

EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2013 –

**FREINS ET LEVIERS A LA MISE EN PLACE DE
CENTRES D'INJECTIONS SUPERVISES POUR LES
USAGERS DE DROGUES, AU NIVEAU LOCAL**

– Groupe n° 21 –

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| – Mathilde Aubry (IASS) | – Hélène Cure (AAH) |
| – Nadine Audubert (D3S) | – Damien Le Goff (IES) |
| – Juliette Bois (D3S) | – Aziza Lounis (AAH) |
| – Constance Cardoen (D3S) | – Gala Munforte (EDH) |
| – Célia Clément-Demange (IASS) | – Michel Nicolas (DS) |

Animatrice

– *Nathalie Gourmelon*

S o m m a i r e

Introduction	1
<u>Partie 1 - De l'évolution du modèle de la gestion des risques à l'expérimentation des centres d'injection supervisés</u>	
Section 1 - Naissance du modèle de la gestion des risques dans la prise en charge des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI).....	5
A - Un modèle français dual, à la fois répressif et thérapeutique	5
B - Un nouveau paradigme nécessaire face à la menace du sida : la réduction des risques.....	5
C - Des premières mesures d'ordre expérimental	6
D - Une réduction des risques qui se met officiellement en place à partir de 1994	7
E - Un renforcement de la réduction des risques par le renouvellement de l'offre.....	8
F - Une offre actuellement à plusieurs niveaux.....	9
Section 2 - Profil des usagers fréquentant les structures visant à la réduction des risques.....	10
A - Spécificités des usagers des structures de réduction des risques	10
B - Caractéristiques sociales des usagers de structures de réduction des risques	10
C - Consommations et pratiques	10
D - Santé des usagers	11
E - Connaissance des risques par les usagers et recours au dépistage	11
Section 3 - Une expérimentation française des CIS qui s'inscrit dans la lignée des expériences existant à l'étranger	12
A - Objectifs d'un CIS.....	12
B - Description et fonctionnement des CIS	13
C - Les CIS à l'étranger	14
D - Les expérimentations des CIS en France	16
a - Questions de typologies.....	16
b - Chronologie.....	16

**Partie 2 - Les projets d'expérimentation de CIS au niveau local comme révélateurs
d'une évolution du discours autour de la gestion des risques**

Section 1 - Des expérimentations à différents stades, les exemples de Paris, Bordeaux et Rennes	19
A - L'expérimentation parisienne.....	19
B - Le projet bordelais	20
C - La situation à Rennes.....	21
a - Rennes, une ville de province avec certaines particularités en matière de consommation	21
b - Un réseau de soins et de prévention structuré.....	22
Section 2 - Diagnostic sur la possibilité d'implantation d'un CIS sur le territoire Rennais	23
A - Le cœur des débats.....	23
a - Une concertation controversée	23
b - Un centre d'injection supervisé : oui mais où ?.....	24
c - L'implantation de CIS : recrudescence de l'insécurité pour les riverains ?.....	25
d - Les autres éléments évoqués	26
B - Vers une normalisation de la gestion des risques ?	27
a - La remise en cause du modèle du sevrage comme réponse unique	27
b - Les réponses apportées par le modèle de gestion des risques.....	28
c - Le CIS : un outil supplémentaire dans la palette de la gestion des risques.....	29
Conclusion.....	Erreur ! Signet non défini.
Bibliographie.....	33
Liste des annexes	- 37 -

Remerciements

Notre groupe tient à remercier toutes les personnes qui ont permis à ce travail d'aboutir, en se rendant disponible, en nous accordant un peu de leur temps précieux, et surtout en nous transmettant leurs passions, leur vision, enrichissantes à bien des égards et source formidable d'enthousiasme.

Tout d'abord, nous nous adressons à Madame Nathalie Gourmelon, dont le soutien inconditionnel lors de ces trois semaines de travaux a été une chance, et dont les remarques et conseils pertinents ont permis à nos travaux d'avancer.

Ensuite, nous remercions toutes les personnes qui nous ont ouvert les portes et que nous avons eu la chance de rencontrer dans le cadre de cette recherche et des entretiens menés à cet égard. Leur accueil, leur confiance et leur partage ont été une source d'inspiration sans commune mesure, laquelle nous a permis de mieux comprendre les enjeux posés par le sujet. Leur savoir a permis notre apprentissage, et c'est à ce titre que nous souhaitons leur dire « merci ».

- Madame Sylvie Wiewiorka ;
- Monsieur le Président de l'Association de riverains « Vivre Gare du Nord » du Xème arrondissement de Paris ;
- Madame la Présidente de l'Association de riverains « Action Barbès » du Xème arrondissement de Paris ;
- Monsieur le Directeur de la communication du commissariat central de Rennes ;
- Le CAARUD d'Ille-et-Vilaine ;
- Le CIRDD de Bretagne ;
- Le CSAPA de Rennes ;
- Monsieur le Président de l'Association des Riverains et résident de Bordeaux ;
- Le CEID à Bordeaux et le médecin responsable du centre méthadone du CEID ;
- Madame l'adjointe au maire chargée des nouvelles précarités à la mairie de Bordeaux.

Enfin, nous remercions l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique pour les moyens mis à notre disposition, sans lesquels l'étude aurait été rendue difficile.

Liste des sigles utilisés

ASUD : Auto Support des Usagers de Drogue

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

CASE : Centre d'Accueil Echange Santé

CCAA : Centre de Cure Ambulatoire d'Alcoologie

CDPD : Conseil Départemental de Prévention de la Délinquance

CEID : Centre d'Etudes et d'Information des Drogues

CIS : Centre d'Injection Supervisé

CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSST : Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie

PES : Programme d'Echanges de Seringues

PPMU : Programme de Réduction des Risques en Milieu Urbain

RR : Réduction des Risques

SCMR : Salles de Consommation à Moindre Risque

SOS DI : SOS Drogue International

UDI : Usagers de Drogues par Injection

VIH -SIDA : virus de l'immunodéficience humaine- Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

Introduction

« Etes-vous favorable à l'ouverture d'une salle de shoot dans le quartier de la gare du Nord ? » était la question posée le 14 avril 2013 aux riverains du Xème arrondissement de Paris par le groupe UMP¹². Ce projet d'implantation d'un centre d'injections supervisé (CIS) dans le quartier sensible de la Gare du Nord a, de facto, été approuvé par le Gouvernement en février 2013 au titre de l'expérimentation. Pourtant, cette votation populaire, sous couvert de démocratie participative, est révélatrice des tensions et des critiques attisées par une telle expérience.

Aussi, vif est le débat autour de l'implantation de ces salles en France, notamment depuis 2012. Certaines questions subsistent : d'ordre financier, juridique, sanitaire, voire éthique. Car si ces centres ont un coût, ils supposent une protection sanitaire des usagers de drogue bien que la consommation de drogue demeure illégale. De même, qu'en est-il de l'ordre public ? Si la salubrité publique serait a priori assurée par ces futurs CIS, la tranquillité, socle de l'ordre public, ne le serait pas obligatoirement selon les résidents. L'expérience étrangère, forte de 26 années de recul en Suisse notamment, semble en démontrer les bienfaits, quoique les médias montrent que, malgré une baisse de la mortalité, s'observe une augmentation de la consommation de drogue³.

Les CIS sont « *des structures où les usagers de drogues par injection peuvent venir s'injecter des drogues qu'ils apportent sous la supervision de personnel qualifié* »⁴ Aussi s'agit-il, selon Mme Jourdain-Menninger, inspectrice générale des affaires sociales et présidente de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie (MILDT), de « *constituer un mieux pour les riverains, et un mieux pour les usagers* ».

Face aux interrogations suscitées par ce projet, nous avons choisi d'étudier les freins et leviers à la mise en place de CIS au niveau local et plus particulièrement à Rennes. De fait, nombreux s'avèrent être les obstacles à leur implantation : financiers, juridiques, moraux,

¹ Sources : *Salle de Shoot : toujours pas de lieu mais beaucoup de contestations*, Le Figaro, 15 avril 2013

Paris : une consultation sur la future salle de shoot rassemble en majorité des opposants, Le Point, 15 avril 2013

² Sur un total de 300 votants, une majorité (280 voix) s'est exprimée contre le projet, 16 ont voté pour. L'arrondissement comprend 100 000 habitants pour une ville de 2,5 millions.

³ « *Salles de shoot* : un bilan mondial plutôt négatif. Le Figaro, 23 octobre 2012 : « À Rotterdam également, 12 % des clients ont rapporté une baisse de leur usage de drogue, alors que 16 % reconnaissent une consommation en hausse depuis leur fréquentation de la salle d'injection. »

⁴ *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues – Expertise collective*, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, 2010

sécuritaires. Surtout, ces centres semblent ouvrir la voie à une nouvelle étape dans l'évolution de cette politique de prise en charge des usagers de drogue par injection. Cette évolution s'inscrit dans la continuité de la prise de conscience dans les années 1990 des risques sanitaires du fait de l'apparition du Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise (SIDA).

Aussi, doit-on s'interroger : les débats sur la mise en place des CIS entérinent-ils ou non le modèle de gestion des risques en direction des Usagers de Drogues par Injection (UDI) ? Ou inversement sont-ils représentatifs d'une évolution impossible de ce modèle?

Cette problématique nous a amenés à poser différentes hypothèses afin de conduire notre étude.

Notre première hypothèse pose que les éléments des débats ne portent plus seulement comme cela pouvait l'être auparavant, au moment de l'instauration de la politique de réduction des risques, sur la question du sevrage comme finalité dans la prise en charge de la toxicomanie. Alors qu'il s'agissait de « guérir » des addictions, la question semble s'être déplacée vers d'autres préoccupations telles que la dimension sécuritaire : l'enjeu ne se situe plus seulement au niveau thérapeutique individuel.

Notre deuxième hypothèse est de considérer que les CIS sont la traduction d'une évolution dans la gestion des risques liés à la consommation de drogue. L'implantation de telles salles, en effet, supposent l'acceptation des limites du modèle classique centré sur le sevrage comme finalité aux soins apportés aux toxicomanes.

Enfin, notre troisième hypothèse soulève la question, à travers les CIS, de la normalisation du modèle de gestion des risques. Prévaut ainsi une conception purement pragmatique et hygiéniste : face à la difficulté de guérir les UDI, les objectifs s'inversent pour privilégier la réduction des risques.

Afin de répondre à cette problématique, et dans le but d'infirmier ou de confirmer nos hypothèses d'étude nous avons ainsi mis en place une méthodologie précise.

Tout d'abord, nous avons procédé à une recherche bibliographique. Nous avons ensuite conduit des entretiens de face à face ou par téléphone. Nous avons ainsi contacté quelques acteurs concernés par l'expérimentation des CIS : des élus, des associations de riverains, des structures de prise en charge des usagers de drogue à Rennes, des représentants des forces de l'ordre (police). Par ailleurs, les villes de Bordeaux et de Paris ont été retenues plus particulièrement dans notre analyse car trois des quatre projets actuellement soumis à la MILDT concernent le Xème arrondissement de Paris et Bordeaux. Concernant le

territoire parisien, les entretiens se sont concentrés auprès de trois acteurs : Mme Sylvie Wieviorka⁵, le président de l'association « Vivre Gare du Nord » ainsi que la présidente de l'association « Action Barbès » qui sont deux associations de riverains. Sur Bordeaux, nous avons rencontré le président de l'association des riverains et résidents de Bordeaux, le médecin responsable de l'association CEID et une élue adjointe au maire, chargée des questions de précarité.

Enfin, nous avons soumis les résultats de ces entretiens à différentes grilles d'analyse que nous avons élaborées au préalable.

Dans un premier temps, nous étudierons l'évolution de la prise en charge des usagers de drogues en France, la mise en place de la politique de réduction des risques et sa nouvelle étape à travers l'expérimentation des centres d'injection supervisés (I).

Dans un second temps, nous montrerons que les projets d'expérimentation des centres d'injection supervisés au niveau local s'avèrent révélateurs d'une évolution du discours autour de la gestion des risques ; nous verrons ce qu'il en est sur le territoire rennais (II).

⁵ Conseiller de Paris, chargée à ce titre de coordonner la mise en place du projet de CIS à Paris. Elue dans le 2^{ème} arrondissement parisien.

Partie 1 - De l'évolution du modèle de la gestion des risques à l'expérimentation des centres d'injection supervisés

Après avoir présenté la naissance du modèle de la gestion des risques (section 1), nous nous attacherons à dresser un profil des usagers fréquentant les structures existantes (section 2). L'expérimentation d'implantation d'un CIS lancée aujourd'hui en France nous conduira à nous pencher sur les expériences étrangères, afin de mieux cerner les objectifs et le fonctionnement d'un tel dispositif (section 3).

Section 1 - Naissance du modèle de la gestion des risques dans la prise en charge des usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI)⁶

A - Un modèle français dual, à la fois répressif et thérapeutique

La loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des « substances vénéneuses » marque l'avènement d'un durcissement de la politique de lutte contre la drogue par l'inscription du simple usage de substances comme délit passible d'un an de prison ferme et de 25 000 francs d'amende.

Ceci dit, au-delà de la répression de l'usage de drogues inscrit dans le texte législatif, celui-ci introduit, pour la première fois, un volet thérapeutique posant l'injonction de s'inscrire dans une démarche de soin gratuite par le sevrage, condition de non poursuite des toxicomanes. Est ainsi créé un lien entre santé publique et ordre public, l'unique réponse répressive au choix d'une société « sans drogue » s'avérant peu adaptée à la problématique de la dépendance.

B - Un nouveau paradigme nécessaire face à la menace du sida : la réduction des risques

Ce modèle français, instauré en 1970, atteint ses limites lors de l'apparition de l'épidémie du sida au début des années 1980. La propagation importante de l'épidémie parmi les usagers de drogues nécessite, de facto, un changement de paradigme : c'est l'importation, au début des années 1990, du concept de « réduction des risques », traduit de l'anglais

⁶ *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues – Expertise collective*, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, 2010, p 209
Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique, Conseil National du Sida, juin 2001
Réduction des risques : bilan et perspectives, CRIPS PACA, décembre 2007

« *harm reduction* ». Voué dans un premier temps à contenir la transmission du VIH parmi les toxicomanes, il marquera une nouvelle étape dans la prise en charge de la toxicomanie. La réduction des risques se définit comme suit : « *Si un usager de drogues (homme ou femme) ne peut ou ne veut pas renoncer à l'usage de drogue, on doit l'aider à réduire les risques qu'il cause à lui-même et aux autres* ⁷ ».

C'est ce que le *Vocabulaire de la Santé Publique* appelle prévention tertiaire, à savoir « *tous actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques dans une population, en réduisant au minimum les invalidés fonctionnelles liées à la maladie* ⁸ ».

Il s'agit donc de réduire les dommages provoqués par la consommation de substances, ce qui implique, en définitive, l'acceptation préalable de cette consommation. Aussi ce principe se concilie-t-il difficilement avec le dispositif de lutte contre la drogue tel que conçu en France. C'est pourquoi sa mise en œuvre s'avèrera lente et graduelle.

C - Des premières mesures d'ordre expérimental

Face au défi posé par l'épidémie du sida, le décret n°87-328 du 13 mai 1987 autorise, pour une période d'un an, la mise en vente libre de seringues en pharmacie à l'attention de toute personne majeure, dispositif pérennisé par le décret n°89-560 du 11 août 1989.

Le décret n°92-590 du 29 juin 1992 vient préciser l'organisation de la prise en charge des usagers de drogues dans les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) gérés essentiellement par des associations. Ce décret permet d'officialiser l'action de ces structures dont la mission est d'assurer conjointement la prise en charge médico-sociale et la prise en charge sociale et éducative des usagers de drogue.

Parallèlement à ces structures existantes, de nouveaux types de dispositifs voient le jour au début des années 90. Il s'agit de fournir aux usagers de drogues les moyens de consommer à moindre risque via la distribution de matériel stérile et la promotion de la substitution, mais aussi de défendre et leurs intérêts comme leur droit à la santé, à l'image de l'association ASUD (Auto Support des Usagers de Drogues), fondée en 1992. Le travail de rue, au plus près des lieux de consommations et des consommateurs eux-mêmes montrera que non seulement les usagers de drogues savent réduire les risques mais qu'ils seront également sensibles aux messages de prévention, contrairement à leur image de «mauvais malades» ou «mauvais patients». ASUD sera le premier groupe à défendre les intérêts des

⁷ E Buning E., Van Brussel G., *The effects of harm reduction in Amsterdam*, European Addiction Research, Vol.1, N°3, 1995, p 92-98

⁸ Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1977

toxicomanes et leur droit à la santé, concrétisé par la distribution de seringues stériles et de produits de substitution.

D'autres dispositifs vont suivre :

Le premier « Sleep In » est une structure d'accueil bas seuil proposant aux usagers de drogues ne souhaitant pas se sevrer, un hébergement. La première structure de ce type a été ouverte par l'association SOS Drogue International (SOS DI). L'association propose également un accueil d'urgence pour les toxicomanes, « Entracte », et une première communauté thérapeutique.

Les dispositifs bas seuil : ils accueillent le « tout venant » usager et lui proposent des soins infirmiers, une prise en charge sociale, un vestiaire...Le travail des espaces bas seuil consiste à accompagner l'individu (durant sa période de consommation). Il s'agit en effet d'obtenir une amélioration du bien-être physique et psychologique de la personne toxicomane, en l'insérant dans un environnement structuré et structurant qui devrait lui permettre de retrouver une certaine indépendance face au « milieu de la drogue » et une certaine maîtrise de sa consommation.

Enfin, Médecins du Monde s'engage seul dans un programme d'échanges de seringues (PES) à Paris en 1988, avec la participation de quelques acteurs de prévention qui associent des usagers de drogues aux actions de prévention du Sida. Il faudra attendre 1995 pour que le programme soit officiellement autorisé.

D - Une réduction des risques qui se met officiellement en place à partir de 1994

Malgré les débats qu'elle suscite, cette gestion des risques est entérinée puis développée par le Plan Gouvernemental contre la drogue pour la période 1994-1996.

Ce dispositif institutionnel de réduction des risques infectieux mis en place en 1994 par Simone Veil, alors ministre de la Solidarité, de la Ville et de la Santé, est justifié par l'épidémie du sida mais également par le constat de l'état de santé déplorable des usagers d'héroïne. Au risque de transmission du VIH s'agrègent ainsi de nouveaux risques sanitaires : infection par les virus des hépatites ; pathologies somatiques associées ; problèmes pulmonaires, cutanés, digestifs, dentaires, ainsi que des souffrances d'ordre psychologique, psychique ou mental.

Les principaux apports de ce plan ont été :

- la poursuite et l'extension des programmes d'échange de seringues et de substitution. L'association AIDES ouvre ainsi 26 PES de 1993 à 1995 ;
- la mise en vente en pharmacies de kits de prévention contenant des seringues

stériles (notamment le Stéribox), faisant des pharmaciens des acteurs de prévention de premier plan. Le décret n°95- 255 du 7 mars 1995 légalise, par la suite, la distribution gratuite de seringues stériles par les personnes physiques et les associations à but non lucratif ;

- enfin, l'ouverture de « boutiques » bas seuil. Les premières boutiques ont été créées à Marseille (« Transit ») et à Paris (« La Boutique »).

E - Un renforcement de la réduction des risques par le renouvellement de l'offre

La loi de santé publique du 9 août 2004 marque la reconnaissance officielle de l'objectif de réduction des risques, dont les actions sont répertoriées dans un référentiel national validé par le décret n°2005-347 du 14 avril 2005.

Ce décret insère ainsi dans le Code de la Santé Publique « *un axe de réduction des risques dans la politique sanitaire de la toxicomanie entre la prévention primaire et le soin* » et offre un cadre général à des actions mises en place depuis plusieurs années.

Les objectifs clairement affichés consistent à :

- prévenir et à prendre en charge les infections sévères, aiguës ou chroniques, en particulier celles liées à l'utilisation partagée du matériel d'injection ;
- les intoxications aiguës, comme les surdoses mortelles ;
- les troubles psychiatriques associés.

Mais il convient, en outre, d'orienter vers les services adaptés, d'urgence, de soins généraux ou spécialisés voire sociaux, la finalité consistant à l'amélioration générale de l'état de santé physique et psychique et à une insertion sociale.

Ainsi, en 2004, le Code de Santé Publique institue les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues (CAARRUD), dont les missions sont précisées par le décret du 8 avril 2005.

Ces centres (en 2010, sont recensé 133 CAARUD sur le territoire français) ont pour objectif d'accueillir et d'informer les usagers de drogues, de leur assurer un suivi personnalisé, de leur permettre d'accéder aux soins de santé mais également à leurs droits grâce à des programmes de réinsertion adaptés. Par ailleurs, les CAARUD leur mettent à disposition du matériel de prévention des infections.

Leur rôle ne se limite cependant pas à cela : l'insertion des usagers passe également par la médiation sociale afin que ces dispositifs (type bas seuil) et centres de soins soient socialement acceptés dans leur environnement. De facto, quelque soient les dispositifs mis en place depuis les années 1990, leur implantation s'avère sensible et suscite de

nombreuses réactions des habitants des quartiers concernés. La réduction des risques suppose et nécessite une médiation sociale et une concertation, à l'image de l'expérience menée dans le 19^{ème} arrondissement de Paris, « *Mieux vivre à Stalingrad* » au début des années 2000⁹.

F - Une offre actuellement à plusieurs niveaux

Le dispositif de réduction des risques et de prise en charge, représentant un tiers de l'offre à destination des usagers de drogue, est défini sur plusieurs niveaux :

Un dispositif général constitué premièrement autour des structures hospitalières sur trois niveaux d'intervention : un niveau de proximité (consultation d'addictologie) ; un niveau de recours (services d'hospitalisation avec sevrage) ; et un niveau de référence (pôles hospitalo-universitaires d'addictologie). Cette organisation des structures sanitaires en différents niveaux permet une certaine proximité et un maillage du territoire ajusté à la complexité des problématiques.

Ensuite, les réseaux ville-hôpital, animés par les médecins généralistes, les praticiens hospitaliers, les intervenants en toxicomanie et les pharmaciens libéraux dans une même région, afin d'assurer la continuité des soins entre les lieux de prise en charge des usagers de drogues, complètent ce dispositif.

Enfin, interviennent les médecins généralistes, qui ont, aujourd'hui en France et depuis 1996, un rôle essentiel en tant que prescripteurs des traitements de substitution.

En outre, un dispositif spécialisé coexiste avec la mise en place des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), qui réunissent, depuis 2007, des CSST (Centre de Soins Spécialisés en Toxicomanie) avec ou sans hébergement, ainsi que des CCAA (Centre de Cure Ambulatoire d'Alcoolologie).

Les CSAPA, avec ou sans hébergement, assurent la prise en charge et la réduction des risques pour tout ou partie des addictions, de façon plus ou moins spécialisée, autour de missions d'accueil, d'information, d'évaluation et de prise en charge médicale, psychologique et sociale.

⁹ http://www.lecrips-idf.net/lettre-info/lettre73/L73_3.htm :

Bernard Jomier, adjoint au maire chargé de la santé, Mairie du XIX^{ème} arrondissement de Paris : « Initiative de la mairie du 19^e arrondissement de Paris, le projet a été mis en place dans le quartier de Stalingrad, mitoyen des 18^e et 10^e arrondissements, qui est marqué depuis plus de 10 ans, par le trafic et la consommation de drogues. Cette situation a amené des mobilisations de riverains protestant contre les nuisances engendrées. [...] Il regroupait quatorze personnes, citoyens tirés au sort et membres désignés pour assurer la présence de tous les points de vue. La mairie s'est ensuite mise en retrait et a laissé la coordinatrice, Anne Coppel, diriger le panel. La démocratie participative ayant fait son œuvre, le panel s'est retourné vers les élus pour faire appliquer leur travail. Les propositions ont été présentées au maire du 19^e arrondissement lors d'une séance publique. La mairie ne s'était pas engagée à réaliser toutes les propositions, notamment parce que la politique des drogues n'est pas de la compétence exclusive des municipalités. La première réalisation a été la création d'une équipe de rue. Une autre proposition a concerné un lieu d'accueil et d'écoute pour les jeunes. »

On constate qu'au fil des années le modèle de prise en charge des toxicomanes a subi de nombreuses évolutions. Le modèle de la réduction des risques concerne une population ayant ses propres caractéristiques.

Section 2 - Profil des usagers fréquentant les structures visant à la réduction des risques

A - Spécificités des usagers des structures de réduction des risques

Les usagers de structures de réduction des risques (RR), notamment les CAARUD, appartiennent pour l'essentiel à l' « espace urbain », à distinguer de l' « espace festif » (rave/free parties, club, soirées privées, ...) dont les usagers et les pratiques sont sensiblement différents même si les dernières tendances montrent une porosité croissante entre ces deux milieux.

Les usagers des structures de RR s'inscrivent d'avantage dans un parcours toxicomane que dans un parcours de soin. Ce sont des personnes poly-usagères de produits illicites vivant très souvent dans des conditions de vie fortement marquées par la précarité. Les usagers de drogues les plus insérés ne fréquentent pas les structures de RR. Il s'agit d'une population très majoritairement masculine et en moyenne plutôt âgée.¹⁰

B - Caractéristiques sociales des usagers de structures de réduction des risques

En 2008, les usagers qui fréquentent les structures de RR en milieu urbain présentent une vulnérabilité sociale importante¹¹.

De nombreuses personnes des structures de RR ont des contacts fréquents avec le dispositif répressif (17.4% ont déjà été incarcérés). Ces épisodes judiciaires ont pour conséquence fréquente l'interruption d'une prise en charge sanitaire ou psycho-sociale.

C - Consommations et pratiques

Les produits les plus fréquemment consommés par les usagers interrogés dans les structures de RR sont le cannabis et l'alcool.¹²

La pratique de l'injection persiste même si elle n'est plus le mode d'administration dominant des substances opiacées chez les usagers problématiques de drogues¹³. La RR

¹⁰Annexe 1 – Tableau 1

¹¹Annexe 1 – Tableau 2

¹²Annexe 1 – Tableau 3

¹³Annexe 1 – Graph 1

(information, accessibilité de matériel stérile, produits de substitution) amène les usagers à limiter les prises de risque mais également à interrompre ou limiter la fréquence de ce mode d'administration.

D - Santé des usagers

La morbidité des usagers de drogues est pour partie directement liée à leurs consommations. Elle peut être due aux conséquences des modes d'administration (injection) : infections virales, bactériennes et dégâts cutané ou veineux, ou directement dues aux produits : troubles du comportement et psychiatriques, surdoses, accidents cardiovasculaires. Dans les conséquences indirectes, on retrouve les accidents, le suicide, les problèmes de nutrition.

1/3 des personnes fréquentant les structures de RR se perçoivent en mauvaise ou très mauvaise santé sur le plan physique.

45% se perçoivent en mauvaise santé psychique, cette proportion augmente avec l'âge.

Cette perception d'un mauvais état sur le plan sanitaire est en augmentation chez les personnes fréquentant les structures de RR. Les jeunes femmes sont plus vulnérables sur le plan sanitaire.

E - Connaissance des risques par les usagers et recours au dépistage

Pour 90% des usagers de drogues fréquentant les centres de RR, les pratiques susceptibles d'engendrer des infections à VIH sont connues, celles liées à la contamination par le VHC le sont moins bien (pour 84% le partage de seringues est un facteur de risque de l'hépatite C).

Selon les observateurs, les groupes de jeunes usagers ont une plus faible conscience des risques liés à leurs pratiques.

L'étude ENaCAARUD montre qu'en 2008, une grande majorité des usagers de drogues fréquentant les structures de RR a déjà pratiqué un dépistage pour l'infection à VIH et l'infection à VHC et la part des usagers n'ayant jamais pratiqué de dépistage semble régresser au cours du temps¹⁴.

Les dépistages sont cependant rapidement obsolètes lorsque les conduites à risque persistent.

¹⁴Annexe 1 – Tableau 4

Entre 2006 et 2010, l'étude ENaCAARUD montre une décroissance de la prévalence du VHC et dans une moindre mesure du VIH¹⁵. L'extension de la pratique du dépistage vers des populations dont le niveau de risque est décroissant ne suffit pas à expliquer la tendance observée.

On peut alors penser que la prévalence (notamment de l'hépatite C) dans cette population à haut risque diminue grâce à l'efficacité de l'ensemble des mesures de RR mises en œuvre.

Les CIS dont l'objectif premier est la réduction des risques, s'adressent à cette population particulière. L'expérimentation actuelle de CIS en France s'inspire de structures déjà mises en place à l'étranger.

Section 3 - Une expérimentation française des CIS qui s'inscrit dans la lignée des expériences existant à l'étranger

Les CIS peuvent être défini comme : *« des structures où les usagers de drogues par injection peuvent venir s'injecter des drogues – qu'ils apportent – de façon plus sûre et plus hygiénique, sous la supervision d'un personnel qualifié. Ces centres poursuivent des objectifs de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues et pour la communauté, dans les domaines de la santé publique et de l'ordre public. »*¹⁶

A - Objectifs d'un CIS

Historiquement, les CIS ont ouvert sous la pression de plusieurs phénomènes : la diffusion de la consommation de drogues par voie intraveineuse (principalement l'héroïne) et l'apparition du VIH dans les années 1980 ont posé la question des « bonnes pratiques » à adopter par les usagers de drogues pour éviter une propagation du virus. Par ailleurs, la présence croissante de consommateurs de drogues en situation de grande précarité, souvent sans domicile fixe, a posé problème en termes de sécurité publique, l'injection se faisant alors dans l'espace public.

La création de CIS s'inscrit donc dans une volonté de réduction des risques. Destinées en premier lieu aux usagers de drogue par voie intraveineuse très précarisés, les CIS doivent leur permettre de consommer leurs drogues dans un lieu sûr et sous la supervision de

¹⁵Annexe 1 – Graph 2

¹⁶«*Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues – Expertise collective*, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, 2010, p 209

professionnels de santé. L'objectif des CIS est à la fois de répondre à une problématique de santé publique et de réduire les troubles à l'ordre public pour la communauté.

Il s'agit de¹⁷ :

- Améliorer l'accès aux soins et aux services sociaux en atteignant un public marginalisé n'ayant pas ou peu accès à ces services ; En ce sens, la mise en place d'un CIS doit permettre de recréer du lien social et favoriser la réinsertion.
- Réduire les risques de transmission de maladies infectieuses virales, notamment le VIH et l'hépatite C, mais également d'autres maladies infectieuses (abcès, botulisme, etc.), dues en grande partie à des conditions d'injection non hygiéniques ;
- Réduire la mortalité liée aux surdoses et aux overdoses ;
- Limiter les effets indésirables tels que l'augmentation du nombre d'injecteurs, de la fréquence des injections ou la diminution des entrées en traitement.
- Eviter et diminuer les nuisances et les troubles à l'ordre public causés les rassemblements de consommateurs de drogues, l'injection en public ou l'abandon de matériel d'injection usager sur la voie publique.

La création des CIS ne s'inscrit donc pas dans une logique de lutte contre la toxicomanie mais bien dans celle d'une réduction des risques pour les consommateurs en premier lieu, puis de la communauté.

B - Description et fonctionnement des CIS

Les CIS sont dans la plupart des cas situés près des lieux de rassemblement et de consommation des UDI. L'expérimentation en France a lieu par exemple à Paris, dans le Xème arrondissement, près de la gare du Nord et de l'hôpital Lariboisière, connu pour être le lieu d'approvisionnement et d'injection de drogues dures de la capitale. Le CIS sera soit une structure indépendante ou intégrée à une structure offrant d'autres services (CAARUD, programmes d'échanges de seringues, hébergement d'urgence).

Un CIS comprend :

- Un espace d'accueil où l'on enregistre les personnes et on vérifie qu'elles aient bien le droit à accéder à la salle d'injection (si elles sont en état d'ébriété, elles peuvent ne pas être acceptées).

¹⁷Ibid

- La salle d'injection proprement dite qui comprend un coin individuel doté d'une chaise, d'une table ou tablette adossée à un mur facilement lavable. L'injection se déroule sous le regard d'un professionnel (infirmier, travailleur social). Le matériel est fourni et entièrement stérilisé¹⁸.
- Une salle de repos pour ceux qui en ont besoin après l'injection
- Un espace où un conseil individuel ou des soins de base (désinfection, pansements...) peuvent être prodigués.
- Parfois d'autres services « de proximité » tels que petite cafétéria, salle d'eau, machine à laver, bourse aux petits jobs...
- Les règles de fonctionnement peuvent varier d'un CIS à l'autre : certains CIS acceptent les mineurs et femmes enceintes, d'autres non. Certains n'acceptent que les personnes résidant dans la ville et la région. La durée de séjour en CIS est souvent limitée. L'enregistrement peut être nominal avec une carte d'accès, dans d'autres il y a un enregistrement dès la première visite, avec un pseudonyme pour garantir l'anonymat. Le trafic et la violence sont interdits et le non-respect des règles est sanctionné. Les usagers apportent leur produit, et généralement déclarent ce qu'ils vont s'injecter. Parfois certaines substances (médicaments, mélanges...) sont interdites. Le partage de substances entre usagers, l'aide à l'injection entre usagers ou par le personnel sont interdits dans la plupart des CIS. En revanche, les professionnels « accompagnent » les UDI en leur montrant les gestes à faire pour éviter les risques. Certaines zones d'injection (l'aïne, le cou...) font l'objet d'interdiction dans certains CIS, avec des exceptions.

C - Les CIS à l'étranger

Dès les années 1980, plusieurs pays ont mis en place des CIS, notamment en Europe. On compte actuellement 9 pays ayant officiellement mis en place ce type de structure : la Suisse, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne, la Norvège, le Danemark, le Luxembourg, l'Australie et le Canada. Généralement situés dans des grandes villes, les CIS y ont été implantés progressivement. Il existe à ce jour environ 90 structures de ce type.¹⁹ La majorité est réservée aux usagers d'héroïne, de crack et de cocaïne.

La Suisse a été le pays précurseur en ce domaine. Un premier CIS a été ouvert à Berne en 1986. Depuis, on en trouve une vingtaine répartis dans plusieurs grandes villes suisses. La

¹⁸ Annexe 7, « Matériel propre ».

¹⁹ European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction

mise en place des CIS suisses s'est faite en réaction à la visibilité de la consommation de drogues par injection et de ses conséquences associées (abandon de matériel usagé, surdoses, vols, violence...).²⁰

Suivant l'exemple suisse, deux CIS ont été ouverts en Allemagne dès 1987 avec l'accord de gouvernements locaux, puis d'autres dans les années qui ont suivi. Néanmoins, la question de la légalité de leur statut s'est posée. En effet, les CIS n'ont été juridiquement reconnus qu'en 1999 quand le gouvernement fédéral en place a décidé de régulariser leur existence. Actuellement, le pays compte 26 CIS. Cependant, ces centres sont inégalement répartis sur le territoire, la politique de santé dépendant de chaque *Land*.

D'importants efforts ont également été faits aux Pays-Bas, où la mise en place de CIS a eu lieu dès la fin des années 1970 avant d'être fermés quelques années plus tard après la mobilisation parfois virulente de riverains mécontents. En 1996, des CIS ouvrent à nouveau bien que l'existence de sites non officiels ait persisté depuis la fermeture des sites au milieu des années 1980. Aujourd'hui, les Pays-Bas sont le pays comptant le plus grand nombre de CIS avec 37 sites.

D'autres pays européens ont depuis emboîté le pas à ces pays pionniers. L'Espagne compte aujourd'hui 6 CIS dans trois grandes villes. La Norvège et le Luxembourg ont chacun ouvert un centre en 2005 dans leur capitale.

Si l'Europe concentre la majorité des CIS, d'autres pays comme le Canada et l'Australie ont largement débattu la mise en place de telles structures. Deux centres nord-américains ont finalement été ouverts dans les années 2000, à Vancouver et à Montréal. L'Australie compte également un CIS à Sydney.

Il existe donc un retour d'expérience important sur la mise en place de CIS. L'expertise collective de l'Inserm de 2010 sur la réduction des risques chez les usagers de drogues démontre que, dans les pays étrangers ayant mis en place des CIS, on constate globalement une réduction importante des risques de contamination par le VIH et le VHC, des septicémies et des overdoses mortelles. Les CIS atteignent également leur objectif en termes de sécurité publique puisque qu'une réduction des nuisances liées à la consommation de drogues a été constatée dans les lieux d'implantation de ces centres.

Cependant, la pertinence de telles structures est remise en cause par certains Etats et une partie de l'opinion publique en période de difficulté économique. Ainsi, en Espagne, bien

²⁰Carrier N., *Une dépolitisation hygiénique : les lieux d'injection de drogues illicites comme stratégie de réduction des méfaits*, Déviance et Société, vol.27, 2003, p 59-76

qu'un bilan positif ait été établi sur la création de centres de supervision, la crise économique que connaît le pays a poussé à la fermeture d'un de ces centres.

C'est également dans un contexte économique difficile et au regard des expériences étrangères qu'une réflexion est aujourd'hui menée en France sur les avantages et les inconvénients de la mise en place de telles structures.

D - Les expérimentations des CIS en France

a - Questions de typologies

L'expression « salle de shoot » est très utilisée dans les médias²¹, mais ne semble pas forcément appropriée pour les tenants de la réduction des risques. La salle de shoot aurait une connotation négative et réductrice de l'objectif de ces salles. « Centre d'Injection Supervisé » est l'appellation choisie par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Le terme de « Salle de Consommation à Moindre Risque » est plus approprié selon les associations de défense de ce projet car il recouvre tous les usages : drogue par injection mais aussi par inhalation. Les projets en cours actuellement questionnent la mise en place de lieux adaptés pour les drogues injectables mais aussi pour les autres drogues qui tendent à être plus éloignées du débat.

b - Chronologie

Le débat sur les CIS n'est pas récent mais a pris de l'ampleur ces trois dernières années. En effet, en 2010, Mme Bachelot, alors Ministre de la Santé, commande à l'INSERM une expertise collective sur le sujet. Cette expertise estime que les CIS ont montré leur efficacité dans le sens où ils permettent de toucher les toxicomanes les plus précaires, de leur proposer un accompagnement médical et social et, enfin, de réduire les nuisances.

Dans la même lignée, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et toxicomanies (MILDT) a été également chargée en 2010 de mener une étude de faisabilité sur l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque en France (SCMR). Après avoir analysé les critères de la future évaluation scientifique, ainsi que les questions techniques et juridiques que cela recouvre, la MILDT s'est déclarée favorable à une telle expérimentation.

²¹ Langlet M., *Bientôt des salles de consommation ?*, Lien Social, N°1076, septembre 2012

La Ministre de la santé a alors souhaité mener une concertation avec les collectivités territoriales sur cette question. Mais le gouvernement de l'époque, conduit par M. Fillon, était inscrit dans une politique unique de répression des drogues et s'est refusé à « accompagner » la consommation de drogue : L'éventualité d'une expérimentation sur les CIS a donc été alors purement et simplement abandonnée.

C'est sous la présidence de F. Hollande et d'un nouveau gouvernement, quelques mois plus tard, que la question sera relancée. En février 2013, l'accord est donné pour expérimenter le premier CIS en France. Face à cet accord de principe, un temps de réflexion est pris pour choisir les villes qui s'engageront concrètement dans cette expérimentation. Les villes de Bordeaux, Marseille et Paris semblent concentrer les besoins les plus importants en la matière.

Paris a été la première ville à organiser un vote sur le sujet. Et le 19 octobre dernier, le Conseil de Paris s'est prononcé pour l'ouverture d'un CIS à titre expérimental. Ainsi la capitale sera vraisemblablement la première ville de France à être dotée d'une telle salle. Si aujourd'hui le lieu précis de son implantation n'est pas encore clairement défini, il est déjà acquis que ce CIS prendra place aux abords de la gare du Nord.²²

²²Clavreul L., *Faut-il ouvrir des salles de consommation de drogue ?*, Le Monde, 28 octobre 2010

Partie 2 - Les projets d'expérimentation de CIS au niveau local comme révélateurs d'une évolution du discours autour de la gestion des risques

Section 1 - Des expérimentations à différents stades, les exemples de Paris, Bordeaux et Rennes

A - L'expérimentation parisienne

Le projet parisien de CIS est porté par l'association Gaïa. Cette association parisienne, fondée et soutenue par Médecins du Monde, est née en 2005 afin de gérer deux programmes : le CSST Bus Méthadone (devenu CSAPA) et le PPMU (Programme de Réduction des Risques en Milieu Urbain – agrément CAARUD). C'est aujourd'hui cette même association, spécialisée dans la rencontre et la prise en charge des personnes toxicomanes, qui a été désignée pour assurer la mise en place du CIS à Paris. Ce lieu devrait voir le jour d'ici la fin de l'été 2013.

Selon Gaïa, qui se dit « *opérationnelle pour la mise en service de la salle* », celle-ci serait composée de huit postes pour l'injection et de quatre postes pour l'inhalation. Quant à la fréquentation de la structure, le flux est estimé entre 150 et 200 personnes par jour. L'association a reçu une subvention de 38 000 euros par le Conseil de Paris pour mener à bien cette expérimentation.

Le maire de Paris, M. Bertrand Delanoë a précisé à l'automne 2012 que cette salle se situerait aux abords de la gare du Nord, là où se concentre la majorité des besoins. C'est d'ailleurs également dans cette zone que se trouvent les distributeurs de Stéribox (seringues, tampons d'alcool), les plus utilisés de la capitale (jusqu'à 260 kits par jour). Si la question de l'adresse exacte reste posée, le lieu d'implantation est donc circonscrit à la zone suivante : à l'ouest de la gare du Nord, du côté des rues Ambroise-Paré, Saint-Vincent-de-Paul, Maubeuge, jusqu'au bout du boulevard de La Chapelle.

Ce CIS doit permettre aux UDI une injection dans des conditions les plus hygiéniques possibles et est conçu avec l'idée de toucher les usagers les plus précaires. Ils sont estimés à environ 1700 à 1800 autour des gares du Nord et de l'Est. Il s'agit principalement d'hommes, âgés de 35 ans en moyenne, souvent sans domicile fixe, sans ressources stables ni sécurité sociale. Ces derniers sont éloignés du suivi des services sociaux.

B - Le projet bordelais

Les projets bordelais concernant l'implantation de deux CIS sur Bordeaux résultent d'une histoire locale dominée par la volonté de deux associations de procéder à leur mise en place, mais selon deux conceptions divergentes.

Le maire de Bordeaux n'est pas opposé d'emblée à la présence d'expérimentations au sein de la ville. Cependant il est plutôt favorable à un CIS adossé à un centre hospitalier, ou à un CIS mobile compte tenu des besoins locaux.

En effet il n'existe pas de « scènes ouvertes »²³ à Bordeaux et la population de consommateurs de drogues par voie intraveineuse se situe plutôt dans des squats repérés par les professionnels. Il s'agit plus particulièrement de jeunes en errance et d'une population bulgare en grande précarité avec des conduites à risques majeures accentuées par la barrière de la langue²⁴. La politique d'accueil et de gestion des risques sur Bordeaux se traduit notamment par l'existence d'un recueil des seringues usagées, grâce à une collaboration étroite entre les partenaires, professionnels, police et municipalité (signalement, ramassage). Une prise en charge des usagers de drogues est assurée par un réseau de différentes structures disséminées sur Bordeaux²⁵.

Un des projets est porté par l'association - Centre d'Accueil Echange Santé - (CASE), soutenue par Médecins du Monde. Elle s'est installée en 2010 au cœur de Bordeaux dans un quartier en pleine rénovation, commerçant, à proximité de trois établissements scolaires. Cette structure a provoqué de fortes oppositions des associations de riverains dès son projet d'installation. Le projet de CIS, prévu dans ce lieu fixe a réactivé de nouvelles mobilisations. Pour finir, le maire de Bordeaux n'a pas validé cette expérimentation.

L'autre projet est porté par l'association - Centre d'Etudes et d'Information des Drogues - (CEID) fondée en 1972 à Bordeaux. L'ouverture du 1^{ier} lieu d'accueil à Bordeaux, en mars 1973, est un espace alternatif conçu sur le modèle des « Free Clinics »²⁶. Le CEID est adhérent à la Fédération Addiction, faisant partie du collectif pour les salles d'injection. Ainsi le CEID a suivi de près les débats depuis 2010. Compte tenu des problèmes locaux et fort de son expérience, le CEID formalise le concept de CIS mobile²⁷.

²³ Terme utilisé par les professionnels de terrain pour désigner le rassemblement d'UDI et la consommation sur la voie publique

²⁴ Propos recueillis auprès du médecin responsable du projet CEID et de la municipalité.

²⁵ Exemple un CSAPA, *Centre Maurice Serisé* à Bordeaux, un *Service d'Appartements Thérapeutiques* (10 appartements), un *Centre Spécialisé de Soins en Addictologie* à Bègles (12 places), une *Communauté thérapeutique* à Barsac (35 lits), deux *Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)* (CEID, centre planterose et programme d'échange de seringue) et la CASE, un *Cann'abus au cœur de la ville*, un Département d'Addictologie du C.H. Ch. Perrens – CSAPA (CHU)...

²⁶ Structure sanitaire parallèle qui délivre des soins gratuits apparue dans les années 60 en Californie.

²⁷ Annexe 4, CEID, « Projet SCMR, dispositif mobile à Bordeaux 2013 ».

C - La situation à Rennes

Les analyses documentaires et les différentes rencontres avec les acteurs locaux font apparaître une spécificité de la consommation de toxiques sur le territoire Rennais et un réseau de structures bien implantées.

a - Rennes, une ville de province avec certaines particularités en matière de consommation

Avec 207 922 habitants, Rennes regroupe près d'1/4 de la population d'Ille-et-Vilaine. La population étudiante et lycéenne y est très importante. La ville de Rennes, comme la Bretagne en général, est traditionnellement présentée comme une terre festive attirant de nombreuses personnes lors de rassemblements.

Cependant selon le commissariat, Rennes se présente comme un territoire relativement calme en matière d'insécurité et de délinquance, et ne dispose pas de « milieu » contrairement à d'autres villes de province.

La Bretagne se démarque des données nationales concernant la population consommatrice de drogues. Cette population est globalement plus jeune et la part des femmes y est plus importante²⁸.

Rennes est une ville étudiante où la consommation d'alcool est significative. Les acteurs du soin confirment cette préoccupation majeure pour la ville. Cependant, il est noté par les forces de l'ordre une consommation associée de cannabis et, depuis 2000, une consommation d'héroïne et de cocaïne plus visible. La consommation d'héroïne s'est « banalisée », le produit est moins cher, remarque un professionnel du soin. La consommation n'est plus en lien avec une représentation des années 70 de marginalisation extrême. Les lieux de « transaction » sont les lieux de passages, les espaces festifs.

Depuis plusieurs années à Rennes, les professionnels de la prévention et de la réduction des risques observent une externalisation des lieux de vie ainsi qu'une précarisation des modes de vie et des pratiques de consommation. Les usagers de drogues sans domicile fixe quittent le centre ville de Rennes et migrent vers la périphérie de la ville. Les conditions de vie de ces populations se détériorent et cette dégradation influe sur le mode de consommation. Les prises de risque sont multipliées par certains usagers pratiquant l'injection : espaces clos insalubres, lieux inappropriés (caniveau, rue...). Dans les

²⁸Annexe 1 – Tableau 1

pratiques observées sur la ville de Rennes, l'injection par voie artérielle (majorant les risques d'accidents et d'infections) est davantage mentionnée par les usagers de drogues.²⁹

Il est tout de même important de noter que les usagers de drogues en Bretagne sont globalement « moins précaires » qu'au niveau national³⁰.

Comme sur l'ensemble du territoire, le phénomène marquant est la prépondérance de la poly-consommation.

b - Un réseau de soins et de prévention structuré

Le CSAPA est une structure appartenant à un établissement public de santé mentale (centre hospitalier Guillaume Régnier). Il propose une prise en charge ambulatoire de type substitution : Subutex mais aussi Méthadone bas seuil et haut seuil.

Le CAARUD est une structure gérée par l'association « AIDES » se qualifiant comme « en dessous du bas seuil ». Son objectif est essentiellement l'accompagnement à la réduction des risques. L'accueil y est anonyme et gratuit. La personne rencontrée parle d'un endroit « où se poser ».

Ces deux acteurs principaux du soin aux UDI travaillent en collaboration. Le réseau s'étend aux médecins généralistes (réseau ville-hôpital). Les forces de l'ordre sont des interlocuteurs, à la fois dans une négociation autour de zones de « non intervention » mais également dans une collaboration sur les actions de prévention.

La personne rencontrée au commissariat souligne que si le cœur de métier des policiers est bien la répression, il n'en demeure pas moins qu'ils ont un rôle majeur en matière de prévention. Les liens avec le milieu associatif ou hospitalier sont cependant peu formalisés. Le Conseil Départemental de Prévention de la Délinquance (CDPD) étudie la thématique de l'usage de drogues à Rennes en partenariat avec la municipalité, la préfecture et les forces de l'ordre.

Dans le discours des acteurs du soin, la municipalité est peu présente. Celle-ci développe cependant des ateliers santé ville dont l'un d'eux est intitulé : « Prévention et réduction des risques en matière d'addictions ». Ce travail de la ville de Rennes porte cependant essentiellement sur le risque « alcool »³¹. Une des actions à destination des UDI est la mise en place et la gestion de deux distributeurs/récupérateurs de seringues. De l'avis des professionnels impliqués dans ce dispositif, son fonctionnement est tout à fait satisfaisant.

²⁹ Guillaume M., Pavic G., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2010 – Tendances récentes sur le site de Rennes*, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, 2012, p 5-35

³⁰ Annexe 1 – Tableau 2

³¹ Annexe 2 - Plan local de santé de la ville de Rennes, « Prévenir les conduites à risque pour la santé et réduire les dommages », Janvier 2013.

L'association AIDES et donc le CAARUD participent actuellement, en collaboration avec l'INSERM, l'association Gaïa et Médecins du monde à un projet de recherche : le projet AERLI (Accompagnement à l'Education des Risques Liés à l'Injection). Ce projet s'inscrit dans une démarche nationale, d'autres régions sont engagées. L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'impact de la supervision par des professionnels dans la réduction des risques. Ainsi le CAARUD de Rennes expérimente la pratique d'injections en présence de professionnels sur une dizaine d'utilisateurs. Quant à celui de Brest c'est la pratique d'injection en milieu protégé avec mise à disposition de matériel mais sans accompagnement qui est expérimentée. Les résultats de cette recherche sont attendus pour 2014.

Section 2 - Diagnostic sur la possibilité d'implantation d'un CIS sur le territoire Rennais

A - Le cœur des débats

La décision d'expérimentation des CIS et la perspective de généralisation de ces structures animent tout autant les acteurs du soin que les partenaires institutionnels et les citoyens. Les espaces de parole mis en place afin que s'expriment les différents acteurs, mais aussi les discours développés dans les médias permettent de qualifier le contenu de ces débats.

L'intensité de ces échanges conduit un des protagonistes rencontrés à qualifier la thématique de violente. Cette violence semble être à l'image de l'engagement des professionnels, des enjeux politiques, de l'insécurité ressentie par les riverains et de la souffrance des utilisateurs.

A l'issue de l'analyse des différents entretiens nous dégagerons plusieurs axes constitutifs de ces débats.

En préalable, le constat partagé est celui de la présence d'utilisateurs de drogue par voie intraveineuse et leur visibilité dans certains quartiers. Ceci fait dire à un acteur du soin rennais : « *Y aura toujours des gens qui se droguent* ». La répression ne semble plus être une solution permettant une résorption du phénomène.

a - Une concertation controversée

Notre analyse sur des sites expérimentateurs d'un CIS nous amène à constater que promoteurs et opposants au projet (notamment à Paris) se confrontent sur la pertinence de la concertation. Bien qu'existante, celle-ci semble insatisfaisante. Les propos développés laissent penser qu'il est difficile d'obtenir un consensus sur la question de l'implantation. « EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2012

...ce que je reproche infiniment au maire et au gouvernement c'est de nous mettre devant le fait accompli ! » exprime un des opposants au projet. Parallèlement, le constat des promoteurs interroge la possibilité d'aboutir à une position commune. Ils doutent de la possibilité de convaincre. « *La concertation est utile mais il ne faut pas qu'elle s'éternise ! De toute façon tant qu'on ne donnera pas raison aux riverains en disant on va la mettre en-dehors de vos fortifications, ils estimeront qu'il n'y a pas eu de concertation. Car la concertation pour eux c'est leur donner raison !* ».

Enfin, il est souvent fait état au regard de ces oppositions d'une « démonstration par l'expérience ». En effet, les personnes favorables au projet invoquent la nécessité de « trancher » et de prendre une décision politique forte malgré les oppositions. Ils s'appuient ainsi sur d'autres expériences où l'opposition initiale avait laissé place à une acceptation voire à une revendication du maintien des structures.

Ce point d'achoppement est symptomatique d'une réelle tension qui concerne bien plus souvent le lieu d'implantation des structures que l'objectif du projet.

b - Un centre d'injection supervisé : oui mais où ?

Pour les spécialistes de la prise en charge, la difficulté des usagers à se déplacer est un argument en faveur d'une implantation au plus près des lieux que les usagers fréquentent habituellement. La crainte d'une stigmatisation de certains quartiers par les associations de riverains mais aussi le souhait pour les professionnels du soin de s'adapter aux besoins des usagers les conduit à proposer le concept de « CIS mobile ». L'inconvénient d'un possible manque de repères pour les usagers s'oppose ici à la volonté de ne pas stigmatiser certains lieux.

L'implantation reste un des points de conflit les plus fréquents. En effet, si peu d'éléments font état d'une opposition au projet lui-même, l'expression d'un des acteurs rennais résume pour partie la teneur du débat sur ce point : « *ouais, c'est bien les salles d'injection, ouais c'est super ! Mais personne le veut à côté de chez soi...*³² ». A Paris, les différentes propositions de certaines associations de riverains, centrées en priorité sur la protection des résidents du quartier, « *qu'il faut protéger au moins autant que les drogués*³³ », se rejoignent toutes pour un changement du lieu d'implantation afin d'éloigner au maximum le CIS des lieux d'habitation. Ainsi alors que la nécessité d'apporter une solution est

³² Entretien réalisé au CSAPA - Rennes

³³ Entretien réalisé avec le président de l'association « vivre gare du nord » - Paris

reconnue, les propositions avancées semblent parfois emprunter la logique de l’adage bien connu « Not In My Backyard ».

Un lieu d’implantation à l’intérieur ou adossé à un centre hospitalier est souvent évoqué, ce qui semble être une proposition rassurante pour des riverains, confinant cette structure dans un lieu identifié où la sécurité serait assurée. Les promoteurs avancent l’argument du public cible qui ne fréquente pas habituellement les hôpitaux et qui de ce fait ne s’y rendront pas. Le risque potentiel est de ne pas toucher les usagers ayant réellement besoin de ce type de dispositif.

Au travers des débats évoqués la question du lieu d’implantation est donc centrale. En arrière plan, le refus de « voir » ce type de public reste prégnant et l’attente de certains riverains serait plutôt celle d’un éloignement ou de la mise derrière les murs de ce public.

L’argument principal avancé reste pour les opposants celui de l’insécurité potentiellement générée par l’ouverture de ce type de structure.

c - L’implantation de CIS : recrudescence de l’insécurité pour les riverains ?

Un des acteurs du soin rennais pointe : « *la frontière entre sécurité publique et santé publique est tenue*³⁴ ». Cette phrase focalise le débat sur la question de la sécurité. Elle peut-être entendue comme argument en faveur des structures de réduction des risques qui viendraient par là juguler les troubles à l’ordre public. Pour autant, c’est bien l’argument inverse qui est porté par les opposants au projet.

La crainte exprimée est en lien avec un risque de voir se renforcer la présence de toxicomanes et de dealers dans un quartier. « *Les consommateurs de drogue, les dealers, on n'en peut déjà plus. Cette salle, cela nous fait une pub nationale dont on se serait bien passé*³⁵ ».

En réponse à cette argumentation, est évoquée la fréquentation réduite des UDI dans cette future structure. L’élue en charge de la mise en place du projet à Paris affirme : « *A Paris vous avez une vingtaine de centres de soins de divers niveaux pour toxicomanes – et vous allez avoir UNE salle de consommation. La file active attendue est d’un millier de personnes par an, je pense que la file active globale et cumulée de l’ensemble des centres parisiens doit être de l’ordre de 20 000 personnes par an, quelque chose comme ça, je vous donne des chiffres à la louche hein ?! Donc vous voyez bien que ce n’est pas le cœur*

³⁴ Entretien réalisé au CSAPA - Rennes

³⁵ Propos d’un professeur retraité- Le Monde – 27 mars 2013 – « A Paris, angoisse et espoir autour de la salle de shoot »

*de la politique, ça n'est qu'à la marge*³⁶ » Tous les usagers ne sont pas prêts à la fréquenter. Un professionnel rennais du CAARUD rapporte ainsi les propos d'un usager : *«ouais c'est bien que ça se fasse mais moi je viendrai pas.»*, appuyant son argumentation sur le fait que seuls douze usagers sur une file active de 330 ont accepté de participer au projet de recherche.

L'argument de la sécurité est aussi très présent dans le discours des promoteurs qu'ils soient soignants, éducateurs ou politiques. La création de CIS serait l'opportunité de ramener de la sécurité dans certains quartiers. En effet, ce type de structure aurait pour eux l'avantage de rendre encore moins visible cette pratique : *« au lieu de se shooter dans la rue, les personnes viendront consommer dans la salle, y'a du personnel, y'aura la préfecture, le ministère de l'intérieur nous accorde autour de la gare du nord un renfort de policiers qui seront vraiment des policiers qui seront là...Et je pense que ça va apporter aux riverains, contrairement à ce que certains craignent, une amélioration de la situation*³⁷ ».

En définitive la question de la sécurité reste l'argument majeur porté par les opposants et les promoteurs de ce type de projet. Certains arguments marginaux dans leur nombre nous paraissent cependant importants à souligner.

d - Les autres éléments évoqués

Ces points sont avancés par les professionnels et concernent le profil et le besoin des usagers, besoins qui justifient à leurs yeux la création de CIS. Le profil des usagers fréquentant ce type de structure est un public marginal, désocialisé, donc peu nombreux. Cette désocialisation entraîne une précarité importante et la nécessité d'un travail de réinsertion.

La sécurité des usagers est aussi évoquée comme argument : *« moi j'en ai connu des tox, il y en a s'ils n'avaient pas pris d'héroïne, il y a longtemps qu'ils se seraient foutu en l'air*³⁸ ».

En outre, la question économique est évoquée de différentes manières. Cette question a semble-t-il été un des arguments à la fermeture d'une structure d'hospitalisation pour aller vers une structure de substitution : *« les hospitalisations ça commence à coûter cher quoi ! Pour dix toxicos, ça voulait dire du temps infirmier, du temps, du temps médecin, du temps*

³⁶ Entretien réalisé avec Mme S. WIEVIORKA - Paris

³⁷ Ibid

³⁸ Entretien réalisé au CSAPA-Rennes

psycho, du temps assistante sociale et cætera... ». Ce même argument est repris par certains citoyens concernant le financement public de ces structures.

A l'issue de cette première partie d'analyse, nous pointons que les éléments du débat entre opposants et porteurs du projet concernent essentiellement les questions de sécurité. Les besoins des usagers, leur souffrance, restent peu évoqués dans les entretiens. Par contre la nécessité de prévenir les risques liés à la pratique d'injection est sans doute l'argument, qui pour les professionnels préside à la nécessité de créer des CIS (ou structures apparentées). Nous verrons dans la deuxième partie de cette analyse, les éléments constitutifs de ce discours.

B - Vers une normalisation de la gestion des risques ?

a - La remise en cause du modèle du sevrage comme réponse unique

Alors que depuis les années 1990, le sevrage est considéré comme la finalité en soi de la prise en charge des consommateurs de drogue, cette vision a changé. En effet, bien que le sevrage demeure dans les débats et reste un objectif, il n'est cependant plus considéré comme prioritaire. Selon le CAARUD de Rennes, si le sevrage n'a pas pu faire ses preuves, c'est principalement parce que cette méthode était imposée aux usagers de drogue et considérée comme une solution unique : *« Ca a totalement échoué. Alors ok, les personnes elles vont se sevrer y'a pas de souci ! Mais vu que y'a pas tout un travail qui a été engagé, que ça venait pas d'elles-mêmes, ça échouait systématiquement. »*³⁹

Ce point de vue est également défendu par Mme Sylvie Wieviorka. Selon elle, les interrogations actuelles portent principalement sur la politique de santé publique à mener vis-à-vis des usagers de drogues, bien que personnellement, elle estime que la question est tranchée dans les faits. En effet, celle-ci explique que tous les pays ayant mis en place une politique uniquement basée sur le sevrage ou l'abstinence ont des taux très élevés de contamination par le virus du SIDA et une mortalité très élevée. Elle *« comprend intellectuellement que tout le monde préfère que les gens ne consomment pas ou se sèvrant mais la pratique a montré depuis, sur une très large échelle et depuis de très nombreuses années qu'on ne pouvait se contenter d'une offre de sevrage et d'abstinence »*⁴⁰.

De plus, l'Association Gaïa et le CEID à Bordeaux mettent en évidence que les soins et le sevrage restent des objectifs nécessaires dans la prise en charge des usagers de drogue. En

³⁹ Entretien réalisé au CAARUD - Rennes

⁴⁰ Entretien réalisé avec Mme S. WIEVIORKA - Paris

revanche, ils ne peuvent plus constituer une finalité en soi tant l'élimination totale de l'usage de drogue est utopique. Pour résumer, l'association -Action Barbès- affirme que « *le soin certes, le sevrage peut-être, l'éradication sûrement pas. Il y aura toujours des gens qui n'arrivent pas à s'en sortir.* »⁴¹

En réponse à l'échec d'une politique de lutte contre la consommation de drogue prônant uniquement le sevrage ou l'abstinence, une volonté de prévention et de gestion des risques a donc progressivement été développée afin d'apporter des réponses sanitaires, sécuritaires et sociales. Un discours plus pragmatique de santé publique global a alors émergé dans les années 90.

b - Les réponses apportées par le modèle de gestion des risques

La politique de gestion des risques présente principalement des avantages en termes de réduction des risques sanitaires tant pour les usagers de drogue que pour les autres citoyens. Selon le CAARUD de Rennes, l'intérêt de la politique de réduction des risques est de pouvoir « *tenir compte de la réalité des personnes* » afin de pouvoir s'adapter à leurs modes de vie pour que l'injection puisse se faire dans les meilleures conditions d'hygiène possible. De plus, l'avènement de la politique de gestion des risques a permis de mettre en évidence que les usagers de drogue eux-mêmes s'intéressent à leur santé et prennent soin d'eux en utilisant les outils mis à leur disposition comme le matériel stérile. La mise en place de PES a ainsi favorisé un allongement de l'espérance de vie au sein de la communauté consommatrice par injection.

Aujourd'hui, les CAARUD exercent des missions essentielles de prévention, de soins primaires et d'alerte pour la gestion des risques. L'ensemble des structures de prise en charge des usagers rencontrées (CEID à Bordeaux, CSAPA et CAARUD à Rennes) ont insisté sur les risques pris par les toxicomanes. Les mauvaises pratiques d'injections (point d'injection, conditions d'hygiène...) sont répandues à cause de l'apprentissage par le biais des pairs. Pour le Centre d'Information et de Ressource sur la Drogue et les Dépendances (CIRDD) de Bretagne, le sevrage reste une des finalités. La gestion des risques est relativement bien adaptée dans la mesure où la modification des types et des pratiques de consommation constitue déjà une étape importante⁴².

La politique de gestion des risques apporte également des réponses au niveau social pour des personnes largement marginalisées. Les CAARUD rennais et bordelais précisent

⁴¹ Entretien réalisé auprès de l'association Action Barbès - Paris

⁴² Information recueillie lors de l'entretien avec le CIRDD - Rennes

recevoir une population majoritairement précaire, en demande de lien social. Même si les personnes consommatrices ne viennent que ponctuellement durant les heures de permanence, le personnel du CAARUD a pleinement conscience « ...qu'il y a autre chose derrière. La réduction des risques ça se limite pas à l'échange de matériel. (...) Y'a des personnes aussi qui veulent venir au CAARUD parce que y'a tout l'échange, les personnes de la communauté, y'a possibilité de discuter aussi avec nous, c'est pas pareil quoi !⁴³ ». La structure constitue en effet pour beaucoup de toxicomanes le seul lieu où ils peuvent échanger sur leurs problèmes et partager leurs expériences sans peur d'être jugés. Venir au CAARUD peut donc s'inscrire dans un projet plus large qu'une simple réduction des risques sanitaires.

Le discours sécuritaire a également été dominant dans l'évolution du modèle de gestion des risques. La loi de 1970, qui pénalise l'usage et le trafic de drogue, considère le consommateur comme un délinquant. Le discours des forces de l'ordre va donc dans ce sens mais il est nuancé puisque l'objectif souhaité est que les consommateurs n'enfreignent pas à nouveau la loi⁴⁴. Par ailleurs, le discours sécuritaire s'inscrit dans la gestion des risques avec le souhait de réduire les nuisances associées à une consommation de drogue par voie intraveineuse (vols, violences, matériels usagés abandonnés sur la voie publique...). Par exemple, la mise en place de distributeurs et de récupérateurs de seringues s'est inscrite dans un objectif de suivi sanitaire et dans un objectif de sécurisation des quartiers et de leurs habitants.

La politique de réduction des risques s'est donc institutionnalisée pour des raisons sanitaires, sociales et sécuritaires. Cependant, selon le CAARUD de Rennes, il est aujourd'hui nécessaire de franchir une nouvelle étape. Dans ce sens, l'instauration de CIS sur le territoire national peut constituer un outil supplémentaire efficace pour lutter contre les risques liés à l'injection, introduire de bonnes pratiques et surtout mettre fin à une certaine « *hypocrisie* ».

c - Le CIS : un outil supplémentaire dans la palette de la gestion des risques

Au sein des CAARUD rencontrés et en dépit de l'interdiction, il arrive que des usagers de drogues utilisent les toilettes et les douches pour s'injecter. Ces pratiques sont illégales et peuvent mettre en danger les professionnels qui travaillent dans ces structures ainsi que les usagers de drogue qui s'injectent dans des conditions d'hygiène et de sécurité limitées. Des

⁴³ Entretien réalisé au CAARUD - Rennes

⁴⁴ Entretien réalisé au commissariat - Rennes

discussions au niveau national ont été engagées pour savoir quelle position adopter face à ces comportements. Certains CAARUD ont d'ailleurs décidé de mettre des récupérateurs dans les toilettes. Bien que répondant à un souci de sécurité pour les personnels, cela s'apparente à une acceptation de ces pratiques illégales. « *Des pratiques se déroulent déjà avec un accord des professionnels dans le cadre d'une démarche clandestine*⁴⁵ ». A cet égard, les CIS semblent être une alternative pertinente.

Selon Mme Wieviorka, c'est justement parce qu'il existe déjà un dispositif de gestion des risques très étoffé que l'introduction des CIS se justifie pleinement aujourd'hui, « *pour ceux qui ne sont pas en capacité, pour diverses raisons, de bénéficier des dispositifs existants* ». De son avis, les CIS « *ça vient en complément d'un dispositif ancien, bien différencié, et plutôt bien fourni* ». En effet, comme l'expliquent les professionnels des CAARUD rencontrés, les CIS vont s'adresser à une petite partie des usagers de drogues, à savoir les plus précaires, ceux qui ne peuvent vraiment pas s'injecter dans de bonnes conditions. L'association Gaïa précise cette idée puisque, selon elle, l'enjeu est également sociétal, le CIS étant conçu pour toucher les usagers les plus précaires. Les membres de l'association Action Barbès souligne aussi que « *les centres de consommation ne s'adressent pas aux petits bourgeois du 16^e qui eux se contentent éventuellement de venir chercher des seringues, c'est pour les plus précaires ; ceux qui sont obligés de se piquer dans la rue, dans les WC publics et tout ça* ».

Enfin, les CIS constituent un outil supplémentaire car ils permettent de mettre en place une éducation liée à l'injection. En effet, le CAARUD de Rennes souligne « *qu'il n'y a rien de tel que l'observation des pratiques des usagers pour les pousser à adopter de bons comportements* ». La valeur ajoutée des CIS est « *que l'on rentre dans la pratique des usagers de drogue, de pouvoir en parler ensuite car si on ne peut pas voir comment les gens pratiquent, on fait la moitié de notre travail* ».

⁴⁵ Entretien réalisé au CEID - Bordeaux

Conclusion

Ainsi, les CIS peuvent constituer un outil supplémentaire dans la politique de réduction des risques menée depuis les années 1990. Cependant, il est probablement encore trop tôt pour penser que nous sommes passés à une étape qui rompt radicalement avec le modèle du sevrage. En effet ce modèle demeure présent dans les débats même s'il n'est plus prioritaire. Il est notamment soutenu par les associations de riverains tels que « Vivre gare du Nord » qui souhaite que le soin demeure la finalité de toute prise en charge des usagers de drogues. Nous notons aujourd'hui que le discours autour du sevrage s'est inversé par rapport aux années 1990 : la réduction des risques est de nos jours l'objectif principal, bien que le sevrage reste un des objectifs annoncés. Il y a bien une généralisation d'une conception sanitaire, sociale et sécuritaire. Il s'agit de réduire les risques pour les UDI mais également d'éviter une contamination de la communauté. Ainsi la logique thérapeutique individuelle semble avoir été abandonnée. La principale nouveauté introduite par les débats sur les CIS est l'entrée dans une logique se dirigeant plus vers l'accompagnement à la maîtrise des risques.

Le cas Rennais interroge sur l'opportunité de la mise en place d'une telle structure. Même si elle ne constitue pas une priorité de la municipalité, le CAARUD mène un projet expérimental « AERLI » sous l'égide de l'INSERM pour identifier les besoins sur le territoire et la réponse que pourrait apporter un CIS aux UDI. Ce projet, s'il voit le jour, serait une première dans une ville de taille moyenne, et pourrait se généraliser à d'autres endroits, puisque le dispositif est actuellement expérimenté dans plusieurs villes.

Les débats engendrés par la mise en place de CIS sont révélateurs d'interrogations quant aux modalités concrètes de leur mise en place (lieu d'implantation) et des effets sur le climat social dans les quartiers. Ils constituent, à l'égard des expériences suisses ou espagnoles, une vraie opportunité pour l'amélioration des conditions sanitaires des UDI.

Bibliographie

Législatif et réglementaire

- *Loi no 70-1320 du 31 décembre 1970*, J.O. du 2 janvier 1971
- *Loi n° 2004-806 du 9 août 2004* relative à la politique de santé publique
- *Décret n°87-328 du 13 mai 1987* portant suspension des dispositions du *décret n° 72-200 du 13 mars 1972* réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie
- *Décret n°89-560 du 11 août 1989* modifiant le *décret 72200 du 13 mars 1972* réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie
- *Décret n°92-590 du 29 juin 1992* relatif aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes
- *Décret n°2005-347 du 14 avril 2005* approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique

Rapports et articles de revues

- Belliard D., *Drogues : la troisième voie*, Alternatives Economiques, N° 298, janvier 2011
- Buning E., Van Brussel G., *The effects of harm reduction in Amsterdam*, European Addiction Research, Vol.1, N°3, 1995, p 92-98
- Cadet-Taïrou A., Gandilhon M., Lahaie E., Chalumeau M., Coquelin A., Toufik A., *Drogues et usages de drogues en France – Etat des lieux et tendances récentes 2007-2009 – 9^{ème} édition du rapport national du dispositif TREND*, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, janvier 2010, p 21-89
- Cadet-Taïrou A., *Résultats ENa-CAARUD 2010 – Profils et pratiques de usagers*, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, septembre 2012
- Carrier N., *Une dépolitisation hygiénique : les lieux d'injection de drogues illicites comme stratégie de réduction des méfaits*, Déviance et Société, vol.27, 2003, p 59-76
- Coppel A., « *Drogues et médicalisation* » *Entre expertise et demande sociale*, Multitudes, N°44, 2011, p 78-84

- Girard G., Pavic G., *Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues – Données 2011 pour Rennes et la Bretagne*, CIRDD Bretagne, octobre 2012, p 5-20
- Guillaume M., Pavic G., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2010 – Tendances récentes sur le site de Rennes*, Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, 2012, p 5-35
- Langlet M., *Bientôt des salles de consommation ?*, Lien Social, N°1076, septembre 2012
- Pennognon L., Pavic G., *Tableau de bord sur les addictions en Bretagne*, ORS Bretagne / AIRDDS-CIRRDD Bretagne, novembre 2012
- *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues – Expertise collective*, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, 2010, p 209
- *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique*, Conseil National du Sida, juin 2001
- *Réduction des risques : bilan et perspectives*, CRIPS PACA, décembre 2007

Articles de presse

- Clavreul L., *Faut-il ouvrir des salles de consommation de drogue ?*, Le Monde, 28 octobre 2010
http://www.lemonde.fr/a-la-une/article/2010/10/28/faut-il-ouvrir-des-salles-de-consommation-de-drogue_1432437_3208.html
- Clavreul L., *Les salles de shoot sous la pression des municipales*, Le Monde, 8 décembre 2012
http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/12/08/droque-les-salles-de-consommation-sous-la-pression-des-municipales_1801943_1651302.html
- *A Paris, angoisse et espoir autour de la « salle de shoot »*, Le Monde, 27 mars 2013
http://www.lemonde.fr/societe/visuel/2013/03/27/a-paris-angoisse-et-espoir-autour-de-la-salle-de-shoot_3148725_3224.html
- *Débats houleux autour de la future salle de shoot parisienne*, Libération, 28 mars 2013
http://www.liberation.fr/societe/2013/03/28/debat-houleux-autour-de-la-future-salle-de-shoot-parisienne_891873
- *Bientôt une salle d'injection expérimentale à Paris*, Le Monde, 5 février 2013
http://www.lemonde.fr/societe/article/2013/02/05/bientot-une-salle-de-shoot-experimentale-a-paris_1827449_3224.html

- *Salle de Shoot : toujours pas de lieu mais beaucoup de contestations*, Le Figaro, 15 avril 2013
<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2013/04/14/01016-20130414ARTFIG00203-salle-de-shoot-toujours-pas-de-lieu-mais-beaucoup-de-contestations.php>
- *Paris : une consultation sur la future salle de shoot rassemble en majorité des opposants*, Le Point, 15 avril 2013
http://www.lepoint.fr/societe/paris-une-consultation-sur-la-future-salle-de-shoot-rassemble-en-majorite-des-opposants-15-04-2013-1655068_23.php
- *«Salles de shoot»: un bilan mondial plutôt négatif*, Le Figaro, 23 octobre 2012
<http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2012/10/22/01016-20121022ARTFIG00594-salles-de-shoot-un-bilan-mondial-contraste.php>

Sites internet

- **European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction**
[Topics \(A–Z\) > Responses to drug use > Harm reduction > Consumption rooms](http://www.emcdda.europa.eu/themes/harm-reduction/consumption-rooms)
<http://www.emcdda.europa.eu/themes/harm-reduction/consumption-rooms>
 (30/04/2013)
- **CERU**
 Costentin J., *Pourquoi les « salles de shoot » pour les toxicomanes sont une vraie mauvaise idée*, 6 novembre 2012
<http://www.ceru.fr/spip.php?article80>

Liste des annexes

Annexe 1 . Profil des usagers de drogues : données chiffrées

Annexe 2 . Plan Local de Santé de la Ville de Rennes, « *Prévenir les conduites à risques pour la santé et réduire les dommages* », 2013

Annexe 3 . Etude ANRS-AERLI, « *Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection* »

Annexe 4 . Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les addictions (CEID) - projet SCMR, dispositif mobile à Bordeaux, 2013

Annexe 5 . Grilles synthétiques des différents entretiens menés

Annexe 6 . Encart sur la légalité des CIS

Annexe 7 . Notre sujet en images

Annexe 1. Profil des usagers de drogues : données chiffrées

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des usagers des structures de réduction des risques

	France (%)	Bretagne (%)
Sexe		
Homme	78.3	76.7
Femme	21.7	23.3
Age		
<25ans	18.2	25.6
25-34ans	33	42.2
>34ans	48.8	32.2

Source : ENaCAARUD *2008, OFDT/DGS

*Enquête Nationale CAARUD : enquête biannuelle prévue par la circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C du 2 janvier 2006 relative aux modalités de financement et d'intégration des structures de réduction des risques dans le champ des établissements médico-sociaux.

Elle vise à assurer le suivi, l'évolution du dispositif et à disposer d'indicateurs de suivi des caractéristiques des usagers pris en charge et ainsi de contribuer à mieux adapter les réponses des professionnels et des pouvoirs publics aux évolutions des besoins de cette population.

L'enquête inclue tous les usagers reçus dans un centre ou rencontrés par une équipe mobile durant une semaine donnée. Le questionnaire est complété lors d'un entretien en face à face mené par des intervenants (travailleurs sociaux, éducateurs, infirmiers, ...).

Tableau 2 : Caractéristiques sociales des usagers des CAARUD

	France 2010 (%)	Bretagne 2008 (%)
Couverture santé		
Sécurité sociale hors CMU ou ALD	26.9	-
Sécurité sociale avec CMU ou ALD	61.9	-
Non affilié à la sécurité sociale	11.3	-
Logement		
Durable	48.4	62.5
En institution ou provisoire chez les proches	23.4	13.6
SDF	19.6	13.6
Squat	8.6	10.2
Origine des ressources		
Revenus d'emplois et ASSEDIC	22	-
Prestations sociales / Ressources provenant d'un tiers	56.2	-
Autres ressources (illégal) / Sans ressources	22	-
Niveau de précarité		
Faible	25.2	-
Moyen	46.1	-
Fort	28.8	-

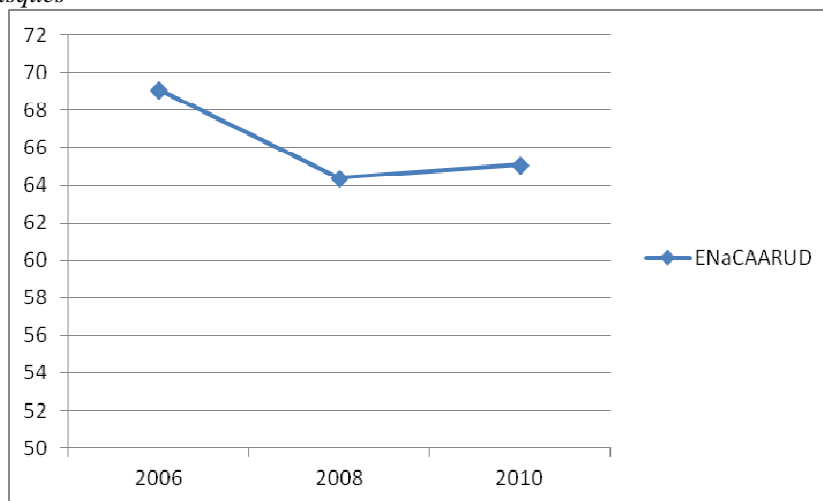
Source : ENaCAARUD 2008, 2010, OFDT/DGS

Tableau 3 : Usages récents (mois précédent) chez les personnes fréquentant les CAARUD.

	Effectif (%)
Cannabis	71.7
Alcool	63
BHD	39.5
Héroïne	31.3
Méthadone	28.1
Sulfates de morphine	14.9
Codéine	5.4
Cocaïne poudre / free base	32.8
Crack	15.3
Amphétamines	12.9
Ecstasy	8.7
Plantes et champignons	5.6
Kétamine	6.5
LSD	7.7
Benzodiazépines	28.6

Source : ENaCAARUD 2010, OFDT/DGS

Graph 1 : Evolution de la prévalence de l'injection au moins une fois dans la vie dans les structures de réduction des risques



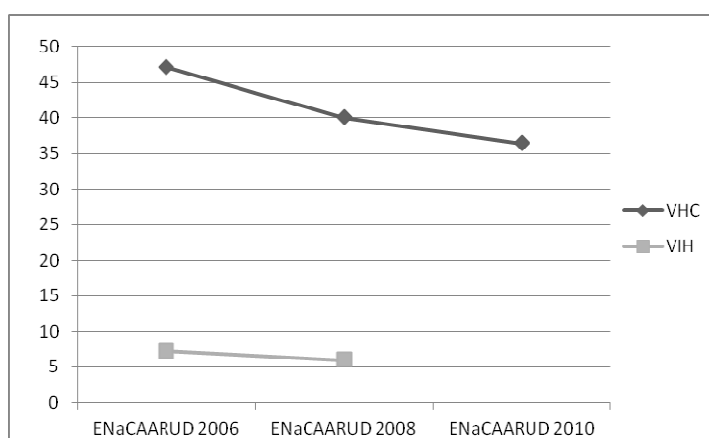
Source : ENaCAARUD 2006, 2008 et 2010, OFDT/DGS

Tableau 4 : Pratiques de tests de dépistage des infections à VIH et VHC parmi les usagers fréquentant les CAARUD

	VIH	VHC
A fait le test - %	87.2	83.8
N'a pas fait le test - %	12.8	16.2
Parmi les négatifs, ancienneté du test		
> 1 an	31.5	28.8

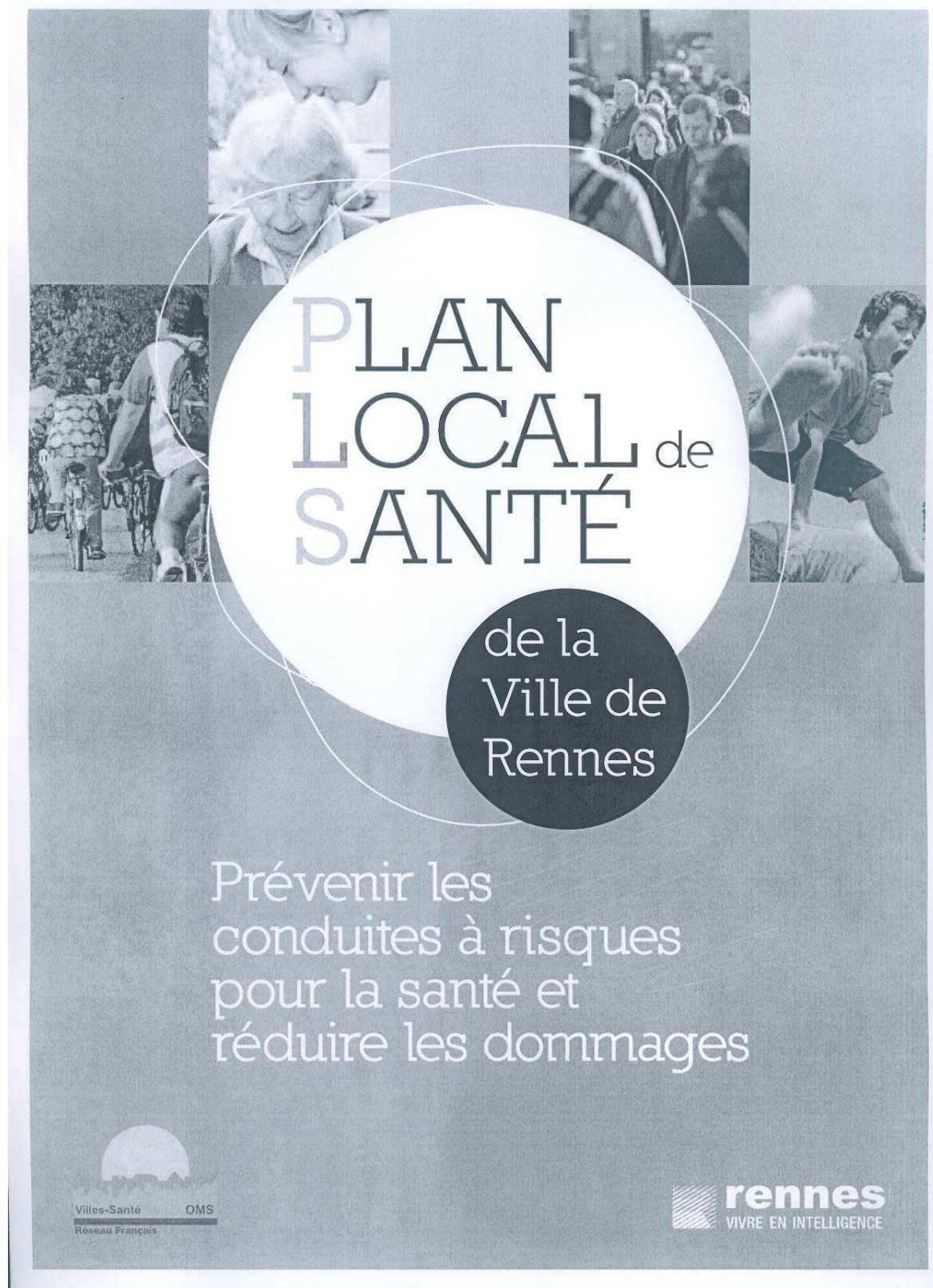
Source : ENaCAARUD 2008, OFDT/DGS

Graph 2 : Evolution de la prévalence des infections à VIH et VHC (sérologies déclarées) parmi les usagers des CAARUD



Source : ENaCAARUD 2006, 2008 et 2010, OFDT/DGS

Annexe 2. Plan Local de Santé de la Ville de Rennes, « Prévenir les conduites à risques pour la santé et réduire les dommages », 2013



La santé est publique, agir ensemble.

La Ville de Rennes fonde son action en faveur de la santé sur une approche positive et très large de la santé qui la situe bien au-delà de l'absence de maladie. Ainsi chercher à améliorer la santé pour tous, c'est agir sur les facteurs qui influencent l'état de santé des habitants : conditions de vie (logement, alimentation, transport-mobilité, aménagement urbain), conditions de travail, qualité de l'environnement et des relations sociales.

En lien avec les orientations nationales et régionales de santé publique, la Ville de Rennes mène des actions de proximité en faveur de la santé, dans une logique de concertation et de mobilisation des partenariats, afin de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et rendre chacun acteur de sa santé. Le Plan local de santé rennais constitue le cadre d'actions des services de la Ville en faveur de ce qui fait santé à Rennes.

La charte d'Ottawa

5 principes affirmés en 1986
par l'OMS :

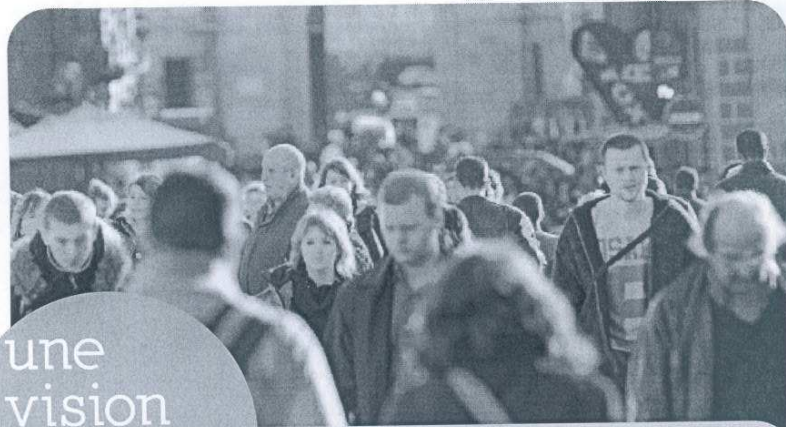
- Elaborer des politiques publiques favorables à la santé
- Créer des milieux favorables
 - Renforcer les actions communautaires
 - Favoriser l'acquisition de compétences individuelles
- Réorienter les services de santé vers une prise en compte globale de la santé

LES PRINCIPES D'ACTION DU PLAN LOCAL DE SANTÉ RENNAIS

- S'appuyer sur l'ensemble des compétences de la Ville afin de disposer de leviers d'action pour développer un environnement favorable à la santé
- Informer, sensibiliser et engager les habitants à être acteurs de leur propre santé
- Favoriser l'interconnaissance et la logique de réseau entre les différents acteurs intervenant sur le territoire rennais
- Soutenir les associations et l'engagement des usagers

LES PRIORITÉS DU PLAN LOCAL DE SANTÉ RENNAIS

- Promouvoir un environnement favorable à la santé
- Rendre la ville accessible à tous
- Favoriser l'accès aux droits, aux soins et à la prévention pour tous
- Agir pour la santé dès le plus jeune âge
- Assurer une meilleure prise en compte de la santé mentale dans la Ville
- Prévenir les conduites à risques pour la santé
- Promouvoir une politique volontariste en termes de nutrition et d'activité physique
- Se préparer à vieillir en bonne santé
- Agir pour la santé au travail des agents municipaux



une vision trans- versale

Une Direction Santé Publique et Handicap qui promeut une vision transversale de la santé au sein des services de la Ville.

La Ville de Rennes a développé une tradition forte d'actions en faveur de la santé. Son Bureau Communal d'Hygiène ancêtre du Service Communal d'Hygiène et Santé, a été créé en 1907. La Ville dispose depuis 1925 d'un service de santé des enfants scolarisés en crèches et écoles maternelles et a mis en place en marge de ses obligations réglementaires ou conventionnelles de véritables politiques de prévention volontaristes. Elle est membre du Réseau Européen des Villes Santé de l'OMS depuis 1986 et membre fondateur du Réseau Français.

La Direction Santé Publique et Handicap de la Ville illustre la volonté d'appréhension globale et transversale des thématiques de santé publique à travers les services et missions qui la composent :

- **le Service Santé Environnement** œuvre pour la prévention des risques sanitaires liés à l'environnement. Ce service applique les pouvoirs de police du Maire et du Préfet en matière de respect de la législation environnementale ;
- **le Service Santé Enfance** exerce, dans le cadre conventionnel avec le Conseil Général, un mandat de Protection maternelle et infantile en terme de prévention précoce. Il développe des actions volontaristes en faveur de la promotion de la santé et protection de l'enfance dans les crèches municipales et les écoles maternelles publiques et privées de la Ville ;
- **la Mission Promotion Santé Territoires** exerce, dans le cadre des dispositifs Atelier santé Ville et Animation territoriale de santé, soutenus par l'Agence Régionale de Santé, le Conseil Régional et l'Etat, des missions de promotion des priorités de santé publique de la Ville dans les quartiers prioritaires et en direction des habitants rennais ;
- **la Mission Handicap et Citoyenneté** œuvre en faveur de l'autonomie des personnes en situation de handicap notamment en instituant une culture globale de l'accessibilité dans la ville (physique, emploi, logement, services, loisirs...).

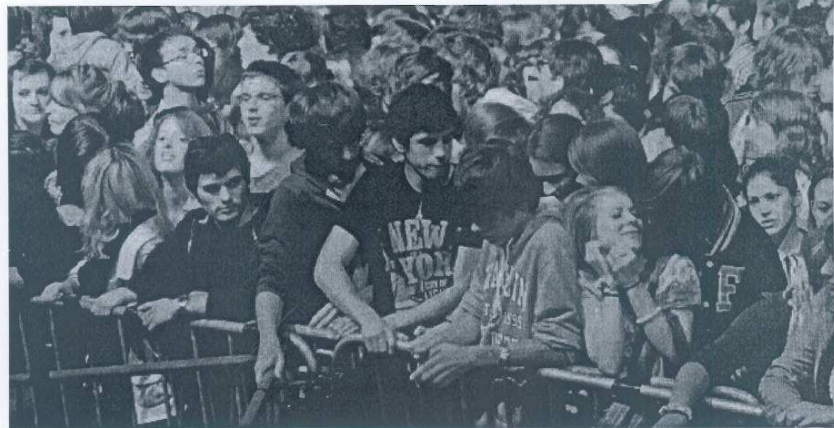


Prévenir les conduites à risques pour la santé et réduire les dommages

Les conduites à risques désignent un répertoire de comportements très différents les uns des autres qui impliquent une mise en danger plus ou moins grave et volontaire pour soi-même et parfois les autres. Parmi les conduites à risques, on peut citer la prise de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues...), les rapports sexuels non protégés, l'adoption d'une conduite automobile dangereuse, la violence envers les autres ou soi-même. Dès lors que le comportement dangereux pour sa santé mentale et physique devient répétitif, on parle d'addiction avec ou sans produit ou de dépendance (jeux, sexe, nourriture, Internet...).

La prévention des conduites à risques ne peut consister en la seule information des personnes. Il ne suffit pas en effet d'être informé d'un risque pour choisir de l'éviter. Il y a une multiplicité de facteurs qui influencent les comportements, notamment des phénomènes plus ou moins conscients liés à l'environnement social et souvent associés à la jeunesse. La prévention et la réduction des risques consistent donc à agir en amont d'une conduite à risque (donner de l'information et développer les compétences afin de rendre chacun acteur et responsable de sa santé) mais aussi à réduire les dommages en agissant sur une prise de conscience qui peut faire évoluer les comportements.

Si la Ville mène des actions de prévention en matière de pratiques à risques de manière globale, elle a concentré son intervention autour de la prévention de la consommation excessive d'alcool, notamment auprès des plus jeunes.



RELAYER L'INFORMATION ET SENSIBILISER SUR LES PRATIQUES QUI ENGAGENT DES RISQUES POUR LA SANTÉ

■ Sensibiliser la population sur la consommation excessive d'alcool :

- Communiquer auprès des plus jeunes : constitution d'une campagne de prévention de la consommation excessive d'alcool en partenariat avec l'Agence Régionale de la Santé et la Préfecture,
- Sensibiliser, alerter et accompagner les parents : diffusion d'un courrier adressé aux parents rappelant les dangers d'une consommation excessive d'alcool et informant sur les lieux ressources existants pour trouver de l'information ou parler.

■ **Diffuser des documents ressources** reprenant les informations sur les acteurs locaux intervenant dans le domaine de l'alcool (avec un appui à la création de ces documents) : "Alcool, où trouver de l'aide à Rennes", syndrome d'alcoolisation fœtale... La Ville se fait le relais d'information sur les ressources locales qui accompagnent et proposent des réponses individuelles.

■ **Organiser et soutenir des temps d'échange avec la population** en lien avec les associations (collectif Alcool de la Maison Associative de la Santé, Centre d'Information et de Ressources Drogues et Dépendances [CIRDD], Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie [ANPAA], Fédération Addictions...) sur les consommations à risques : soirées débats, café citoyen dans les quartiers, soutien aux évènements organisés par les partenaires.

COORDONNER LES PARTENAIRES ET METTRE EN COHÉRENCE DES ACTIONS À DESTINATION DES PUBLICS À RISQUES

■ **Animer une dynamique de travail partenarial** avec l'Education Nationale, la Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique, le Service Interuniversitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIMPPS) et les intervenants en prévention dans le cadre d'un groupe de travail "Prévention et réduction des conduites à risques auprès des jeunes" afin de créer, transposer et mutualiser les outils et les actions auprès des publics cibles.

■ **Faciliter l'interconnaissance des intervenants sur l'espace public** en organisant une réunion annuelle et des rencontres plus spécifiques tout au long de l'année.

■ Engager des actions de terrain communes avec les partenaires :

- Travail autour d'une plaquette de prévention avec l'Education Nationale et les partenaires de la prévention (Quelle soirée as-tu prévue ?),
- Actions de sensibilisation : recherche action sur la consommation d'alcool dans les quartiers rennais.

■ Soutenir la mise en place de formations communes :

- Travail avec l'Association d'addictologie d'aide de prévention et de formation pour la mise en place de formations communes pour les acteurs de terrain sur le thème "approches pratiques des consommations de produits psychotropes".

zoom

CAMPAGNE "TRINQUONS SANS SAOULER LES AUTRES : PLUS DE PLAISIR, MOINS D'ALCOOL"

Sur un ton direct, décalé et non moralisateur, l'ARS, la Préfecture et la Ville, partenaires de la campagne lancée à la rentrée 2012 souhaitent délivrer un message de responsabilité fondé sur le principe citoyen de respect de soi et des autres. En valorisant une consommation modérée d'alcool, il s'agit de privilégier la convivialité, l'esprit de la fête en prenant en compte les conséquences de la consommation d'alcool sur sa propre santé et son environnement (déchets, bruits...).

Prévenir les
conduites à risques
pour la santé et
réduire les dommages

ORGANISER LA PRÉVENTION ET LA RÉDUCTION DES RISQUES EN DIRECTION DE LA POPULATION

- **Sensibiliser et accompagner, tout au long de l'année, le public jeune lors des soirées festives :**
 - Proposer des activités alternatives à la consommation d'alcool dans le cadre du dispositif de la Nuit des 4 jeudis,
 - Développer des espaces de médiation et prévention autour de l'alcool et des pratiques à risque sur l'espace public avec le dispositif Noz'ambule.
- **Installer des espaces de prévention pour le grand public lors d'évènements festifs importants** avec un soutien au dispositif Prév'en Ville (Fête de la musique, Transmusicales...) :
 - Informer et ouvrir le dialogue sur les conduites à risque,
 - Proposer des modalités visant à réduire les risques,
 - Orienter vers les structures d'aide et de soin.
- **Organiser des actions de prévention en lien avec les établissements scolaires et les acteurs de quartier** lors d'évènements particuliers sur les quartiers.
- **Réduire les dommages pour les utilisateurs de substances psychoactives par voie intraveineuse** : mise en place de deux distributeurs-récupérateurs de seringues.

zoom

PRÉV'EN VILLE

Sous le pilotage du Centre Régional Information Jeunesse Bretagne, les membres du collectif (Aides 35, Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, Liberté couleurs, l'Association d'addictologie d'aide de prévention et de formation, le Mouvement français pour le planning familial, le pôle addiction précarité du Centre hospitalier Guillaume Régnier, la Mutuelle des étudiants, le Relais) se coordonnent pour mettre en place un dispositif de prévention et réduction des risques présent toute l'année lors des évènements festifs rennais.

zoom

LA CHARTE DE LA VIE NOCTURNE

Signée en 2009, elle constitue un accord-cadre entre la Ville, Rennes Métropole, la Préfecture, le Tribunal de Grande Instance, la chambre de commerce, le carré rennais et les représentants des cafetiers au service d'objectifs de partage de l'espace public et de prévention des risques et nuisances autour de différents axes :

- développer des actions de prévention des conduites à risques,
- assurer la bonne tenue des débits de boissons en développant des démarches d'engagements réciproques entre les exploitants et les pouvoirs publics,
- renforcer l'action et la coordination des forces de sécurité et mettre en cohérence les arrêtés concernant l'alcool en centre-ville de Rennes.



NOZ'AMBULE ET PLAN RENNAIS DE PRÉVENTION DE LA CONSOMMATION EXCESSIVE D'ALCOOL

Confrontée à l'évolution des pratiques festives dans les rues de Rennes, associées à une alcoolisation massive et un ensemble de conduites à risques, la Ville soutient avec ses partenaires Noz'ambule depuis 2008. C'est un dispositif de prévention et réduction des risques présent toute l'année scolaire et dont les objectifs sont de : rechercher un changement de comportement des jeunes concernant la préservation de leur santé, limiter la prise de risque du public festif, améliorer la qualité de vie des riverains et réguler les conflits d'usage au cours des soirées. Il s'inscrit en complémentarité avec les autres services et structures présents sur l'espace public. Ce dispositif est piloté par le service santé, en lien avec la mission jeunesse de la Ville et il est intégré au Plan Rennais de prévention de la consommation excessive d'alcool (avec la Nuit des 4 jeudis, les campagnes de communication, et la charte de la vie nocturne).



VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE

La Ville de Rennes développe des actions en faveur d'une vie affective et sexuelle épanouie facteur de bonne santé et définie comme la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Ainsi la Ville :

- Contribue à l'élaboration de guides d'informations sur les lieux ressources pour parler de vie sexuelle et affective ou de documents d'information (plaquette "contraception, mieux la connaître pour mieux la choisir"),
- Apporte son soutien aux événements de sensibilisation : Journée mondiale de lutte contre le Sida, Sidaction, Journée mondiale de la contraception, Journée internationale des femmes,
- Travaille en partenariat avec les acteurs et coordonne le collectif rennais contre le SIDA avec le Pôle de Coordination pour la prévention Sida en Ile-et-Vilaine,
- Soutient des actions de sensibilisation autour du respect entre fille et garçon auprès des collégiens dans le cadre du dispositif Envie de Respect avec l'association Liberté Couleurs,
- Soutient l'action du Mouvement Français pour le Planning Familial.

PLAN
LOCAL de
SANTÉ
de la
Ville de
Rennes

Contact :
Direction Santé Publique Handicap
dsph@ville-rennes.fr

**Vous pouvez consulter et télécharger le Plan Local de Santé de la Ville de Rennes
et ses fiches thématiques sur
rennes.fr**

(rubrique : politiques publiques > culture, éducation et vie sociale > santé)

Edition : Ville de Rennes - janvier 2013
Direction Générale Solidarité Santé, Direction Santé Publique Handicap
en collaboration avec de nombreux services de la Ville de Rennes et Rennes Métropole
Conception : Joël Poigné/jpcreationgraphique.com
Crédits photos : Didier Gouray, Caroline Ablain, Silvia Jansen/Istockphoto, Guillaume Duris/Fotolia
Impression : Chat Noir

Annexe 3. Etude ANRS-AERLI, « Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection »



**ETUDE
ANRS-AERLI**

Accompagnement et Education
aux Risques Liés à l'Injection

**Note d'information
(groupe intervention)**

Cette note contient :

- **une description de cette étude et de ses objectifs,**
- **les conditions à remplir pour pouvoir y participer,**
- **ce que l'étude implique pour les participants (les bénéfices et les contraintes),**
- **ainsi qu'un rappel de vos droits.**

ANRS : Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques auprès des Usagers de Drogues

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

Tout d'abord, merci pour votre intérêt pour cette étude !

Cette étude nationale est soutenue par l'ANRS et est menée par les associations AIDES et Médecins du Monde, en partenariat avec des chercheurs de l'INSERM.

L'étude ANRS-AERLI (Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection) vise à mesurer les effets d'une intervention pédagogique auprès des personnes accueillies dans les CAARUD, centrée sur les pratiques d'injection et les risques liés à la transmission de maladies infectieuses (VIH/sida, hépatite C) et aux dommages veineux.

1) Pourquoi participer à cette étude ?

La politique française de Réduction des Risques a largement permis de baisser les cas de VIH/sida chez les injecteurs de produits. Cependant les infections par le virus de l'hépatite C (VHC) et les dommages veineux restent encore très élevés. Nous avons donc besoin d'expérimenter, d'évaluer et de mettre en place rapidement des nouvelles actions pour améliorer la santé des personnes qui s'injectent.

2) Quels sont les buts de cette étude ?

L'étude ANRS-AERLI a pour objectif principal de permettre aux personnes injectrices d'avoir une pratique d'injection plus sûre, et de mieux gérer les risques associés (risques de contamination par le VIH et le VHC, dommages liés à l'injection).

Ainsi, des sessions d'Education et d'Accompagnement aux risques liés à l'Injection (AERLI) vont être organisées dans certains CAARUD (les « CAARUD intervention ») mais pas dans les autres (« les CAARUD témoin »). Nous serons ainsi en mesure de voir quel est le bénéfice apporté par ces sessions AERLI.

Des militants associatifs et des personnes consommatrices de produits psycho-actifs ont participé à toutes les étapes de l'élaboration de cette étude, en partenariat étroit avec les chercheurs.

3) Quelles sont les conditions pour participer à cette étude ?

Pour pouvoir participer à cette étude, les conditions sont les suivantes :

- Être âgé de plus de 18 ans
- Consommer ou avoir consommé, au moins une fois dans sa vie, un produit psycho-actif par voie intraveineuse
- Ne pas avoir bénéficié dans les locaux d'un CAARUD, d'une action de type Accompagnement à l'Injection (AAI) ou Education aux risques liés à l'injection (ERLI) depuis au moins 1 an
- Comprendre le français
- Être joignable par téléphone (même si le numéro change)
- Ne pas être enceinte

Si vous remplissez ces conditions, et que vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, l'équipe du CAARUD vous fera signer une « *lettre de consentement éclairé* ».

Votre participation à cette étude est entièrement anonyme.

4) Ce que cette étude implique pour vous :

Cette étude porte sur l'évolution de votre façon de vous injecter dans le temps.

A. Ainsi, dans cette étude, vous serez amené à répondre à 3 entretiens téléphoniques avec un enquêteur de l'INSERM sur une période d'un an (1 entretien téléphonique tous les 6 mois environ).

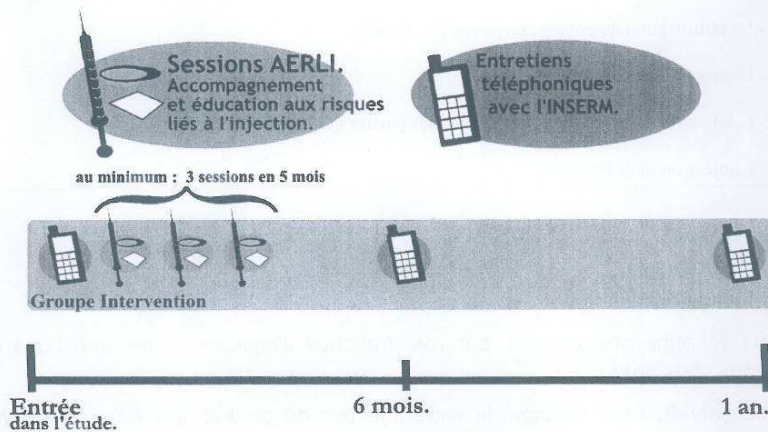
Pour ces entretiens téléphoniques, vous pouvez :

- nous donner les créneaux horaires les plus pratiques pour vous pour venir sur le CAARUD
- ou laisser votre numéro de téléphone.

Toutes les informations vous concernant, recueillies par l'INSERM et l'équipe du CAARUD au cours de l'étude, seront rendues anonymes par un code et ne permettront pas de vous identifier. Les réponses aux questions posées pendant les entretiens téléphoniques seront saisies directement sur un ordinateur dans des conditions garantissant leur complète confidentialité.

Pourquoi un enquêteur de l'INSERM et pas un intervenant du CAARUD ? :

- Cela nous permet de garantir que tous les entretiens seront menés de la même façon.
- Nous pensons que si c'est un membre de l'équipe qui vous interroge sur vos pratiques d'injection, les réponses pourraient être biaisées en raison du lien que vous avez avec cette personne, puisque vous vous connaissez. La recherche a besoin que vos réponses soient les plus honnêtes possibles.



B. Vous bénéficierez aussi de sessions d'Education et d'Accompagnement aux risques liés à l'Injection (AERLI)

Cette action innovante a été développée par des militants de AIDES et de Médecins du Monde. Elle part du constat que beaucoup de consommateurs de produits souhaitent être conseillés la façon dont ils ou elles s'injectent.

Nous vous proposons au moins 3 séances d'AERLI pendant 5 mois (les 5 mois suite à votre entrée dans l'étude) dans notre local (ou bus), avec 2 membres de l'équipe qui vont observer votre pratique de l'injection et noter ce qu'ils observent. Vous pourrez tout à fait lire ensuite ce qui est noté et en parler avec eux.

La séance débute par une discussion entre l'équipe et vous sur le dernier produit consommé, le produit que vous souhaitez consommer lors de la séance, la quantité et le site d'injection envisagés. L'équipe peut décider de ne pas procéder à la séance en cas de :

- Refus d'adhésion au cadre
- Etat ne permettant pas de pouvoir apprendre sereinement (agitation, somnolence, etc.)
- Expérimentation d'un produit inconnu
- Site d'injection non autorisé.

En bref, l'objectif des séances d'AERLI est de vous permettre d'apprendre à vous injecter d'une façon plus sûre. Par conséquent, l'équipe peut décider de ne pas vous accompagner si les conditions d'un échange serein et de sécurité ne sont pas réunies.

Pratiques refusées durant les séances mais n'entraînant pas l'exclusion du programme :

- - La réutilisation de cotons conservés par l'utilisateur
- - L'injection dans les artères
- - L'injection dans les yeux, les seins et les parties génitales
- - L'injection dans les abcès

Chaque séance consiste en :

- un échange pédagogique sur vos pratiques d'injection et les questions que vous vous posez;
- l'observation par l'équipe de votre injection du produit que vous consommez habituellement ;

- si nécessaire, un temps de repos de 15 à 20 minutes minimum ;
- un bilan de la séance avec l'équipe qui permettra de préparer les séances suivantes.

5) Quels sont les bénéfices et les contraintes liés à cette étude

Nous pensons que le fait de participer à ces sessions d'AERLI vous aidera à adopter des pratiques d'injection plus sûres. L'objectif de ce projet de recherche est précisément de pouvoir prouver cela scientifiquement.

En participant à cette étude, vous contribuez directement à l'amélioration des actions de réduction des risques menées auprès des consommateurs de produits. Nous nous engageons en outre à vous faire part des résultats de cette étude dès qu'ils seront disponibles :

- Une synthèse des résultats sera mise à disposition dans le CAARUD
- Les membres de l'équipe du CAARUD seront à même d'en parler avec vous.

Nous comptons sur votre participation sur la durée complète de l'étude (participer à au moins 3 sessions d'AERLI en 5 mois et répondre aux 3 entretiens téléphonique sur une durée de un an) car c'est ce qui nous permettra d'avoir des résultats fiables.

6) Quels sont vos droits ?

Votre participation à l'enquête est volontaire et vous pouvez refuser d'y participer.. Tous les intervenants de AIDES et de MDM, salariés et bénévoles, sont soumis au respect des textes sur la confidentialité des données touchant à la vie privée des personnes dans le respect de l'article 9 du code civil et de sa déclinaison sur le secret professionnel au travers de l'article 226-13 du code pénal. Les enquêteurs qui feront les entretiens téléphoniques sont soumis au secret professionnel. Les informations que vous nous donnez sont confidentielles et ne seront transmises à personne en dehors de l'équipe de recherche.

Conformément aux dispositions des Articles 27 et 40 de la loi Informatique et Libertés, vous pouvez avoir accès aux informations enregistrées qui vous concernent en vous adressant directement à l'équipe du CAARUD, dans les deux mois suivant l'entretien. A l'issue de ce délai, les informations seront rendues totalement anonymes.

. (à clarifier quand nous aurons tranché, notamment lors du séminaire du 27-28 mai !!)

<p>[option A] A la fin de l'étude, après avoir répondu au troisième et dernier entretien téléphonique, l'équipe du CAARUD vous remettra un ticket service d'une valeur de 20€.</p>	<p>[option B] Après chaque entretien téléphonique, l'équipe du CAARUD vous remettra un ticket service d'une valeur de 7€.</p>
--	---

Si vous avez des questions concernant cette étude, nous vous encourageons à les poser aux membres de l'équipe du CAARUD.

En vous remerciant encore pour votre précieuse contribution à l'avancée des recherches menées dans la lutte contre le sida et les hépatites et à l'amélioration de l'état de santé des personnes injectrices.

**Annexe 4. Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les addictions
(CEID) - projet SCMR, dispositif mobile à Bordeaux, 2013**



COMITÉ D'ÉTUDE
ET D'INFORMATION
SUR LA DROGUE
ET LES ADDICTIONS

PROJET SCMR Dispositif mobile à Bordeaux (CEID)

CEID Addictions – Direction Générale – 20, place Pey-Berland, 33000 BORDEAUX – Tél. : 05 35 14 00 30 – Fax 05 57 83 29 52
mail : ceid@ceid.asso.fr

AVANT-PROJET SCMR

Dispositif mobile à Bordeaux (CEID)

Les Salles de Consommation de drogues à Moindre Risque (SCMR) constituent un outil important en matière de réduction des risques liés à l'usage des drogues. La première a été ouverte à Berne en Suisse en 1986 et si c'est d'abord en Europe que ces établissements se sont développés (Suisse, Pays-Bas, Allemagne, Espagne, Luxembourg, Norvège...), des villes d'Australie et du Canada ont également franchi le pas (1-7). Il existe 78 salles de consommation officielles dans le monde dont 76 en Europe. Elles ont chacune leur spécificité mais leur objectif principal est de réduire les risques liés à l'usage de drogues, tout particulièrement par voie injectable, en milieu urbain et pour les populations les plus précaires. Cette proposition, complémentaire des dispositifs existant, s'adresse donc plus spécialement aux personnes encore éloignées des dispositifs de soins mais aussi des dispositifs de réduction des risques et d'accès aux soins tels que les CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues), lieux d'échange de seringues et de réduction des risques qui sont déjà relativement structurés en France, ce qui donne à la question des SCMR une tonalité particulière dans notre pays.

Dans le prolongement des conclusions du Rapport d'expertise collective de l'Inserm « Réduction des risques chez les injecteurs de drogue », publié en juillet 2010, différentes associations dont la Fédération Addiction, initialement fédérées dans le Collectif du 19 mai (2009), ont relancé le débat en France sur l'opportunité de l'expérimentation de salles de consommation supervisée comme outil complémentaire de réduction des risques liés aux usages de drogue par voie intraveineuse. Dans ce cadre, et suite à une sollicitation du Réseau Français de Réduction des risques en lien avec l'association *Elus, santé publique et territoires* (ESPT), le CEID s'était donc rapproché de la mairie de Bordeaux pour engager une réflexion préalable. Celle-ci se formalisa notamment à l'occasion de deux réunions présidées par le Maire et réunissant élus, techniciens et spécialistes (CEID, La Case, CH Charles Perrens). Le Maire de Bordeaux indiquait qu'il ne fermait pas la porte à un tel projet si le Ministère de la Santé décidait d'initier une expérimentation, précisant, en accord avec les partenaires, qu'il souhaitait un projet fédératif.

La Ministre de la santé ayant chargé le 16 octobre dernier la Présidente de la MILDT de faire des propositions sur ce sujet d'ici la fin de l'année, le CEID a donc souhaité présenter cet avant-projet de dispositif mobile conformément aux propositions qu'il avait présentées en Mairie dans le cadre de cette réflexion collégiale, suite à l'analyse que nous avons faite de la situation locale et des besoins des usagers.

Cet avant-projet a été élaboré dans le cadre d'une réflexion d'équipe par le Dr Brigitte Reiller et Nicolas Bourguignon (CAARUD Planterose) avec l'appui de M Pierre Chappard (coordonnateur du Réseau Français de Réduction des risques, président de psychoACTIF) et du Dr Jean-Michel Delile (directeur du CEID, vice-président de la Fédération addiction).
Il a été validé par le CA de l'association CEID le 23/10/2012.

LA PROBLÉMATIQUE

a-Contexte général

En France, le nombre d'usagers problématiques d'opiacés ou de cocaïne est estimé à 230 000 et la permanence des pratiques d'injection constitue un enjeu majeur de santé publique. Les évolutions continues de la scène des usages de drogues (modes et espaces de consommation, typologies d'usagers, polyconsommations, etc.) imposent des adaptations constantes des réponses sanitaires et sociales. C'est particulièrement évident dans le domaine de la politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues. Initiée en 1987 avec la vente libre des seringues en pharmacie et en 1989 avec la création des premiers programmes d'échanges de seringues, soutenue depuis 1996 par la large diffusion des traitements de substitution aux opiacés, la mise en place de la politique de réduction des risques a entraîné une forte diminution de la mortalité par surdose, une baisse des risques infectieux et a permis une meilleure prise en charge des toxicomanes tant sur le plan somatique et psychosocial que vis à vis de leur dépendance. Mais il faut noter que de nouveau le nombre d'overdoses mortelles est sur une pente ascendante, tout particulièrement en Gironde, et que l'héroïne est très souvent impliquée dans ces décès (Enquêtes « DRAMES » 2009 et 2010 menées par le réseau des CEIP et l'ANSM). Par ailleurs, les contaminations par le VHC et le VHB se poursuivent et nous assistons aussi à une résurgence du VIH chez certaines populations marginalisées, phénomène particulièrement marqué à Bordeaux.

b-Contexte sanitaire

Le VIH

Les années 1996 à 2005 permettent d'évaluer l'impact de la politique de réduction des risques sur les risques infectieux chez les usagers de drogues injecteurs, comme en témoigne le faible nombre de nouveaux diagnostics VIH dans cette population. La séroprévalence globale du VIH chez les usagers de drogue est de 10,8 %. En revanche, nous observons à Bordeaux depuis quelques années de nouvelles séroconversions VIH concentrées chez certaines populations à haut risque, très marginalisées et vivant en squats (notamment immigrants d'Europe de l'Est).

L'hépatite C

L'hépatite C fait au moins 5000 nouvelles contaminations par an dont une majorité d'usagers de drogues.

Les usagers les plus précaires sont trois fois plus contaminés par l'hépatite C que les autres. Ils bénéficient moins que d'autres des messages de prévention, ils sont souvent moins attentifs à leur santé et consomment souvent à la va vite et dans de très mauvaises conditions d'asepsie (squats, parkings souterrains, porches, abris...) pour échapper au regard social. Ces facteurs augmentent d'autant les risques d'overdose, de contaminations virales et d'infections diverses.

La transmission du VHC chez les usagers de drogues est liée au partage de seringues souillées mais également au partage du petit matériel utilisé pour la préparation des injections. De plus, beaucoup d'usagers injecteurs, ou de *crackers* connaissent mal les modes de contamination de l'hépatite C, et prennent des risques sans même le savoir. C'est en particulier le cas pour la population des jeunes consommateurs et des injecteurs « débutants ».

Par ailleurs, 91 % des usagers de drogue déclarent avoir déjà été testés au moins une fois dans leur vie (1 : Ena-CAARUD, Coquelicot) mais un grand nombre d'usagers de drogue infectés ne sont pas traités, par peur du traitement, des examens ou encore parce qu'ils pensent, à tort, que l'hépatite C

¹ Idem Coquelicot, 2004

n'est pas une maladie grave. Enfin même si la grande majorité des usagers de drogues déclarent avoir été dépistée, ce dépistage remonte en moyenne à plus d'un an (2 : Ena-CAARUD), alors même que le plan hépatites 2009-2012 préconise au moins 2 dépistages par an chez ces populations à risque. L'information et la prévention doivent tenir compte de cette situation. La prévalence du VHC parmi les usagers de drogues serait de 59,8%.

c-Contexte social

L'exclusion

Selon les données constantes de la littérature scientifique en la matière, la précarité constitue un facteur important de risque d'abus et de dépendance aux substances psychoactives. De même, l'abus de SPA est un important facteur de précarisation. Les deux phénomènes sont donc en corrélation croisée et constituent chacun un facteur aggravant pour l'autre. Les études épidémiologiques internationales démontrent le lien entre l'itinérance, le fait d'être sans abri et la forte prévalence d'abus de substances psychoactives. L'examen de ces enquêtes montre qu'environ la moitié des personnes SDF présente une pathologie addictive à un moment ou un autre de leur vie. L'abus de substances et la dépendance sont un chemin vers la perte d'emploi, la rupture familiale, l'isolement social et pour beaucoup, la perte de domicile. Les personnes elles-mêmes établissent des liens directs entre la perte de leur domicile et la consommation abusive de substances. Ces facteurs en interaction créent un réel cercle vicieux dont il est extrêmement difficile de sortir. De plus, cette synergie négative crée ou aggrave d'autres problèmes ou dommages secondaires par exposition aux pathologies de la rue, aux maladies infectieuses, à la violence, à la solitude et au mépris des « autres ».

La précarité constitue en effet un facteur péjoratif au plan de la santé, elle provoque des recours plus tardifs au système de soin et augmente les taux d'hospitalisation souvent dans un contexte d'urgence et avec fréquemment des séjours longs du fait des difficultés à trouver des solutions médico-sociales d'aval.

Vulnérabilité et précarité

En France, diverses études convergent vers le même constat : il existe une population d'usagers marginalisés dont le nombre augmente et dont les conditions sanitaires et sociales se dégradent avec comme corollaire des situations de précarité et d'exclusion sociale s'accroissant au fil des ans. De ce fait, les structures de première ligne constatent une augmentation des demandes matérielles d'aide à la survie tout autant que des demandes spécifiquement sanitaires. C'est notamment le cas à Bordeaux au Centre Planterose (CAARUD du CEID) de la part des jeunes en errance et des immigrants d'Europe de l'Est. Ces populations posent avec une particulière acuité les problèmes généraux de la mise en place d'un traitement et surtout ceux de l'observance et du suivi chez les personnes en situation de précarité.

d-Contexte local

Le public des usagers de drogues ou de substances psychoactives bordelais s'inscrit dans ces tendances nationales (cf. rapports OFDT/TREND-Aquitaine). Au sein du CAARUD Planterose, le CAARUD le plus important de la région, nous rencontrons ces usagers marginalisés socialement, polyconsommateurs, assez éloignés de l'offre de soins « classique » et qui souffrent fréquemment de comorbidités somatiques et psychiques. Les injecteurs, à l'occasion de l'échange de matériel, nous font part de leurs très grandes difficultés mais, pris dans leurs multiples problématiques, ils ont souvent de la peine à envisager d'être capables de mettre fin à leur intoxication. Aussi nombre d'entre eux, s'ils revendiquent le désir de « tout arrêter », n'en ont pas nécessairement la capacité à court terme. Certains sont par ailleurs dans des états préoccupants de souffrance somatique et

² Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD. Tendances N°61. OFDT. Mai 2008 et nouvelle enquête Ena-CAARUD 2010 (OFDT, 2012)

psychiatrique et ont même des difficultés à utiliser correctement le matériel que nous leur remettons : usages collectifs, erreurs d'asepsie, abandon sur la voie publique... En effet, si nous n'avons pas à déplorer de « scènes ouvertes » dans la ville de Bordeaux, nous avons connaissance de lieux de consommation collectifs dans des conditions très précaires (squats en particulier, porches dans les rues à l'abord de trafics, parkings couverts mais ouverts, abris sous ponts, *fronton* sur les quais, etc.)

Notre CAARUD distribue en moyenne 10.000 seringues par mois, ce qui tend à démontrer que beaucoup d'usagers de substances par voie intraveineuse sont sensibles à leur santé et partie prenante des messages de prévention que nous leur prodiguons : nous avons ainsi pu observer une baisse sensible de consultations infirmières liés à des abcès et une baisse significative du nombre de personnes affligées de syndromes de *Popeye*. Beaucoup mais pas tous... Certaines personnes continuent en revanche d'avoir des pratiques à haut risque et nous continuons d'être sollicités par des demandes liées à ce type de problèmes.

Cela nous incite à développer encore une démarche proactive de réduction des risques et à tenter d'aller toujours au plus près de la pratique de l'usager afin d'adapter notre approche professionnelle. Un temps d'échange autour de la pratique réelle de consommation permettrait de sensibiliser d'avantage la personne au sujet des risques pris et de leurs éventuelles conséquences à court, moyen et long terme.

Quels sont ces usagers et ces usages « problématiques » et à haut risque de complications ?

Parmi les personnes qui fréquentent occasionnellement ou régulièrement le Centre pour de l'échange de matériel de consommation, nous pouvons distinguer quelques « types » :

- des usagers de substances intégrés, occupant un logement et qui bénéficient de conditions relativement correctes pour consommer leurs produits,
- des usagers précaires frappés de comorbidités, vivant à la rue dans des squats ou dans leur véhicule : leurs lieux de consommation sont fonction des aléas de leur errance urbaine et des diverses interventions des autorités,
- des usagers très précaires, immigrants de fraîche date, notamment d'Europe de l'Est, souvent en situation irrégulière dont les fréquentes séroconversions VIH/hépatites sont préoccupantes d'un point de vue de santé publique.
- des usagers trop marginalisés pour fréquenter même ponctuellement le CAARUD mais dont la situation nous est évoquée par d'autres usagers qui souhaiteraient qu'on aille y « faire un tour... »

Le seul échange de seringues ne suffit pas (8). L'aménagement d'un espace de réduction des risques liés à ces consommations notamment par voie intraveineuse, allant au-devant de ces usagers éloignés même des CAARUD et où leurs consommations pourraient être supervisées par des professionnels formés, afin d'en réduire les risques et méfaits, nous semblerait donc utile à l'accompagnement de ces différents consommateurs et à leur accès aux soins.

INTÉRÊTS D'UN DISPOSITIF MOBILE SCMR

a- Au niveau de la santé

Ces programmes sauvent des vies ! (9)

- Premier contact avec des populations difficiles à atteindre ou cachées ;
- Meilleures conditions de sécurité et d'hygiène pour les consommations de personnes n'étant pas à même de les interrompre; réduction des pratiques à risques (10)
- Réduction des décès associés à l'usage de drogues lorsque l'accessibilité aux salles de consommation est appropriée (horaires d'ouverture, proximité avec lieux d'usages et de *deal*, facilité d'accès « bas-seuil », couverture géographique adaptée, etc.) (11, 12) ;
- Accès effectif des usagers en situation de très grande précarité et extrêmement marginalisés à des services adaptés (soin, conseil, dépistage, orientation...)
- Au niveau de l'hépatite C (13), si les études ne sont pas toutes concluantes, l'évaluation finale de la salle d'injection de Sydney, montre que les nouveaux cas diagnostiqués d'hépatite C ont continué à augmenter dans tout Sydney, sauf dans le quartier de King Cross, qui est le quartier de la salle d'injection où les nouveaux cas sont restés stables. Ceci indique que les salles de consommation peuvent avoir un impact sur l'épidémie d'hépatite C chez les personnes qui les fréquentent même si cet impact n'est pas suffisant pour pouvoir être repéré par les études en population générale.

b- Au niveau des « nuisances » publiques

- Diminution de l'usage de drogues dans les lieux publics, des seringues abandonnées et des « scènes ouvertes », sous réserve que la capacité d'accueil des salles de consommation soit suffisante pour répondre aux demandes des usagers (14-19) ;
- Pas de constat de hausse de la délinquance (vols...) liée à l'implantation des salles de consommation
- Les risques de micro-traffics de proximité doivent en revanche être pris en compte.

c- Au niveau de la situation et des besoins locaux à Bordeaux

A Bordeaux, il n'existe pas à proprement parler de « scène ouverte » où se réuniraient régulièrement de nombreux usagers de drogues pour consommer des produits par voie injectable dans l'espace public au vu et au su des passants et riverains. En revanche, il existe bien des lieux d'usages fugaces, semi-publics, bien identifiés par nos services et ceux de la Mairie (notamment par la découverte répétée de seringues abandonnées en groupe). Il existe aussi des squats qui sont des lieux d'initiation et de pratique de l'injection et qui sont par là-même des lieux à haut-risque de contamination virale (VIH, VHC) et de fait une bonne part des nouvelles séroconversions VIH que nous dépistons s'y sont produites. Enfin, il existe des usagers trop marginalisés pour fréquenter même nos structures les plus ouvertes (CAARUD).

Dans ces conditions, l'ouverture d'une action de consommation supervisée nous semblerait pouvoir participer de l'amélioration de la prise en charge de ces publics : publics marginalisés que nous ne rencontrons en CAARUD qu'une fois installés dans des pratiques à haut-risque et sans projet d'arrêt, nouveaux publics ne fréquentent pas le CAARUD car très éloignés d'un projet de soins.

Néanmoins, compte tenu de la situation bordelaise et, notamment, de l'absence de scène ouverte, il nous semble plus opportun de proposer une **unité mobile** qui nous permettrait d'aller au-devant de ces populations dans leurs différents petits sites de regroupement, sites mouvants de surcroît.

Cela permettrait de remplir les différentes missions des SCMR mais aussi de faciliter l'accès aux soins de ces personnes très éloignées de nos services. Il serait ainsi judicieux de nous orienter vers une approche mixte conjuguant réduction des risques et accès aux soins en intégrant l'unité mobile de type SCMR dans un dispositif médico-social global au plan addictologique.

Cela nous semble être un moyen supplémentaire de contacter un public encore caché et mal connu afin de pouvoir non seulement l'accompagner vers des modes de consommation à moindres risques mais aussi de l'orienter vers les structures de soin existantes, d'autant que certains de ces publics nécessitant un accompagnement à l'injection pourraient être attirés par ces services globaux plus que par une seule offre d'injection supervisée.

Dans cette perspective, nous pourrions utiliser le maillage institutionnel et associatif dont nous disposons déjà en partenariat avec le CHU (Pôle hépatologie, maladies infectieuses) et le CH Charles Perrens (équipe psychiatrie précarité) qui assurent tous deux des consultations avancées dans nos centres. Par ailleurs l'articulation se ferait tout naturellement avec les autres services du CEID : équipe de rue, le CAARUD Planterose pour le dépistage, le matériel, l'hygiène de base, l'accès aux droits et au soin ; le CSAPA ambulatoire Maurice Serisé pour les traitements TSO, les suivis de traitement VHC, la prise en charge globale et enfin avec le dispositif résidentiel diversifié du CEID : CSAPA résidentiel de Bègles ; la communauté expérimentale de Barsac pour stabiliser les personnes en récurrence d'échecs thérapeutiques ; les appartements thérapeutiques pour la finalisation de l'autonomisation et enfin l'hébergement spécifique pour les jeunes errants à Pro Domo.

d-au niveau de l'acceptabilité

La perspective d'ouverture d'une SCMR sur Bordeaux serait sans conteste d'un grand intérêt en termes d'offre complémentaire d'outils de RDR pour les publics les plus marginalisés. Pour autant, cette possibilité, pour être une véritable plus value, doit prendre en considération non seulement le contexte du « paysage » de l'usage de drogue local et donc des besoins des usagers, mais également la dimension sensible de l'implantation et de l'acceptation par l'environnement, garantie de l'effectivité du service rendu dans ce type d'expérience, ce qui nécessite en préalable que les phénomènes d'exclusion et de rejet soient atténués et non renforcés.

Le CEID souhaite donc soumettre un projet d'unité mobile susceptible de répondre de manière adaptée au contexte et aux besoins locaux tout en assurant une intégration acceptable par le grand public. Ces deux éléments pris en compte pourront rendre effectif un réel investissement de l'outil par les usagers ciblés.

Bordeaux n'offre pas de scène ouverte de consommation qui ont pu souvent conduire à l'ouverture d'une salle de consommation fixe. En effet, leur création, toujours motivée par un objectif de RDR, a souvent été rendue possible par la volonté associée d'une recherche de réponse en termes de nuisance et de sentiment d'insécurité générés par la visibilité des usages, argument souvent décisif aux yeux du grand public.

Or à Bordeaux, le besoin existe bel et bien d'un point de vue de santé publique avec des publics particulièrement à risque et vulnérables, mais la dimension de tranquillité publique n'est pas prégnante, l'arrivée d'une telle salle étant dès lors plus perçue comme une source de désordre que comme une solution. Nous proposons en conséquence une alternative aux modèles de salles de consommation avec une unité mobile susceptible de répondre aux besoins tout en évitant de créer artificiellement un lieu de rassemblement générateur de lieu de deal qui n'existait pas auparavant. Les expériences à Barcelone et à Berlin (3), deux mégapoles où de telles unités mobiles ont pu être mises en œuvre, sont autant de références quant à la pertinence du choix d'une telle modalité d'intervention que le CEID souhaite donc adapter à Bordeaux.

Notre savoir-faire dans le secteur de la RDR et notamment notre travail hors les murs (Programme d'Echange de Seringues, équipe de rue, travail de squat) ainsi que notre maillage partenarial sur la question nous permettent de dessiner les contours d'une activité itinérante. Il s'agit ici de définir divers lieux d'implantation discrète et provisoire dans la ville de Bordeaux pour capter un public diffus et assez fuyant en mixant des arrêts dans des zones de passage pour les publics cibles, zones à l'écart des grands axes de Bordeaux, mais également dans des zones de regroupement peu visibles (lieux de deal, de consommation, de rencontres entre pairs, des lieux de vie-campements, squats...)

LES OBJECTIFS DU PROJET SCMR

Objectif général :

Réduire la mortalité, la morbidité, l'exclusion sociale et les troubles à la tranquillité publique liés à la consommation de drogues en espace urbain. Contribuer au développement des approches RDR (formation des professionnels, des pairs, recherche).

Objectifs spécifiques :

- **Entrer en contact** avec les populations d'usagers de drogues les plus marginalisés afin de restaurer leur santé et leur situation sociale.
- **Réduire les risques liés à la consommation de drogues :**
 1. Réduire le nombre de malaises et d'overdoses mortelles
 2. Réduire les risques de primo-infection ou de re-contamination par les virus des hépatites, du VIH et autres infections transmissibles par le sang
 3. Réduire la morbidité liée aux différentes pratiques d'injection non sécurisées comme les abcès, endocardites, septicémies...
- **Améliorer la santé des usagers de drogues en errance en favorisant :**
 1. L'accès aux filières de soins : soins en addictologie, services sanitaires et consultations spécialisées
 2. L'accès aux structures de prise en charge sociale : droits sociaux, hébergement, ressources, insertion professionnelle...
- **Promouvoir l'éducation aux pratiques de consommation à moindre risque :**
 1. Promouvoir l'utilisation et les bonnes pratiques du matériel de prévention et des modes de préparation des produits à injecter, sniffer ou fumer.
 2. Repérer les pratiques les plus à risques chez les usagers injecteurs (injection dans la veine jugulaire, dans les abcès, etc.)
 3. Promouvoir des pratiques alternatives à l'injection (point développé plus avant dans le projet)
- **Réduire les nuisances associées à l'usage de drogues en milieu urbain :**
 1. Réduire l'usage de drogues dans les lieux publics et les espaces privatifs ouverts.
 2. Réduire la quantité de matériel souillé sur la voie publique et dans des lieux semi-privatifs et notamment les seringues
 3. Réduire les incivilités et les délits
 4. Participer aux actions de médiation entre les différents acteurs du quartier (riverains, usagers, police, professionnels, collectivités locales)
- **Réduire les coûts des services de santé, sociaux et législatifs liés à la consommation de drogues**
- **Contribuer à la formation des intervenants et au développement d'un pôle d'excellence en RDR**
 1. Accueil de stagiaires déjà en poste sur un dispositif CAARUD / CSAPA
 2. Accueil de stagiaires en formation initiale (secteur social, médico-social, sanitaire, justice police)
 3. Changer la symbolique de la RDR. Jusqu'à présent, la réduction des risques était centrée le plus souvent sur la distribution ou mise à disposition de matériel de consommation et moins sur l'analyse des pratiques de consommation. L'ouverture d'une SCMR doit permettre de

remettre au centre de la RDR, le travail sur les pratiques de consommation, notamment pour lutter contre l'épidémie de VHC.

4. Elaborer de nouveaux outils, développer de nouveaux modes d'intervention, (grâce au contact direct avec les pratiques et les savoirs des usagers) qui pourront impulser une nouvelle dynamique à l'ensemble du dispositif.
5. Travail avec les pairs

- **Contribuer à la recherche**

Les SCMR sont les endroits appropriés pour étudier les pratiques des usagers et leurs évolutions, les produits consommés et leurs évolutions, les modes de diffusions des messages.

Annexe 5. Grilles synthétiques des différents entretiens menés

Grille d'entretien pour les structures

Histoire de la structure : Pouvez-vous nous parler de l'histoire de la structure ? Sa création ? Par qui ? Les objectifs ? Adhérents ? Histoire professionnelle dans ce domaine ? Comment vous en êtes à être porteuse de ce projet ?

Le projet CIS : son élaboration, son histoire, ses partenaires...

Les enjeux les débats : sur quoi portent-ils principalement ? sevrage ? Sécurité ?

Les acteurs : quels acteurs principaux en interne? En externe ? Riverains ? Politiques ?

La gestion des risques aujourd'hui ? : Comment voyez-vous la gestion des risques de votre point de vue? Quels sont les enjeux principaux ? Les mêmes qu'au départ ? Modèle entériné ou pas via les CIS ?

Grille d'entretien pour les élus

Histoire professionnelle : Histoire professionnelle dans ce domaine ? Intérêt particulier à travailler sur ces questions ?

Histoire sur le plan local : Comment s'est construite cette réflexion autour des CIS et comment vous est-elle parvenue ? Histoire de la prise en charge des toxicomanes sur le territoire ?

Les enjeux les débats : sur quoi portent-ils principalement ? Sevrage ? Sécurité ?

Les acteurs : Quels acteurs principaux en interne? En externe ? Riverains ? Politiques ?

La gestion des risques aujourd'hui : Comment voyez-vous la gestion des risques de votre point de vue? Quels sont les enjeux principaux ? Les mêmes qu'au départ ? Modèle entériné ou pas via les CIS ?

Grille d'entretien pour les associations de riverains

Histoire de la structure : pouvez-vous nous parler de l'histoire de la structure ? Sa création ? Par qui ? Les objectifs ? Adhérents ? Histoire professionnelle dans ce domaine ? Êtes-vous toujours d'accord entre vous au sein de l'association ?

Les enjeux et débats concernant les CIS : Débat au préalable concernant la toxicomanie ? Est-ce qu'ils ont évolué ? Sur quoi portent-ils principalement ? Sevrage ? Sécurité ? : en quoi la mise en place d'un CIS pose problème ?

Les acteurs : Quels acteurs principaux en interne? En externe ? Riverains ? Politiques ?

La gestion des risques aujourd'hui : comment vous voyez cette évolution au niveau de la société? Pourquoi une association de riverains s'intéresse à ces dispositifs ?

Grille d'entretien pour Mme Sylvie Wieviorka

Histoire professionnelle : histoire professionnelle dans ce domaine ? Comment vous en êtes à être porteuse de ce projet ? Depuis quand dans ce domaine ? Projets menés jusqu'à aujourd'hui. Inscription dans le politique ? Ou en êtes-vous aujourd'hui par rapport à ces évolutions ?

Le projet du CIS : son élaboration, son histoire, ses partenaires, public visé ?

Les enjeux les débats : sur quoi portent-ils principalement ? Sevrage ? Sécurité ? Quels acteurs principaux en interne ? En externe ? Riverains ? Politiques ?

La gestion des risques aujourd'hui : comment voyez-vous la gestion des risques de votre point de vue ? Quels sont les enjeux principaux ? Les mêmes qu'au départ ? Modèle entériné ou pas via les CIS ?

Grille d'entretien pour les forces de l'ordre

Quels *constats* faites-vous aujourd'hui quant à la consommation de drogues par voie intraveineuse à Rennes ?

Spécificités site Rennais : Par rapport au territoire national ? Age des consommateurs ? Mode de consommation et évolution ? Quartiers identifiés ? Lien avec insécurité ?

Avez-vous entendu parler des *CIS* ? Y a-t-il eu des débats sur Rennes autour de cette question suite à l'expérimentation à Paris ? Débats au sein des commissariats ? Avez-vous entendu parler de la recherche qui se conduit au CAARUD actuellement ? Quels sont vos interlocuteurs par rapport à ces questions ? Quels sont les enjeux de la mise en place de telles structures ? Pour vous, pour les riverains ? Quelles négociations possibles et nécessaires pour parvenir à la mise en place de ces structures ? (zone- de non intervention autour des CIS) ? Difficultés majeures liées à l'implantation des CIS à Rennes ?

Comment voyez-vous l'*évolution* dans la façon d'aborder cette thématique d'implantation des CIS à Rennes ?

Annexe 6. Quel cadre légal pour les CIS ?

Le projet d'ouverture de centres d'injection supervisés fait aujourd'hui l'objet de nombreuses contestations en France, notamment sur le plan juridique. Qu'en sera-t-il des conditions d'exercice des missions de police judiciaire aux abords de ces centres ? Les personnes les fréquentant pourront-elles être contrôlées ? Les actes accomplis par leurs gestionnaires et les personnels y exerçant seront-ils susceptibles de recevoir une qualification pénale ?

Ces questions, régulièrement soulevées par les détracteurs des projets d'implantation de CIS, sont encore sans réponse en France. Elles mettent en lumière les incertitudes juridiques qui entourent la légalité de telles structures.

Les modèles étrangers ont à cet égard largement montré la difficulté de fournir un cadre légal durable à ces expérimentations. En 2008, la Cour Suprême de Colombie britannique⁴⁶ a ainsi dû contraindre le Parlement canadien à mettre en conformité la loi réprimant l'usage de la drogue avec la Constitution, afin d'assurer la pérennité de la structure ouverte en 2003 à Vancouver.

En France la répression de l'usage de drogues est organisée par la loi du 31 décembre 1970⁴⁷ qui comporte un volet sanitaire. En y considérant le consommateur comme une personne malade et pas uniquement comme un délinquant, le législateur a fait de la prévention puis de la réduction des risques une possible cause d'irresponsabilité pénale. En effet l'ordre de la loi, au même titre que la légitime défense, peut neutraliser la responsabilité pénale. Il s'agit de faits justificatifs de l'infraction. L'article 122-4 du Code pénal dispose ainsi : « *N'est pas pénalement responsable la personne qui accomplit un acte prescrit ou autorisé par des dispositions législatives ou réglementaires* ».

Les solutions envisagées par la MILDT⁴⁸ consisteraient dès lors soit en l'adoption d'une circulaire pénale territoriale soit en une modification du décret du 19 décembre 2005⁴⁹. Ce décret, d'application de la loi de 2004 relative à la santé publique⁵⁰, précise déjà les modalités d'intervention des acteurs engagés dans une politique de réduction des risques auprès des toxicomanes, en leur apportant une sécurité juridique et en garantissant leur financement par l'assurance maladie. Il incombera au gouvernement de décider du cadre

⁴⁶ The Supreme Court of British Columbia, http://www.courts.gov.bc.ca/supreme_court/

⁴⁷ Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses,

⁴⁸ Entretien avec Mme Danièle Jourdain-Menninger, présidente de la Mildt, pour l'hebdomadaire Le nouvel observateur, « Salle de shoot à Paris : 5 questions sur une expérimentation » par Céline Rastello, 8 février 2013

⁴⁹ Décret n°2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique,

⁵⁰ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

légal approprié à l'expérimentation d'un CIS à Paris puis à son éventuelle pérennisation et extension sur le reste du territoire.

Annexe 7. Notre sujet en images



1. Matériel d'injection abandonné



2. Matériel propre

1. Image recueillie dans le dossier mis en ligne par le journal « Le Monde » du 27 mars 2013
2. Rue 89-le Nouvel Observateur, La « salle de shoot », mensonges et désinformations, 6 février 2013

Une image de CIS...



Criticize me, « Salles de shoot: Il n'y a rien de plus bête que la droite parisienne en 2013 », 14 février 2013



Salle de consommation de drogues dans le X^{ème} près de la gare du Nord



**On nous certifie que le choix du X^{ème}
et la gare du Nord est justifié.**

Ce qu'ils nous disent :

- 200 000 seringues usagées récupérées / an dans le quartier de Lariboisière,
- Point de convergence des drogués et dealers venant de Paris, ses banlieues, et d'ailleurs,
- Volonté de diminuer les nuisances actuelles liées à la drogue en tentant de canaliser les gens lourdement précaires et toxicomanes vers ce lieu d'accueil et de consommation sous surveillance de professionnels de la santé publique afin de garder le contact avec eux et les accompagner vers le sevrage,
- Cette structure apporterait plus de sécurité dans les quartiers concernés,
- Dès son installation, une période d'un an sera nécessaire pour évaluer l'évolution des comportements des toxicomanes, des risques et nuisances qu'ils pourraient générer autour de cette salle.

Ce que nous craignons tous :

- Elle incitera à consommer des drogues dures et entretiendra des addictions aux substances psychoactives en contradiction avec la loi.
Va-t-on vers une dépénalisation de la drogue ?
- Elle favorisera les trafics illicites des dealers, toujours en quête de nouveaux clients : ados et moins jeunes.
- Elle favorisera la vente de substances du fait que les toxicomanes devront apporter leur propre produit sur place.
- Ajout de conflits potentiels entre toxicomanes et des groupes déjà présents.
- Absence de présence policière dans le périmètre de la salle de consommation.

Ne pas jeter sur la voie publique

Nos deux associations seront très vigilantes sur les effets externes de cette salle-test et interviendront, comme convenu, à tout moment auprès de l'organisme qui en aura la charge (Médecin du Monde - Association GAIA).

Rejoignez-nous ! Nous avons besoin de vous

Tract de l'association des riverains « Vivre Gare du Nord »

Freins et leviers à la mise en place de centres d'injections supervisés pour les usagers de drogues, au niveau local

Aubry Mathilde (IASS), Audubert Nadine (D3S), Bois Juliette (D3S), Cardoen Constance (D3S), Clément-Demange Célia (IASS), Cure Hélène (AAH), Le Goff Damien (IES), Lounis Aziza (AAH), Munforte Gala (EDH), Nicolas Michel (DS)

Résumé :

Une expertise de l'INSERM parue en juin 2010 a lancé le débat sur la question de l'implantation de « **centres d'injections supervisés** » ou « salles de consommation à moindre risque » en France. Cette question n'est cependant pas nouvelle puisque de nombreux pays, notamment européens (Suisse, Belgique), ont déjà mis en place ces dispositifs. Les CIS sont destinés à proposer des conditions d'hygiène et de sécurité aux consommateurs de drogue, ainsi qu'à réduire les nuisances et les troubles à l'ordre public.

L'introduction des CIS s'inscrit dans une **politique de gestion des risques** menée depuis les années 1990 en France. L'objectif de cette politique consiste à permettre aux usagers de drogues de limiter les risques pour eux-mêmes ainsi que pour la collectivité. Cette politique est apparue en réponse aux limites du modèle basé sur le « **sevrage à tout prix** » dans le contexte du SIDA.

Les exemples des villes de Paris, Bordeaux et principalement de Rennes ont permis de mettre en évidence les **débats liés à l'introduction des CIS au niveau local**. En effet, différents questionnements ont émergé : l'acceptation des CIS par les riverains, l'importance de la concertation, la question de la légalité et de l'opportunité des CIS.

De plus, l'analyse des expérimentations met en évidence le fait que les CIS semblent aujourd'hui constituer un outil supplémentaire dans la maîtrise des risques liés à l'injection. Cet outil symbolise une inversion des priorités dans la prise en charge des **usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI)** : le modèle de la gestion des risques tend à supplanter le modèle du sevrage.

Mots clés : centres d'injections supervisés, sevrage, gestion des risques, usagers de drogue par voie intraveineuse, drogue.

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs