées, elles vous plongent dans un état qui est l'état de la montée classique – le même que si vous les aviez ingérées par voie buccale- qui va durer un certain nombre d'heures, puis ensuite redescendre.

Cocaïne : si vous vous injectez de la cocaïne, vous avez un état très bref- plus ou moins bref suivant la qualité de la cocaïne- et qui tout de suite, va inéluctablement vers la descente, sans la phase plateau de la montée

C'est pareil pour la morphine, son intérêt pour les injecteurs, c'est le flash, c'est à dire les quelques secondes ou quelques minutes pour la bonne morphine qui existent juste après l'injection.

Parlons des **questions techniques** mal traitées par la science, car je disais qu'il était regrettable que la science ne s'intéresse pas plus objectivement à tout cela.

La « tirette, » par exemple. C'est le fait de tirer un peu de sang dans la seringue, juste après avoir planter l'aiguille dans la veine. C'est une manière de vérifier si nous sommes toujours dans la veine pendant l'injection. Un certain nombre d'usagers ont cru pendant très longtemps qu'augmenter le nombre de tirettes prolongeait le flash. Depuis que nous faisons un peu de réduction des risques, nous savons que cela n'est pas vrai, mais que par contre cela augmente les risques cardiaques par exemple. Il faut donc expliquer en réduction des risques qu'il est inutile de faire 30 ou 40 tirettes, même quand nous shootons de la coke.

Les « poussières »<sup>2</sup>, je me suis rendu compte hier en discutant, que visiblement malgré le nombre de flyers produits sur cette question des infections créées lors d'une injection, la majorité des usagers des CAARUD n'ont pas d'informations sur les « poussières ». Or, à la grande différence d'il y a 20 ou 30 ans, il existe maintenant beaucoup d'informations qui devraient être à la portée des usagers. Ceci est typique, du manque d'intérêt des professionnels ou des pouvoirs publics sur ces questions « techniques » de l'usage des drogues. Normalement avec un minimum d'information, la question de la poussière devrait disparaître totalement.

*2 Chocs anaphylactiques, produits pas l'intrusion d'une bactérie dans l'organisme du fait de l'absence d'asepsie au point d'injection.*

Parlons maintenant de la question de l'intramusculaire et de la sous cutanée. J'ai eu hier aussi des échanges avec des intervenants qui ne comprenaient pas l'intérêt d'informer les usagers là dessus en disant que c'est beaucoup plus dangereux que par l'intraveineuse. Le problème est qu'il y a des usagers qui vont quand même rechercher à s'injecter de manière sous -cutanée ou intramusculaire. Il faut donc produire de l'information sur ces questions, qui d'ailleurs peuvent être des alternatives à des personnes qui n'ont plus de capital veineux, même si en soi ce n'est pas forcément une technique très « safe ».

**Conclusion** en forme de paradoxe : Comme je l'ai dit, l'injection reste le seul horizon légal de la politique de réduction des risques et notamment à travers le décret de légalisation de la politique de réduction des risques qui est très centré sur l'injection et sur les risques infectieux. Paradoxalement cette injection reste un continent totalement inexploré du point de vue de la science, le « flash » est plutôt un sujet de dissertation entre drogués et un objet de fantasme permanent, c'est pour cela que j'ai cité le livre éponyme de Charles Duchossoy, je ne sais si vous avez eu l'occasion de le lire, mais il parle de tout sauf de l'injection. Ce livre est totalement délirant, il illustre la fantasmagorie existant autour de ce mot flash, alors qu'au départ il s'agit d'une sensation très précise à la base du désir d'injecter des drogues et pas n'importe lesquelles. Je pense qu'il y a nécessité de prendre en compte le ressenti des UDVI en étudiant scientifiquement les techniques d'injection selon les différents produits, cela est très important car chaque produit possède sa technique particulière d'injection, puis de proposer une politique de réduction des risques adaptée sur les points d'injection, sur les produits injectables et évidemment aussi réfléchir à une alternative à l'injection intraveineuse.

**La salle de Montpellier**

Le programme de la journée indique que je devais intervenir sur la salle de shoot de Montpellier. Il n'y a pas grand chose à dire, c'est pour cela que j'ai préféré intervenir sur des points fondamentaux. Sur Montpellier que pouvons nous dire ? Il y a eu une fenêtre de tir du point de vue politique au début des années 90 et cela est intéressant. A l'époque c'était « Limiter la casse », c'était l'épidémie de SIDA et surtout une épidémie de SIDA

catastrophique, avec des personnes qui mourraient tous les jours, avec des traitements qui n'existaient pas, une société paniquée. Il est vrai que pendant quelques temps nous avons pu faire des choses en terme de réduction des risques, nous avons pu avancer à pas de géant, en nous appuyant sur cette panique, notamment grâce à l'appui de AIDES à l'époque. Une initiative a été prise par les personnes d'ASUD Montpellier, un groupe d'auto-support de trois ou quatre personnes, qui se sont dit qu'il leur fallait ouvrir une salle de consommation. C'était effectivement l'outil qu'il manquait, c'est logique vous l'avez développé depuis ce matin, il faut pouvoir aider les personnes non seulement à avoir des seringues stériles, mais aussi leur apprendre à s'en servir et analyser comment ils se contaminent. Il se trouve que pendant quelques mois, à la fois la DGS et la Ville de Montpellier n'ont pas su comment se positionner par rapport à cette salle, j'ai retrouvé dans les archives d'ASUD un courrier de la DGS expliquant à la coordinatrice de Montpellier de l'époque qu'elle pouvait commencer à organiser cette salle. Ce n'était pas un sans apporter appui officiel mais pas non plus une interdiction. Entre les lignes on pouvait lire « nous sommes au courant et vous pouvez commencer à ouvrir un local dans lequel des usagers de drogues vont s'injecter des drogues ». Finalement la particularité de ce projet c'est que la salle de shoot de Montpellier n'a pas été interdite, sans pour autant être autorisée. Puis, faute d'encadrement, de soutien financier et d'aide morale. Cela a dégénéré très vite, il n'y avait pas de produits, c'était pour injecter de la substitution, l'idée était d'injecter des sulfates de morphine qui n'étaient pas injectables. Une overdose, avec un coton d'ailleurs<sup>3</sup>, il s'agit d'une personne qui s'est injecté un coton, une jeune femme. Avec cette overdose, évidemment la salle a été fermée. Voilà, fin de l'histoire !

Il y a une chose sur laquelle je voudrais intervenir et rappeler dans ce débat d'aujourd'hui, c'est la question des intervenants eux-mêmes. Les intervenant(es) en toxicomanie, surtout

*3 Le coton est un philtre en coton hydrophile ou parfois fait d'un morceau de philtre de cigarette, roulé en boule et placé au fond de la cuillère, sur lequel l'utilisateur de drogues va placer son aiguille et aspirer pour « filtrer » le mélange.*

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

ceux qui travaillent dans le secteur de la réduction des risques, sont souvent ex-usagers, voire des personnes qui ont encore des pratiques clandestines d'injection. Dans ce cas ils sont aussi des usagers de drogues, il faut rappeler que c'était cela l'idée, avoir des intervenants qui savent à peu près de quoi ils parlent. A ASUD, cela nous a amené dans des

« galères » monstrueuses, notamment sur l'espace festif. Soyons clairs, dans les teknivals nous avons eu des intervenants qui étaient plus défoncés que les usagers qu'ils étaient censés assister de leurs conseils et passaient tout le teknival avec la pompe dans le bras. Au départ c'était des personnes pleines de bonnes intentions, mais qui n'ont pas réalisé que

d'abord il doit y avoir une réflexion sur son propre usage avant d'être un intervenant qui va aider d'autres personnes à se shooter, sans parler de l'inflation que cela fait d'être dans un espace où tout le monde va venir avec sa came pour se l'injecter alors que l'intervenant lui, est censé surtout de ne pas en prendre...

Merci

**L'éducation à l'injection**

Par Tamaha IMA

Pour commencer, je dirais que moi aussi au début j'étais contre. Je ne tenais pas du tout à ce que mon infirmerie, et je dis bien MON infirmerie, mon lieu de travail à moi, devienne une salle de shoot. Aujourd'hui c'est moi qui suis la porte-parole de ce projet, comme quoi nous pouvons changer d'avis. J'y suis et je vais donc essayer d'éclairer sur ce projet.

Je commencerais par re-situer le projet de SIDA Paroles dans son contexte urbain. Il s'agit d'un CAARUD situé à Colombes dans les Hauts-de-Seine. Il est proche du centre ville, à côté d'une gare, il y a donc beaucoup de passage et d'animation. Il est aussi non loin d'un commissariat. L'équipe est assez hétérogène dans le sens où il y a des « fous furieux de la réduction des risques » et aussi des personnes qui ne sont pas du tout issues de ce milieu, dont moi je fais partie. Il y a des personnes issues du milieu festif, la moitié de l'équipe si ce n'est plus, vient du milieu Rave de Médecins du Monde. Moi-même j'étais à Médecins du Monde mais dans une mission autre, le dispensaire de Parmentier. Quand ce projet a été suscité nationalement, nous nous sommes posé la question de l'adaptabilité du dispositif en milieu festif vers le milieu urbain. Nous en avons discuté en équipe, mais nous n'étions pas tous d'accord sur la forme. Pour toutes les raisons qui ont été dites ce matin, nous étions d'accord sur le principe du projet et de l'intérêt de celui-ci. Par contre sur la forme nous étions très partagés. D'abord sur le lieu fixe, nous avons discuté du lieu où allait se mettre en place ce projet. Allait-il se faire sur le lieu fixe

qu'est la Boutique ? Allait-il se faire sur les lieux mobiles, les bus ? Ou encore à domicile ? Ou tous ces lieux à la fois ? Pour notre part le lieu fixe posait un problème car en milieu festif c'est éphémère et compté dans le temps, 2 ou 3 semaines de présence cumulées, les 49 autres semaines nous voyons d'autres personnes que nous côtoyons tous les jours. Ces usagers que nous voyons tous les jours et non ponctuellement, comment allions nous agencer ce dispositif en boutique ?

Ensuite la question de l'usage dans le lieu pose problème car la boutique est un lieu où l'usage est interdit, tant de part la loi que dans la charte des droits et devoirs des usagers. Comment expliquer aux usagers qui viennent tous les jours, que les produits ne sont pas autorisés, mais qu'en même temps il y a des moments où le produit sera utilisé ? Pour ma part, dans les débats, il me semblait que les mots shoot, produits, revenaient plus souvent que les notions de soin, de prévention, de santé publique. Je vous fais part là de nos discussions et de nos appréhensions, nous discuterons du bien fondé de ceux-ci plus tard. Je trouvais que les mots injection et shoot revenaient très régulièrement et cela me gênait beaucoup, parce que jusqu'à présent à SIDA paroles nous faisons un travail autour de l'injection, nous faisons de la réduction des risques autour de la technique d'injection, de l'asepsie, de l'hygiène et de toute cette question. Je trouvais que dans l'idée que nous avions du projet, nous shuntions un petit peu ce côté là pour parler du produit. Il

me semblait que ce projet se transformait en salle de shoot et comme tout le monde j'avais des craintes, des appréhensions, des représentations et des préjugés. Il était pour moi hors de question que je sois responsable d'une overdose dans le lieu. Donc pour cette raison-là j'étais dubitative et craintive. Ensuite il y avait la question du public différent, qui demandait une approche différente et qui avait un rapport au produit différent. Comment faire avec nos usagers ? Au niveau du bus, la question était que le bus est un lieu public, donc potentiellement amené à être dérangé par les forces de l'ordre. Comment pouvions nous appréhender cela ? Puis il y a eu la question encore plus prégnante de la responsabilité juridique dans le bus. Sur le lieu fixe c'est l'association, bon moi je prenais cette responsabilité pour moi quand même, car un médecin qui assiste à une overdose, cela ne fait pas très bien sur le CV... Sur le bus la question se posait d'une façon toute particulière. Puis il y a eu aussi nos craintes sur les « dérives » de l'action. Quand je dis dérive, je le mets entre guillemets. Je parle du lieu fixe, dans la boutique. Du risque que ce projet se change en salle de shoot, mais salle de shoot un peu sauvage. C'est à dire que l'offre suscite la demande, et que dans tous les cas, offrir un outil supplémentaire qui réponde aux besoins, à une attente des usagers, nous nous sommes demandé si cela n'allait pas créer un afflux d'usagers qui viendraient de partout, car nous sommes le seul CAARUD du 92, jusqu'à présent. Avoir dans le 92 un CAARUD qui est étiqueté salle de

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

shoot, étiqueté lieu où potentiellement on peut s'injecter tranquillement, pas dans le stress, avec du matériel à disposition, est ce que cela n'allait pas créer un afflux de tous les usagers qui allaient perturber le fonctionnement quotidien de notre boutique. Une autre question que nous nous sommes posé a été de savoir si nous allions au bout de notre logique de réduction des risques.

Dans le projet, il y a une partie où nous testons le produit. Auquel cas si nous testons le produit quel est le discours que nous aurons auprès de l'utilisateur que nous allons revoir forcément, c'est à dire si le produit n'est fondamentalement pas bon, s'il est plus dangereux, est ce que nous nous arrêtons à donner la réponse de la mauvaise qualité du produit ? Est-ce que nous lui demanderons de ne pas l'utiliser ? Donc si nous allons au bout de notre logique que va t'il rester ? Qu'allons-nous leur dire ? Il faut y penser car ce sont des personnes que l'on reverra tout le temps, et ils poseront toujours des questions par rapport aux produits.

Pour toutes ces raisons nous avons demandé à ce que ce projet soit cadré et bien cadré. Il existe donc un protocole qui est sans

doute excessif, mais nous l'avons fait sciemment, avec des intervenants formés : éducateurs, infirmières, notamment des infirmières intéressées de Médecins du Monde, moi-même en tant que coordinatrice santé. Ils sont tous formés aux gestes de premiers secours, pour moi c'était un préalable pour toutes les personnes intervenant dans le cadre de ce projet. Le protocole d'intervention est très long et relève les rôles et responsabilités de chaque intervenant, que ce soit le rôle et les responsabilités de l'éducateur, de l'infirmier ou du coordinateur de santé. Tous les participants à ce projet ont des rôles bien définis, de fait que quel que soit l'infirmier qui souhaitera se greffer sur le projet, sera au fait de son rôle. Ensuite, nous en avons parlé ce matin, le contexte le permet que les choses se fassent, mais ce n'est pas encore gagné. Pour bien cadrer, il s'agissait encore de mettre en place des horaires, nous sommes venus à un consensus qui était que cela se ferait qu'en dehors des horaires d'ouverture de la boutique, ce serait donc soit en week-end, soit après 16 heures, heure de fermeture.

Il y aurait une évaluation interne et une autre externe. Là encore le

document est bien élaboré et vous pourrez le consulter si vous le souhaitez. Enfin il y aurait un accord signé de l'utilisateur qui désirerait participer à ce projet. Il nous a semblé important de faire signer, car le questionnaire est assez lourd et comporte certains éléments qui nécessitent la signature de l'utilisateur et un consentement éclairé de celui-ci. Ce n'est qu'à l'issue de la mise au clair de ces éléments, que pour ma part j'ai été rassuré parce que, simplement, j'ai commencé à entrevoir l'intérêt de l'utilisateur. On parle parfois de protocole, de ce qu'on fait, mais je trouve que le point de vue de l'utilisateur on le perd un peu de vue.

Pour terminer concrètement, entre ce qui se fait dans le milieu festif et le mieux qu'on espère, c'est à dire l'accord du cadre expérimental, il y a le quotidien et au quotidien il y a des choses qui se font et les usagers attendent des réponses à leurs pratiques, attendent des réponses quand ils ont un réseau veineux détérioré, ils ont des questions, des préoccupations, des appréhensions, il faut pouvoir y répondre d'une façon ou d'une autre.

**L'expérience de AIDES**

*Par Christine DEFROMENT*

Je suis intervenante en réduction des risques à AIDES Toulouse. AIDES est une association de lutte contre le SIDA, qui s'est investie dans la réduction des risques comme telle, puis s'est ensuite investie dans la lutte contre l'hépatite C dans le prolongement de la lutte contre le SIDA. Aujourd'hui en tant que CAARUD, AIDES réfléchit à avoir des actions d'expérimentation en terme d'accompagnement à l'injection, dans une démarche de santé communautaire.

De nombreux usagers de drogues et notamment les injecteurs sont concernés par l'hépatite C et dans le cadre de l'injection existent deux hypothèses à cette forte

prévalence : la première est l'absence de matériel, nous avons parlé ce matin de la non-disponibilité dans certains cas de matériel, je pense en prison avant tout mais aussi bien souvent en dehors des agglomérations. La deuxième hypothèse, qui est pas mal documentée, est le partage du petit matériel, à savoir que récemment l'enquête nationale OFDT/CAARUD présentait que sur les injecteurs récents, 1/5ème reconnaissaient avoir partagé ou réutilisé du petit matériel, en premier lieu l'eau de préparation, puis la cuiller, les cotons, l'eau de rinçage, et enfin la seringue.

A Toulouse, comme dans d'autres délégations ou CAARUD, nous nous

sommes aperçus qu'au niveau de la mise à disposition du matériel, il y avait réutilisation puisque pour quatre seringues distribuées, il n'y avait qu'un seul stéricup de donné. Il y avait aussi le double de stérifilts distribués par rapport au nombre de seringues. Donc constat de la réutilisation de matériel ; nous avons aussi constaté que le partage de petit matériel n'était pas connu par les utilisateurs comme vecteur de transmission de l'hépatite C et qu'il était plus difficile de gérer le non partage du petit matériel dans le cadre du shoot à plusieurs. Autre constat, celui de voir que l'injection était peu discutée. Nous avons donc essayé de mettre en place des actions, de discussions

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

autour de l'injection, en faisant un diaporama de huit photos représentant un shoot propre et en présentant aussi le DVD 17'10 sur l'injection. Rapidement dans les débats individuels et collectifs autour de ces outils, nous nous sommes aperçus que ceux-ci étaient trop propres et dans une forme trop professorale. Peu de débats émergeaient sur les pratiques réelles des personnes en terme d'injection et de prises de risques. Enfin ces deux outils ne présentaient pas les risques liés à l'hépatite C dans le cadre d'un shoot collectif, les personnes étant seules.

Sur la question de l'accompagnement physique à l'injection au niveau du local il pouvait y en avoir, mais cela restait tabou car nous avons une réglementation qui n'autorise pas la consommation de produits sur place, donc cela était peu discuté. Quant au niveau festif, nous nous sommes effectivement aperçus qu'il existait un besoin et des personnes nous ont sollicités, comme nous étions reconnus comme un programme d'échange de seringues ambulante, par rapport à la question d'avoir un lieu propre pour se shooter, ils nous ont donc demandés de pouvoir shooter sur place. Petit à petit les équipes ont été amenées à répondre positivement à ces sollicitations.

Après un entretien avec la personne sur les motifs de sa demande et en ayant aussi un entretien sur ce qui avait été consommé antérieurement, puisque la question de l'overdose ou de la surconsommation doit être prise en compte, c'est sur décision collective de l'équipe que nous décidions d'assurer ou non un accompagnement, généralement effectué par une personne ayant une expérience de l'injection, je parle là quand la personne était favorable à être accompagnée au moment de l'injection. Du coup à ce moment là nous étions à un risque proche de zéro de contamination puisqu'il y avait du matériel stérile à disposition, des conseils sur l'hygiène du shoot,

concrètement surtout la question du lavage des mains, des conseils aussi sur l'utilisation du tampon d'alcool, l'alternance des points d'injection, le fait de ne pas lécher sa seringue ou de lécher le point d'injection...

Cela s'est fait et se fait toujours à Toulouse, mais nous n'avons toujours pas de cadre légal, nous commençons tout juste à avoir une discussion sur le cadre de mise en place, cela reste donc pour l'instant très limité comme proposition. D'où les discussions dans le réseau où au départ nous avons essayé de lever le tabou en interne sur les questions d'accompagnement à l'injection, puis nous avons réfléchi à l'interne à un cadre en prenant comme objectif de baisser le nombre de contaminations par l'hépatite C, mais aussi de voir les expériences des personnes intervenantes, à la fois en terme d'accompagnement à l'injection en tant qu'intervenant et à la fois dans le milieu privé. Demain nous avons donc une première co-formation sur ce cadre là et notre idée à AIDES est bien de s'appuyer sur le fait que nous sommes une majorité à être ex-injecteurs ou injecteurs actifs, de partir de cette expérience là, y compris de celles des personnes accueillies afin de travailler la co-formation sur l'injection par les pairs.

En seconde action sur l'accompagnement à l'injection à Toulouse, nous ne nous sommes pas limités à l'accompagnement physique puisque nous avons décidé aussi de travailler sur la création d'outils sur l'injection propre, comme nous n'avions pas beaucoup d'échos sur les pratiques nous avons mené deux actions sur les prises de risques réelles sur la base de discussions collectives, et sur des actions qui se sont déroulées dans d'autres délégations concernant une enquête que nous avons fait passer pendant trois semaines. Notamment sur la question de la réutilisation du stéricup, nous nous sommes aperçus qu'une majorité des personnes le réutilisait tel quel ou avec un procédé qui ne permettait pas la réduction des

risques infectieux, 9% seulement des personnes connaissaient le protocole avec eau de javel et l'appliquaient. En ce moment nous sommes en train de travailler sur les pratiques de rinçage et des risques liés au partage de l'eau de rinçage. Là aussi, il s'agit d'observer les pratiques des personnes et de pouvoir échanger sur les pratiques de chacun en terme de réduction des risques.

La troisième forme d'accompagnement à l'injection mise en place a été des discussions collectives avec des personnes motivées sur la question des prises de risques, en partant de la création d'une plaquette qui ne reprendrait pas une injection propre, mais traiterait des risques pris par les personnes et à partir de là, voir comment nous pouvons faire pour les réduire. L'idée de départ a été de se réunir dans un cadre convivial et de voir matériel par matériel quelles étaient les pratiques quand nous réutilisions ce matériel, définir ce qui était lié à un contexte, ce que nous pouvions améliorer dans ce contexte ou ce que nous pouvions faire en terme de réduction des risques de transmission de l'hépatite C. Nous avons mis tout cela par écrit, et les autres rencontres ont permis de différencier ce qui étaient les risques de type « poussière » ou « injection non hygiénique » et les risques qui étaient plus en lien avec l'hépatite C. Notre objectif était surtout de libérer la parole des personnes au niveau de l'injection, de parler sans tabous. Nous nous sommes finalement retrouvés autour de l'injection à pouvoir parler franchement des pratiques, y compris les plus inavouables, et c'est cela qui est intéressant. Comme la plaquette est en parution, c'est une manière de valoriser l'expérience des personnes, notamment auprès des partenaires, des pharmaciens, des infirmières en prison qui ont apprécié ce travail des personnes concernées. Sa conception a généré des discussions entre les consommateurs. Et au niveau du réseau, cela a soulevé des débats. Cette réalisation de plaquette nous

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

a permis de faire plusieurs constats par rapport aux facteurs de risques sur l'hépatite C : le mode de contamination au moment du rinçage du matériel n'était pas forcément très clair, le « protocole javel » était peu connu. Moi par exemple je n'étais pas favorable au « protocole javel » car je le trouvais long. En fait dans la pratique des personnes, certaines faisaient bouillir leur seringue pendant 10 minutes, d'autres la trempait dans de l'eau et du vinaigre pendant un long moment, ils avaient intégré des formes d'hygiène qui réduisent le nombre de poussières et de bactéries mais ne réduisent rien au niveau des risques sur l'hépatite C. Une notion compliquée en terme de réduction des risques est le fait

que le virus ne va disparaître à l'air libre qu'au bout d'un moment, et que donc du coup une pratique à moindres risques est de réutiliser un matériel récupéré dans un container depuis longtemps. Cela n'est pas quelque chose auquel nous pensons, nous allons plutôt essayer de récupérer une seringue utilisée récemment. Si nous parlons de réduction des risques il va falloir faire attention à la question de l'hygiène, de ne pas confondre hygiène et réduction des risques hépatite. Une des dernières choses que nous avons constaté avec la plaquette c'est ce qui a été soulevé ce matin, la question des partages lors de shoot commun où nous nous mélangeons le matériel. Nous sommes donc en cours

d'expérimentation du matériel d'injection couleurs.

En conclusion, AIDES souhaite s'appuyer sur ces différents types d'accompagnement à l'injection afin de retrouver une parole et briser les tabous sur les risques pris au niveau de l'hépatite C lors des pratiques d'injection. De plus nous sommes conscients que nous devons être sans cesse de plus en plus proches des pratiques réelles afin de développer de nouveaux outils pour lutter contre la transmission de l'hépatite C, il s'agit bien de valoriser les injecteurs qui sont les seuls experts pour favoriser la pratique de consommation à moindres risques et être acteur de leur propre santé.

**Débat avec la salle**

**Jérôme, animateur à AIDES :** Je travaille plus particulièrement sur le festif et je voulais rebondir sur les propos de Pascal PEREZ. Il est vrai que quand nous nous sommes retrouvés sur le teknival, nous avons eu une approche différente, nous sommes entre autre une association de santé communautaire et nous n'avons ni médecin ni autre qualité professionnelle que tu demandes pour effectuer un bon accompagnement. Nous, nous avons des usagers, des ex-usagers, des professionnels non médicaux et nous nous sommes retrouvés devant une situation d'urgence. La première personne que nous avons accompagnée est venue juste parce que nous avions de la lumière. Il allait dans les bois et il a vu notre lumière. Que pouvais-je lui dire ? Je lui ai aménagé un petit endroit où il pouvait être un peu plus « clean », lui ai proposé de se laver les mains, fourni du matériel stérile et une boîte de récupération. Je pense que là, nous avons mis en place une démarche de réduction des risques. Nous ne l'avons peut être pas mise en place dans les meilleures conditions. Il nous arrive de faire des accompagnements où nous discutons quatre heures avec l'usager, d'autres où la personne

ne veut pas discuter avec nous...

Je voudrais poser une question un peu plus personnelle à Pascal : est-ce que dans le cadre d'une primo-injection tu fais un accompagnement ou non ?

**Pascal Perez, Médecins du Monde :** Avec l'équipe de Médecins du Monde c'est une question qui nous a bien travaillé. Nous n'accompagnons pas, nous ne faisons pas d'initiation à l'injection. Cela ne veut pas dire que nous n'allons pas essayer de répondre à la demande et de discuter avec la personne qui souhaite utiliser le cadre festif pour faire son premier shoot. Mais cela ne se fera pas sous la tente de Médecins du Monde. Je me souviens d'avoir passé plusieurs heures avec un usager qui était dans cette demande, qui avait l'idée fixe dans sa tête de faire son premier shoot. Finalement à force d'arguments et de beaucoup de patience, j'ai fini par lui retirer cette idée. J'ai gardé le contact avec ce garçon, je lui avais dit que s'il voulait se faire son premier shoot cela n'est pas dans un teknival qu'il allait prendre le plus de plaisir dans sa démarche. Moi je n'ai pas peur de parler de plaisir d'usage avec les usagers. Je lui avais conseillé de prendre quelqu'un qui avait une expérience

et pouvait lui apporter quelques conseils. Ce garçon a suivi mon conseil et m'a rappelé quelques mois plus tard en me disant qu'il avait eu cette expérience, que notre discussion était restée dans sa mémoire et il me remerciait. Nous n'avons pas vocation à initier les personnes à l'injection, par contre nous sommes capables de passer du temps avec elle, lui expliquer éventuellement les gestes, mais moi mes limites sont là, je ne pousse pas sur la pompe, je n'introduis pas l'aiguille dans la veine et je n'initie personne. Voici mes limites et ce sont celles de toute l'équipe de Médecins du Monde. Je me souviens que nous avons parlé de cela ensemble dans ce teknival. Quand tu es venu me voir nous avions des choses à nous dire, j'ai senti que nous avions des choses à échanger, mais j'étais très occupé. C'est bien que nous puissions en parler aujourd'hui et j'espère que nous allons continuer à travailler ensemble. Tu as dit quelque chose qui me semble important, c'est que vous avez travaillé dans l'urgence. Je comprends votre désir d'avoir une vraie mission de réduction des risques. En effet, quand tu accompagnes une personne, qu'elle s'est lavée les mains, que tu lui as donné du matériel stérile, que tout le matériel souillé reste

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

dans un container, eh bien oui tu fais de la réduction des risques, je suis d'accord avec toi. Mais ce qui m'ennuie avec cela, c'est que la personne qui rentre dans la tente avec des mauvaises pratiques, où il se charcute, entame son système veineux ou prend des risques inconsidérés, quand elle sort de la tente elle n'aura rien appris et la prochaine fois qu'elle se fera un shoot, elle reprendra ses mauvaises pratiques...

**Jérôme, AIDES :** Je suis d'accord, nous essayons de faire passer un message, mais certaines personnes sont réfractaires aux messages, surtout durant ce moment intime et particulier.

**Élisabeth Avril, Gaïa :** Je suis très intéressée par l'expérience d'ERLI, mais je me pose toujours une question : l'expérience en festif est une expérience circonscrite dans le temps, sur quelques jours au maximum. Nous, dans nos CAARUD, nous avons une file active très importante dans des unités mobiles. Ma question est de savoir comment pouvons nous mettre en œuvre un projet ERLI, tout en ayant une frontière avec une salle d'injection ? Comment mettre cela en œuvre pour que cela reste de l'éducation, sans que nous soyons débordés ? Est-ce qu'en parallèle nous pensons tout de suite à une autre approche qui serait la salle de consommation ? Pas seulement une salle d'injection car nous avons des consommateurs de crack qui n'injectent pas et ont des pratiques à risques aussi. C'est vrai que mon esprit se heurte à cette histoire, en espace urbain, dans une antenne mobile ou même un lieu fixe, avec des centaines de personnes qui passent. Comment mettre cela en œuvre sans être débordés et que cela tourne à la salle de consommation ? A moins que nous prenions le parti pris de passer de l'un à l'autre très rapidement avec un volet plus particulier sur l'éducation aux risques liés à l'injection.

**Valère Rogissart, AFR :** Je te propose deux réponses. Les objectifs ne sont pas tout à fait

identiques entre un accompagnement individuel à l'injection et une salle de consommation. Les deux outils sont potentiellement utiles, mais ne répondent pas aux mêmes objectifs. Je suis convaincu qu'il y a besoin de lieux où cela puisse être possible de consommer, cela me paraît évident. Maintenant, nous sommes aussi dans quelque chose de progressif, et nous ne pouvons pas tout en même temps. L'accompagnement individuel paraît être une alternative avant de pouvoir proposer des salles de consommation, mais en même temps cela n'est pas le même objectif. Nous avons vu lorsque nous avons pu analyser des études internationales, que dans les salles de consommation, l'apprentissage des bonnes pratiques n'était pas le premier objectif. L'objectif était plutôt de vider la rue des scènes. Du coup il y a quand même à imaginer cela, à articuler ces différentes approches. Les deux ne sont pas de même nature, cela ne sera ni le même encadrement, les mêmes dispositifs ni les mêmes pratiques. Voilà cela n'est pas l'un ou l'autre, mais deux outils, ayant chacun un intérêt spécifique et qui au bout du compte peuvent être complémentaires.

**Marie Debrus, SIDA Paroles :** C'est une question qui nous a été posée par la DRASS, car au départ nous nous disions que nous allions faire autant de séances que l'utilisateur le demanderait, mais il est vrai que l'utilisateur nous dise qu'il n'a pas forcément envie d'apprendre, mais juste se shooter dans des conditions meilleures que dans la rue ou chez lui. Nous avons donc décidé de structurer cela en imaginant un nombre déterminé de séances, au moins au départ. Pour l'instant ce sont six séances, cela peut être moins, mais le maximum est de six séances. Le projet de SIDA Paroles est extrêmement clair et les règles sont données à l'utilisateur. Autant il y a des choses que nous pouvons discuter pour adapter à la pratique de l'utilisateur, autant il y a d'autres choses très précises et « cadrantes ». C'est comme cela que nous avons imaginé les choses

afin de se rapprocher d'un cadre éducatif. A chaque fois nous définissons un objectif avec l'utilisateur pour chaque séance. A la fin nous pouvons mettre place des séances supplémentaires, mais s'il existe une nécessité, s'il y a quelque chose que l'utilisateur n'a pas intégré. Cela se discute et s'argumente.

**Christine Calderon, AFR :** Ce qui serait peut-être intéressant à ce moment du débat, serait d'avoir le point de vue de AIDES sur leur démarche.

**Christine Defroment, AIDES :** Je ne sais si notre projet est aussi avancé, dans la mesure où des choses ont été posées, mais nous sommes une grosse structure avec des délégations et l'idée était au début de lever les tabous, discuter au niveau local et aussi avec les financeurs. Il y a aussi la question que soulevait Fabrice Olivet, qui était de réfléchir pour les ex-injecteurs quelles étaient leurs limites, leurs envies, etc. Ce que nous avons décidé, c'est de travailler en collectif et d'avancer aussi en fonction des besoins des personnes, c'est à dire que d'un endroit à un autre nous ne ferons certainement pas les mêmes choses, de la même façon. Après nous nous sommes donné des règles de travail ensemble. Ce n'est pas parce que cela va être un intervenant injecteur ou ex-injecteur qui va accompagner la personne, qu'elle sera seule, c'est bien un travail d'équipe, avec une évaluation en équipe. Il y aura forcément des erreurs, des moments où nous serons pris par l'urgence, mais à mon avis à partir du moment où avant des personnes s'injectaient dans nos locaux, à porte fermée dans les toilettes et où nous n'avions aucune possibilité de discuter avec elles autour de l'injection, ce sera déjà mieux. Effectivement pourquoi pas discuter et communiquer entre nous, même s'il y a des projets un peu différents. AIDES a l'objectif de permettre aux personnes d'être entre elles, sans forcément de médecins ni infirmier, dans le cadre d'un accompagnement

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

collectif et non individuel, qu'elles puissent se co-conseiller, que cela soit dans le cadre communautaire. Ce sont des réflexions.

**Fabrice Olivet, ASUD :** Sur cette question du communautaire, nous sommes arrivés à la conclusion que nous devons aussi avoir conscience que parfois les usagers ou ex-usagers sont les personnes les plus vulnérables. L'idée de l'auto-support c'était un peu l'inverse, c'était de dire que la réduction des risques doit se baser sur des personnes usagères ou ex-usagères.

Être usager ou ex-usager ne garantit pas du tout une compétence professionnelle, il faut être très clair là dessus vu le nombre de conneries qui peuvent être dites dans le milieu des usagers. Cela peut être tout à fait l'inverse, cela peut être des personnes particulièrement vulnérables, qui ne se rendront peut être pas forcément des risques qu'ils vont prendre quand ils seront confrontés à des sollicitations multiples. Un shoot à risques réduits est quelque chose de très rationnel, il y a de l'intimité dans le shoot, mais les techniques sont des choses froides. A ce propos au catalogue de l'INPES, nous avons le manuel du shoot à risques réduits, ce n'était pas le premier, je crois que le premier c'est AIDES qui l'a fait, c'était le deuxième fascicule qui montre les différentes étapes du shoot à risques réduits, et qui peut protéger aussi de l'hépatite C. Il faut être très clair que si nous suivons toutes les étapes nous n'attrapons pas l'hépatite C. Ce document a disparu il y a quatre ou cinq ans, et à l'heure actuelle il n'existe plus rien. Donc là ce serait revenir à des choses très basiques. La question des teufs c'est bien, mais la question tout simplement de la réduction des risques basique au niveau théorique en France se pose car elle n'existe pas.

**Marianne, Boutique 18 Charonne :** Je rebondis sur ce que vient de dire Fabrice Olivet. Il est possible d'être injecteur depuis vingt ans et avoir vingt ans de mauvaises habitudes, donc

effectivement pour faire l'éducation des primo injecteurs c'est plus difficile. Pour ce qui est des salles de consommations ou d'accompagnement à l'injection, nous savons tous que les lieux fixes sont de fait des salles de consommation. Il n'existe pas un endroit où nous recevons les usagers où il n'y a pas utilisation des toilettes. Nous avons de fait des salles de consommation, ce qui fait que nous tournons, avec l'état ou la région, autour du pot pour se dire qu'il faut en ouvrir. Toute la journée nous avons des personnes qui font des allées et retours, même si nous ne sommes pas dupes, même si nous veillons à ce qu'il n'y ait pas d'overdoses, même si nous essayons quand le bouchon est poussé un peu trop loin de vérifier que le matériel utilisé est stérile. Nous avons tous des usagers qui consomment dans nos structures.

**Christine Calderon, AFR :** Merci de ce témoignage, le mot d'ordre de cette journée est « Sortons de la clandestinité, disons les choses telles qu'elles se passent et non telles que nous le souhaiterions »

**Éric Merlet, AIDES :** Je voudrais rassurer tout le monde : la maison AIDES est tenue ! Et il ne nous viendrait pas à l'idée de recommander aux autres de faire le ménage chez eux. La question de la compétence professionnelle des acteurs de santé communautaire est une réflexion parallèle à la question de l'accompagnement à l'injection. Il y a dans l'idée de favoriser l'expression des vécus et des réalités, une compétence particulière qui n'est reconnue par aucun diplôme. Il s'agit bien d'envisager la perspective de la qualification d'acteurs de santé communautaire en valorisant les compétences et en commençant par expertiser et de nommer ces compétences. Par ailleurs, évidemment, tout injecteur n'est pas a priori apte à être un acteur de santé communautaire, cela n'est pas le propos et j'aurais peur que l'on puisse s'imaginer que la maison AIDES est devenue folle et que nous ne menions pas une

réflexion sérieuse sur ces questions de qualités professionnelles. Alors effectivement cela n'est pas une compétence que nous étayons à priori, sur les diplômes classiques aujourd'hui reconnus, c'est bien dans l'émergence d'un nouveau métier que nous nous situons en perspective, c'est bien dans aussi dans un processus d'accompagnement de formation, avec une visée qui serait de déboucher sur des métiers identifiés de santé communautaire avec les compétences qui vont avec.

**Valère Rogissart, AFR :** Sur cette question des compétences, des qualifications, interaction entre les points de vues, j'avais, dans le cadre de la Mission Squat de Médecins du Monde, l'occasion de proposer un texte qui s'appelait : « Les bergers qui sentent le mouton ou les stratégies communautaires dans les programmes de réduction des risques ». Ce que j'ai trouvé intéressant et que je retrouve à SIDA Paroles, et qui est incarné là entre Tamaha et Pascal, ce sont les espaces de dialectiques qui se sont installés entre les « kamikazes » la réduction des risques » et puis les professionnels purs jus. Ce qui s'est passé au sein de la mission est qu'il y avait un mélange entre usagers ou non-usagers, des teufeurs ou non-teufeurs, dans anciens de la réduction des risques ou des nouveaux, et que c'est dans la confrontation des points de vues que les choses pouvaient s'élaborer, je dirais d'une façon relativement équilibrée. Ce qui m'intéresse, c'est la dialectique entre deux points de vues qui permettent à un moment donné de rendre les choses acceptables. Après la question des savoirs se croise, effectivement nous ne devons pas nous tromper entre compétence, qualification, « diplomation », savoir-faire, savoir-être, ce sont des chantiers où nous avons encore beaucoup de choses à faire. Soit à Médecins du Monde ou au sein de SIDA Paroles, j'ai assisté à des discussions absolument intéressantes, la question n'est pas de savoir si

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

nous sommes à « donf » pour l'injection et d'y aller, mais de savoir comment nous gérons cela avec des usagers, dans cet espace là, avec des discours parfois contradictoires. N'oublions pas qu'en ce moment même nous sommes en train de parler de choses hallucinantes pour 99,99% de la population française. Je pense que c'est un terrain où nous avons vraiment besoin de confronter les points de vues et on voit bien l'analyse de ce qui a pu faire bouger les gens tant chez les « kamikazes » que chez les professionnels, c'est cela qui est intéressant et pourra nous éclairer pour trouver les argumentaires.

**Christine Calderon, AFR :** Je pense que nous avons avancé sur ces questions là. Autant nous avons eu besoin de la compétence des usagers, autant pendant longtemps nous n'avons pas voulu entendre quelles difficultés ceux-ci pouvaient vivre à distribuer des seringues et aujourd'hui nous ne pouvons faire l'économie de travailler sur ces fragilités, à savoir leur donner la parole et pouvoir l'entendre.

**Pierre Chappard, ASUD :** Deux remarques : tout d'abord je voudrais revenir sur ce qu'a dit Fabrice Olivet. Le manuel du shoot à risques réduits n'existe plus, mais nous sommes en train de le reconstituer sur Internet et je vous invite tous ici à venir mettre votre contribution sur le net. La deuxième c'est qu'apprendre à accompagner l'injection c'est bien, mais il faut du bon produit dans la seringue, il faut donc une substitution injectable. Celle-ci existe déjà, elle est à l'hôpital, c'est le temgésic injectable, il faut donc le sortir de l'hôpital et l'amener dans les CSST et chez les médecins généralistes.

**Aude Lalande, Act Up :** J'avais une question sur l'évaluation, vous avez beaucoup parlé d'évaluation ce matin, je voulais connaître quels étaient les critères d'évaluation que vous vous étiez fixé dans votre protocole. Je reviens sur ce que disait Valère Rogissart, il est vrai que c'est bien

de vouloir libérer la parole, de parler des pratiques réelles, mais nous ne sommes pas dans un contexte politique très favorables. Depuis tout à l'heure je me dis que c'est génial, en même temps que faut il faire ? Faut il continuer clandestinement ou alors faut-il le porter sur la place publique ? Si oui comment le faire ? Si nous voulons le porter sur la place publique, nous avons intérêt à nous organiser, tous en même temps pour faire comprendre que ce n'est pas une chose hystérique issue d'une association seule dans son coin, mais qu'il s'agit d'un phénomène général qui est très largement répandu sur l'ensemble du territoire français. Donc il y a peut être quelque chose à réfléchir au travers l'AFR pour consolider la percée, si nous décidons de le faire.

**Christine Calderon, AFR :** Je propose de répondre en deux parties, Marie va répondre sur la question de l'évaluation et je propose qu'après nous essayons de répondre à cette proposition. Nous allons nous quitter tout à l'heure et que va t'il se passer ? Comment allons nous nous organiser ? Est-ce que cela va rester clandestin jusqu'aux prochaines rencontres, ou qu'allons nous mettre en œuvre ensemble ?

**Marie Debrus, SIDA Paroles :** Pour l'évaluation nous nous sommes dit qu'il fallait multiplier les différentes approches. Pour moi l'évaluation c'est aussi l'analyse des pratiques, donc nous avons imaginé différents outils, il y a un questionnaire assez lourd, qui paraît contraignant, il y a aussi les informations que nous pouvons avoir au cours de l'entretien et il est important de pouvoir les noter. Nous avons un questionnaire assez poussé sur ce que nous appelons l'inclusion, cela fait un peu essai clinique j'en suis désolé, qui comprend les pratiques de l'utilisateur au niveau du partage. Au niveau du partage nous avons détaillé les pratiques, sur l'histoire de l'injection de la personne, savoir à quelle fréquence elle s'injecte, quelles complications elle a pu

avoir ou non, au niveau des sérologies. C'est pourquoi le consentement éclairé est important, cela c'est fait à l'inclusion. Ensuite nous avons imaginé qu'il pouvait y avoir de l'observation sur les gestes de l'utilisateur. Nous le laissons faire jusqu'à ce qu'il y ait un problème, celui-ci nous le notons en essayant de faire une grille de lecture afin que ce soit le plus facilement analysable et en notant s'il existe une progression entre les différentes séances auxquelles l'utilisateur participerait. Enfin nous avons envisagé qu'à 6 mois nous allions revoir l'utilisateur et que nous puissions observer ses pratiques et lui poser quelques questions. Ensuite il y a l'approche qualitative qui nous semble intéressante et que nous aimerions faire mener dans le cadre d'une évaluation externe, faire des interviews tant auprès des usagers qui ont participé, qu'auprès de l'équipe car là aussi il y a des choses à extraire sur le vécu de celle-ci, si cela a modifié la dynamique, les difficultés rencontrées, ce que cela leur a apporté. Pour réaliser ce travail, je me suis appuyée sur les modalités d'évaluation mises en place dans les salles de consommation, par exemple le travail très intéressant et pédagogique réalisé par Quai 9. Je ne sais pas si cela répond à ta question, en tous cas nous essayons de multiplier les approches tant quantitatives que qualitatives et de multiplier les observations de terrain. C'est beaucoup de documentations, très contraignant mais en même temps nous devons écrire, rédiger, documenter le plus possible.

**Christine Calderon, AFR :** Il est important de rappeler qu'il faut asseoir l'expérimentation et l'innovation sur l'évaluation et le plaidoyer politique passera par tous ces éléments qui seront observés et analysés. Je voudrais laisser la parole à Valère Rogissart afin qu'il puisse répondre à la question de l'après, de voir comment nous allons nous organiser, quelles sont les pistes ?

**Valère Rogissart, AFR :** Nous

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

avons à l'AFR décidé d'organiser cette journée suite aux premières discussions que nous avons eu lors des 1ères Rencontres Nationales afin de réunir les acteurs et au moins se poser. Et bien sûr, nous arrivons en fin de journée avec beaucoup de frustrations et encore cinquante mille sujets à aborder. Ce que j'ai envie de vous proposer c'est de

voir comment dans nos différentes régions nous pouvons organiser des petits ateliers de l'accompagnement à la réduction des risques liés à l'injection. Le problème n'est pas qu'il n'existe rien, mais de voir plutôt comment nous pouvons mutualiser l'existant, j'ai envie d'impulser cela. Il y a la possibilité de journées comme celle-ci, mi-

débat, mi-conférence, puis il y a la question de savoir comment nous pouvons bosser nos pratiques professionnelles ensemble sur un territoire, afin d'avancer. Nous allons donc monter des petits ateliers régionaux sur l'accompagnement aux risques liés à l'injection, nous en discuterons lors de l'Assemblée Générale de l'AFR.

**Synthèse de la journée thématique**

Par Michel JOUBERT, sociologue

Merci de m'avoir invité. Compte tenu de la qualité des interventions et de la discussion qui s'en est suivi, je trouve que les choses ont été extrêmement claires : les enjeux, les termes du débat, les avancées, les interrogations et les doutes. Je ne vais faire que répéter ce que vous avez dit et je m'en excuse.

Voici les principaux points que j'ai noté et regroupé :

D'abord, il y a quelque chose qui a à voir avec les représentations, pas simplement les représentations communes qui peuvent exister dans la population générale ou parmi un certain nombre de professionnels, mais aussi les représentations qui existent et font encore débat à l'intérieur même du monde de la réduction des risques. Des représentations ce sont encore des différents, des résistances, des tabous. Le débat n'est pas terminé et l'intérêt c'est qu'aujourd'hui celui-ci se fonde de plus en plus sur la pratique, sur l'expérience, sur l'accumulation de savoirs et de confrontations. Nous avons une ère nouvelle qui s'est amorcée, qui date de quelques années et qui accredit le sérieux et l'importance des expériences qui se sont menées autour de la réduction des risques. Autour des représentations il y a toujours un travail à faire, c'est une manière de mettre à plat, de repréciser les choses et de ne jamais renoncer à élargir le cercle de la compréhension de ce qui se passe dans la réduction des risques, car pour ce qui est de l'évolution à venir du cadre légal, de la

reconnaissance des pratiques, il y a nécessité de faire bouger les lignes de représentation qui continuent à dominer largement. Ce premier point reste un terrain d'actions et de luttes importantes.

Le deuxième point que j'ai noté, concerne tout ce qui a trait à l'évolution des connaissances sur les pratiques des usagers, cela a bien été représenté. Il y a à la fois beaucoup de connaissance pratique de la part des intervenants en contact direct avec les usagers, les situations et qui à partir de là sont amenés à travailler sur les manières de faire, à la fois les pratiques désastreuses, mais aussi les pratiques qui intègrent progressivement un certain nombre de précautions, des consignes de réduction des risques. Mais cela a été dit, ces connaissances restent encore à l'état pratique, c'est à dire qu'il y a encore probablement un travail plus systématique de recherche ou de recherche-action qui permettrait de faire monter en puissance cette dimension de ce qui se passe autour de l'injection. Nous avons entendu à plusieurs reprises des questions sensibles, la question des sensations, des techniques, des rituels. Autour de ces questions là, nous savons qu'il y a de la pertinence, de l'efficacité de l'action ou de la communication engagée avec les usagers. Il faut donc synthétiser, capitaliser tout ce qui s'est accumulé ces dernières années autour de ces entrées-là en terme de connaissance des pratiques d'injection. C'est d'autant plus

important que certains tendent à penser que c'est en voie de disparition. Probablement est-ce loin d'être le cas et même s'il existe des variations dans le temps de l'usage de l'injection, nous savons que c'est une pratique qui revient à intervalle régulier, qu'il y a des évolutions dans les pratiques, dans les contextes, dans le marché et les habitudes de consommation, qui font que l'injection est et restera une pratique importante dans le monde des usages. Il est donc difficile de faire l'impasse sur la recherche dans ce domaine.

Le troisième point qui est le centre de votre rencontre a à voir avec la « protocolisation » de l'accompagnement à l'injection, c'est à dire essayer de mettre à plat les cadres, les expériences, les garde-fous, les précautions, qui permettront d'étendre ce qui s'est accumulé en terme d'expériences, de rendre cet accompagnement plus opérant, de le faire monter en référentiel professionnel, c'est à dire que cela devienne quelque chose qui soit plus largement partagé et intégré par les intervenants. De ce point de vue là, nous sentons que c'est encore en chantier, qu'il y a encore un débat sur les salles et les conditions dans lesquelles les choses pourront se passer, sur la manière d'organiser les interventions dans la proximité, entre le communautaire et le travail d'accompagnement individuel. Il y a un certain nombre d'interrogations qui sont précieuses et qui en même temps doivent converger pour

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

### situation / contexte / enjeux

qu'effectivement ce qui ressort de vos expériences puisse être entendu peut-être un peu plus sérieusement par les pouvoirs publics, afin que cela soit moins compliqué de mettre en place des expériences, de se battre pour les faire reconnaître. De ce point de vue, tout le travail sur l'évaluation, sur l'encadrement, sur l'explicitation de l'activité, sur l'anticipation de toutes les situations qui peuvent être problématiques, et il me semble qu'il y en a un certain nombre où la question du contexte est extrêmement importante. C'est vrai pour le milieu festif, la rue, dans les quartiers où il y a des conditions différentes qu'il faut prendre en compte. Il existe un matériel d'expérience important et ce que vous êtes en train de faire du point de vue de la synthèse de ce que pourraient être les cadres de cet accompagnement des pratiques d'injection est tout à fait passionnant.

Le dernier élément à voir avec les politiques publiques. Il semble que la lutte n'est pas terminée afin de faire reconnaître ce domaine, même s'il y a eu institutionnalisation partielle de l'activité, et l'intégration des

préoccupations de réduction des risques à l'intérieur de la santé publique. Cela reste à faire, cela reste à faire sur le fond, notamment du point de vue de l'articulation avec les autres professionnels et avec les autres composantes des politiques publiques. La volonté de sortir de la clandestinité et de faire reconnaître les activités et les initiatives qui sont menées est extrêmement important. C'est le moment où jamais probablement car c'est le moment où c'est le plus dur, où cela risque le plus d'être réduit à la portion la plus congrue et la plus ambivalente du point de vue justement du contrôle et de l'encadrement d'une population qu'on ne voudrait précisément ne pas trop voir et réduire au maximum. Là existe un chantier tout à fait considérable que vous avez ouvert et sur lequel manifestement il y a des avancées sur lesquelles il faut communiquer, dont il faut plus de visibilité afin qu'elle soient prises en compte en dehors du cercle. On sent qu'il y a un cercle, une communauté du monde de la réduction des risques, que je connais depuis un certain temps, qui est très importante pour soutenir les pratiques. Mais en même temps qui peut être une

fermeture si nous n'arrivons pas à convaincre les autres acteurs de santé publique, les ateliers de santé de villes dans les communes, si cela ne rentre pas dans les programmes régionaux de santé publique ou autres.

Il y a plein de scènes sur lesquelles cette cause doit être entendue et trouver sa place, même si elle ne touche pas les grandes masses de population qui sont habituellement entendues par les politiques de santé publique. Il y a aussi les questions sur le cadre légal, cela fait des années évidemment que l'on s'interroge sur les conditions dans lesquelles la réduction des risques pourrait réellement trouver sa place. Est-ce à législation constante ou y a t'il des modifications qui doivent être introduites ?

Manifestement il y a des changements qui doivent se faire, qui tardent à se faire et là dessus le politique est très en retard. Là aussi c'est un combat de longue haleine et le travail qui a été fait ici y participe énormément.

Tout ce que j'ai à vous dire c'est : chapeau et continuez !.

Merci

**Documents complémentaires**

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

- Le projet d'accompagnement à l'injection sur les événements festifs de Médecins du Monde (2005)
- Le protocole de l'espace d'injection à moindre risque mis en place par les Missions Rave(2007).
- Le projet ERLI du CAARUD SIDA paroles : l'avis des usagers (2008)
- Le projet ERLI du CAARUD SIDA paroles : l'argumentaire (2008)
- Le protocole d'éducation aux risques liés à l'injection du CAARUD SIDA paroles (2008)
- Le dépliant d'information de AIDES « Réduire les risques liés au partage ou à la réutilisation du matériel d'injection »
- 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](http://www.Exchangesupplies.org) (Fournisseur de matériel de RdR) et [www.indcr.org](http://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

# Cahiers Thématiques de l'afrr

## 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 « Les expériences françaises ». Vous pouvez trouver l'ensemble des ressources (vidéos, textes, diaporamas et références) sur [www.a-f-r.org](http://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 ?
  - *Eric 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](http://www.a-f-r.org)

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