

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

ANNEE 2014

THESE 2014/TOU3/2009

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement le 14 Mars 2014 par

Camille PONTÉ

**CONSOMMATION DE DROGUES DANS DES ESPACES
RESERVES :**

UNE REPONSE DE TERRAIN A DES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE

Directeur de thèse : Pr Anne ROUSSIN

JURY

Président : Pr Anne ROUSSIN

1er assesseur : Dr Brigitte REILLER

2ème assesseur : Pr Florence TABOULET

J'adresse mes remerciements aux personnes suivantes :

*Le Professeur Anne Roussin,
(Faculté de pharmacie, CEIP Toulouse)*

pour votre soutien et votre accompagnement. Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse et de présider ce jury.

Veillez trouver ici le témoignage de ma plus grande reconnaissance.

*Le Docteur Brigitte Reiller,
(Délégée Régionale de la Fédération Addiction Aquitaine, CEID de Bordeaux)*

pour tout ce que j'ai appris à votre contact et pour vos encouragements professionnels. Les cinq mois de stage passés au sein du CEID ont suscité un intérêt particulier pour la suite de ma carrière professionnelle.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de ma sincère gratitude.

*Le Professeur Florence Taboulet,
(Faculté de pharmacie, INSERM)*

pour l'enthousiasme que vous avez manifesté à l'égard du sujet de cette thèse et pour avoir accepté de participer à ce jury.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de ma sincère considération.

Je tiens également à remercier :

L'ensemble des professionnels de l'équipe du CEID,

Les professionnels et les usagers qui ont accepté de répondre à mes questions et ont contribué à cette thèse.

*A ma famille, avec une pensée particulière à mes parents et à ma sœur Olivia pour
l'intérêt qu'ils ont porté à ce travail et leur précieux soutien,*

*A mes amis basques, bordelais et d'ailleurs, et au Club des copains, il paraît que les
bons crus s'améliorent avec le temps...j'ai hâte de déguster ces prochaines années.*

AVANT-PROPOS

Au cours de ma 6^{ème} année de pharmacie, filière industrie, j'ai choisi d'intégrer un master de Santé Publique. Ce travail de thèse fait suite à mon stage de fin d'études, réalisé dans une structure d'accueil et de prise en charge d'usagers de drogues.

J'ai volontairement souhaité travailler au contact de cette population, qui, par l'usage des substances psychoactives qu'elle fait, contribue au flou des notions de remèdes et de poisons, de médicaments et de drogues et plus largement de la notion de maladie et de soin.

Il me semble important que le pharmacien, professionnel de santé délivrant des médicaments, et donc des stupéfiants, soit conscient de toute la complexité que nécessite la prise en charge des usagers de drogues.

Nous le reverrons plus loin, la **politique de Réduction des Risques**, conçue à destination des usagers de drogues, légitime la place des professionnels de santé dans l'accompagnement de cette population et notamment celle des pharmaciens.

« La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants. »

Article L3121-4 du Code de la Santé Publique

« Le pharmacien doit veiller à ne jamais favoriser, ni par ses conseils ni par ses actes, des pratiques contraires à la préservation de la santé publique. »

Article R4235-10 du Code de la Santé Publique

- Place du pharmacien dans la réduction des risques

Le pharmacien d'officine d'abord, par son activité de **délivrance** des médicaments de substitutions (MSO) contribue à diminuer les pratiques à risques des usagers en limitant

le recours aux drogues illicites¹. Il est alors idéalement placé pour assurer les **messages de bon usage** du médicament, de prévention et de conseils pour favoriser le dépistage de maladies infectieuses.

Il peut assurer différentes missions qui ont un réel impact de santé publique comme la **distribution de matériel stérile** pour la consommation de drogue et la **récupération des seringues usagées** afin de limiter les transmissions virales.

Il est à même d'**orienter** les usagers vers les structures locales de prise en charge.

Enfin, l'officine est une structure idéale qui permet d'assurer un **maillage territorial**. Et ce, notamment en milieu rural, où la présence de structures distribuant du matériel stérile aux usagers est déplorable. Elle assure également une grande **accessibilité temporelle** sur des plages horaires étendues.

Le pharmacien peut également tenir une place importante dans la réduction des risques en dehors de l'officine. Ses connaissances à la fois sur les molécules chimiques et leur pharmacologie, le place en première ligne pour **analyser les pratiques d'usage, les effets recherchés et dommageables** de certaines consommations.

Toujours en dehors de l'officine, il peut devenir un interlocuteur de choix entre les pharmaciens d'officine et les structures associatives ou publiques pour la **mise en place d'actions** de prévention et de promotion de la santé à destination des usagers de drogues. Il doit pour cela, avoir une bonne connaissance des dispositifs existants à l'heure actuelle au niveau local et national.

C'est dans cette optique que j'ai souhaité faire mon stage dans une structure d'accueil d'usagers de drogues et écrire cette thèse.

De plus, le master en santé publique, réalisé pendant ma dernière année d'étude, a apporté une dimension sociologique à mon approche, et m'a incité à aller questionner directement les professionnels et les usagers sur leurs représentations et leurs pratiques.

¹ Réseau International des Pharmaciens - <http://www.fip.org/files/fip/HIV/french/Module3FRv2.pdf>

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	5
LISTE DES ABREVIATIONS	8
LISTE DES FIGURES, TABLEAUX et GRAPHIQUES	9
INTRODUCTION	10
I. POPULATION RENCONTREE SUR LE TERRAIN :caractéristiques et problématiques	16
A. Les usagers de drogues : qui sont-ils ?	16
B. Contexte sanitaire et social des usagers de drogues : données générales et territoriales	20
C. Usagers et usages de drogues dans l'espace aquitain et bordelais	22
II. STRUCTURATION DE LA REFLEXION :des observations au questionnaire	26
A. Constats de départ sur le terrain et problématiques rencontrées	26
B. Autres problématiques rencontrées sur le terrain	32
C. Questionnements	35
III. ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR LES SALLES DE CONSOMMATION A	37
MOINDRE RISQUE : synthèse	37
A. Définitions et description des structures	37
B. Résultats des évaluations des SCMR à travers le monde	39
C. Fonctionnement des SCMR	45
D. Des changements indispensables à opérer	50
IV. METHODE DE TRAVAIL et RESULTATS	55
A. Démarche de l'enquête et construction des outils de recueil de données	55
B. Analyse des données recueillies	59
V. EXPLOITATION DES DONNEES RECUEILLIES	87
A. Créer des espaces de consommation : pourquoi ?	87
B. Créer des espaces de consommation : pour qui ?	88
C. Créer des espaces de consommation : où ?	90
VI. ELEMENTS DE DISCUSSION	92
A. Limites de l'enquête	92
B. Recommandations	94
CONCLUSION	97
BIBLIOGRAPHIE	99
ANNEXES : grilles d'entretiens et retranscription des entretiens	102

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
ARS :	Agence Régionale de Santé
CEID :	Comité d'Etude et d'Information sur les Drogues et les addictions
CAARUD :	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CSAPA :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CIS :	Centre d'Injection Supervisée
DGS :	Direction Générale de la Santé
IV :	Intraveineux/se
MSO :	Médicaments de Substitution aux Opiacés
PES :	Programme d'Echange des Seringues
RdR :	Réduction des Risques
SCMR :	Salle de Consommation à Moindre Risque
SIDA :	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
UDVI :	Usagers de Drogues par Voie Intraveineuse
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES, TABLEAUX et GRAPHIQUES

Figure 1 : Carte heuristique réalisée d'après l'analyse des entretiens menés auprès des professionnels _____ 62

Figure 2 : Carte heuristique réalisée d'après l'analyse des entretiens menés auprès des usagers de drogues _____ 69

Figure 3 : Carte heuristique réalisée d'après l'analyse des questions ouvertes du questionnaire distribué aux usagers de drogues _____ 76

Tableau 1: Profil des usagers de drogues ayant répondu au questionnaire _____ 74

Tableau 2 : Analyse des réponses 3, 5 et 6 du questionnaire _____ 75

Tableau 3 : Analyse des réponses 3 et 4 du questionnaire _____ 75

Tableau 4 : Analyse de la réponse 7 du questionnaire _____ 75

Graphique 1 : Modélisation des données recueillies auprès des professionnels (1) ____ 81

Graphique 2 : Modélisation des données recueillies auprès des professionnels (2) ____ 82

Graphique 3 : Modélisation des données recueillies auprès des professionnels (3) ____ 82

Graphique 4 : Modélisation des données recueillies auprès des usagers (1) _____ 83

Graphique 5 : Modélisation des données recueillies auprès des usagers (2) _____ 83

Graphique 6 : Modélisation des données recueillies auprès des usagers (3) _____ 84

Graphique 7 : Modélisation des données recueillies auprès des usagers (4) _____ 85

Graphique 8 : Modélisation des données recueillies auprès des usagers (5) _____ 85

INTRODUCTION

- Lieu de stage

Le **Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les addictions (CEID)**, est une association loi 1901 fondée en 1972 à Bordeaux. Le CEID dispose de plusieurs structures dont le but principal est d'**accueillir et de prendre en charge les personnes présentant des problèmes liés à l'usage de substances ou d'autres problématiques addictives**. A ce titre, il est financé par l'Assurance Maladie, sous le contrôle de l'Agence Régionale de Santé (ARS) Aquitaine.

Les structures du CEID s'étendent sur les régions de la Gironde et de la Dordogne. Pour la ville de Bordeaux, il compte (1) :

- un **CSAPA** (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) dont une antenne est implantée dans le quartier St Pierre et assure un suivi psychologique, médical et socio-éducatif des usagers de drogues. Elle est complétée par une **Unité de Substitution**, présente au sein du **centre Planterose**, dans le quartier St Michel, qui reçoit les usagers sous traitement de substitution (méthadone, Subutex®).
- un **CAARUD** (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues), activité assurée par le centre Planterose du quartier St Michel. Le **centre Planterose** accueille les usagers de drogues marginalisés pour réduire les complications médicales, psychologiques ou sociales liées à l'usage de drogues. Dans la même lignée, il dispose d'un **Programme d'Echange de Seringues** (détaillé plus bas), qui se déploie également à travers des dispositifs mobiles (bus et travail de rue).
- un service d'**Appartements Thérapeutiques** qui propose un hébergement temporaire, pendant 6 mois au maximum, à des usagers en voie de réinsertion.
- une **Consultation Jeunes Consommateurs, CAAN'abus** essentiellement destinée aux consommateurs de moins de 25 ans, mais également point d'accueil pour l'entourage familial et les professionnels qui auraient des questions sur les consommations.

Pour ma part, c'est au sein du **centre Planterose** que j'ai effectué mon stage.

L'approche actuelle des professionnels dans la prise en charge qu'ils assurent s'est transmise depuis la fondation de l'association.

C'est à l'issue d'une assemblée générale qui se tient dans l'amphithéâtre de la faculté de médecine de la Victoire en 1972 que sera créé le CEID (2). La rencontre rassemble alors de jeunes médecins, des travailleurs sociaux et des universitaires en Santé Publique (dont le Pr Maurice Serisé) et en Sciences de l'Homme.

L'association ne se compose initialement que de quelques bénévoles qui partent à la rencontre des « drogués et des marginaux » dans leurs lieux de vie pour les accompagner et les soutenir.

En 1973, l'association ouvre un lieu d'accueil dans le quartier St Pierre sur le modèle des *free clinics* américaines offrant des soins gratuits ou à bas coûts. L'équipe se compose alors d'éducateurs, médecins, psychologues, assistantes sociales et psychiatres pour des usagers alors essentiellement fumeurs de haschisch. L'accueil se veut chaleureux : sofas, café, douches...et le lieu est implanté au cœur d'un quartier réputé pour l'usage et le trafic de drogues.

Avec l'arrivée de l'héroïne, le CEID organise des cures de sevrages en collaboration avec les services hospitaliers. Le travail de rue poursuit sa démarche d'aller à la rencontre des usagers.

Au fil des années, le CEID devient une structure à part entière, financée par les pouvoirs publics et proposant de multiples services qui s'adaptent aux besoins des usagers rencontrés.

Le CEID est aujourd'hui une institution majeure d'accompagnement et de prise en charge spécialisée des usagers de drogues. L'ensemble de ses structures assure une répartition sur l'ensemble du territoire bordelais et ses environs. La diversité des activités du CEID lui permet d'assurer des actions de prévention, de réduction des risques, d'accueil des usagers et de leur entourage et d'accompagnement spécialisé des publics précaires.

- Éléments de contexte général en France

Pour comprendre dans quel contexte évoluent les usagers de drogues et les structures, comme le CEID, qui les accompagnent, deux points sont détaillés dans le paragraphe suivant concernant la loi de 1970 et la Réduction des Risques (RdR).

Le toxicomane, « le junky », « le toxico », « le tox » « le drogué », nous préférons le terme d'« usager de drogues », évolue dans un contexte social et politique particulier en France, à travers la **loi du 31 décembre 1970**.

Dès la fin des années 60, et dans un contexte d'explosion des consommations de drogues, les pays occidentaux dont la France lance « une guerre à la drogue » dans le but de faire « un monde sans drogue » (3). L'adoption de la loi de 1970 instaure trois piliers que sont la **prévention primaire**, le **sevrage et l'abstinence** et la **sanction pénale de l'usage**. L'idée est la suivante, il faut tout mettre en œuvre pour écarter la première consommation de drogues, désintoxiquer les usagers et prôner la privation des drogues, et enfin punir l'usage.

Ainsi la politique nationale de lutte contre la drogue fonctionne sur le modèle sécuritaire d'une lutte contre la délinquance : l'usager doit être rappelé à la loi et dissuadé de consommé par la répression¹. Il peut toutefois échapper à l'incarcération s'il accepte de se soigner, c'est-à-dire de se sevrer.

La loi de 1970 bien que toujours intacte à l'heure actuelle en France, s'est heurtée à des difficultés d'ordre public dans les années 80 qui ont conduit à certaines évolutions.

Le XX^e siècle a été marqué par l'**épidémie de SIDA** (Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquisée), maladie due au VIH². Au début des années 80, la maladie effraie mais inquiète peu l'opinion publique : il semble qu'elle ne concerne qu'une partie de la population. Cependant la maladie des 4H ainsi appelée pour Haïtiens, Hémophiles, Héroïnomanes, Homosexuels se répand rapidement à la population générale, notamment via la prostitution, et tue largement. En 1994, le nombre de décès dus au SIDA en France s'élève à son maximum : plus de 4 000 décès sont recensés³.

¹ Extrait d'un article de M. Joubert paru dans « Villes et toxicomanies : de la connaissance à la prévention »

² Le Virus de l'Immunodéficiency Humaine a été découvert en 1983 par l'équipe du Pr Luc Montagnier

³ Données de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS)

De nouvelles mesures vont être prises, et notamment à l'égard des toxicomanes. La lutte contre la drogue va devoir prendre une autre tournure que celle qu'elle avait prise jusqu'à présent car « *on ne peut pas sevrer un toxicomane mort du sida* » (3). Une nouvelle politique publique entre en vigueur : la **politique de réduction des risques** va enfin permettre aux usagers de drogues de se protéger du VIH.

La politique de réduction des risques permet de mettre en place des *activités dont le but principal est de réduire les risques de dommages liés à la consommation de drogues ; l'action sur la consommation n'est pas l'objectif de ces activités* (4). Ces activités comprennent la mise à disposition de seringues, la mise à disposition de drogues¹ alternatives à celles des rues, des actions sociales et médicales n'exigeant pas de projet thérapeutique et des actions hors des institutions. Elles visent à prévenir les conséquences négatives de l'usage de drogues (4).

C'est dans ce contexte, à la fin des années 80, que se développent des structures d'accueil et de services aux usagers de drogues. Ces structures seront définitivement reconnues comme CAARUD, Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues, par la loi de Santé Publique du 9 août 2004 (5).

Dans une volonté d'extension de la politique de réduction des risques certaines villes européennes vont expérimenter un nouveau dispositif : les salles d'injection supervisée. Elles s'adressent à des usagers vulnérables qui peuvent venir consommer des drogues à moindre risque.

- Présentation du travail de thèse

Le contexte du stage et les problématiques rencontrées sont à l'origine de la thématique traitée dans cette thèse.

Le premier chapitre de ce travail se concentre donc sur la présentation de la population des usagers de drogues et plus particulièrement celle rencontrée au centre Planterose du CEID.

Le deuxième chapitre vise à dérouler la structuration de la réflexion qui m'a amenée au choix de mon sujet : les Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR).

¹ On entend ici par drogues des substances psychoactives comme peuvent l'être certains médicaments

Dans l'optique d'une approche de Promotion de la Santé, mon travail s'appuie sur une enquête de terrain. Je suis effectivement allée à la rencontre des professionnels du secteur des addictions et des usagers de drogues eux-mêmes pour tenter de cerner au mieux toute la complexité de ce sujet. C'est en confrontant mes représentations à celles de mes interlocuteurs que j'ai pu enrichir ma réflexion. Encore fallait-il que je me fasse ma propre idée de ces SCMR.

Le chapitre III résume les connaissances actuelles sur les SCMR et les points importants qui m'ont permis de mener à bien mon enquête de terrain.

Le chapitre IV renseigne sur les aspects méthodiques de l'enquête de terrain et les résultats recueillis. Le chapitre V est une interprétation de ces résultats.

Enfin, ce travail, ponctué de certaines limites, a abouti à des recommandations, qui font l'objet du dernier chapitre.

.....

Pour mieux comprendre le contexte général de cette thèse certains éléments concernant la population des usagers de drogues rencontrée pendant le stage semblent indispensables à présenter. Ils font l'objet de ce chapitre.

.....

I. POPULATION RENCONTREE SUR LE TERRAIN : caractéristiques et problématiques__	16
A. Les usagers de drogues : qui sont-ils ?	16
1. De qui parle-t-on ?	16
2. Les usagers du centre Planterose du CEID	17
B. Contexte sanitaire et social des usagers de drogues : données générales et territoriales	20
C. Usagers et usages de drogues dans l'espace aquitain et bordelais	22
1. L'espace urbain	22
2. L'espace festif	24

I. POPULATION RENCONTREE SUR LE TERRAIN : caractéristiques et problématiques

Ce premier chapitre consiste en une présentation de la population des usagers de drogues et de ses caractéristiques sur le plan sanitaire et social d'une part, mais aussi sur le plan des pratiques sociales. Nous verrons comment cette population se répartit sur le territoire et quels usages des drogues elle fait.

A. Les usagers de drogues : qui sont-ils ?

1. De qui parle-t-on ?

a) Définition

Le terme « usagers de drogues » utilisé tout au long de cette thèse désigne en réalité le terme plus restrictif des « **usagers problématiques de drogues** » qui a remplacé la terminologie de « toxicomanes ».

On entend par « usagers problématiques de drogues » les usagers de drogues par voie intraveineuse ou les usagers réguliers d'opiacés¹, cocaïne ou amphétamines, pour l'année passée, pour le groupe d'âge des 15-64 ans.

Définition de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies²

Le nombre d'usagers problématiques de drogues est estimé, en France, en 2006, **entre 210 000 et 250 000**.

A Bordeaux, le nombre d'usagers problématiques de drogues est estimé à 2 000 dont 500 personnes ne fréquenteraient pas de structures de prise en charge³.

¹ Les opiacés désignent les substances dérivées de l'opium : héroïne, morphine et dérivés que l'on retrouve dans des médicaments type Skenan®

² <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dcc2012.pdf>

³ Site internet du maire-adjoint de la ville de Bordeaux <http://www.fabienrobert.com/index.php/tag/salle-de-consommation/>

b) Structures fréquentées

Une grande majorité des usagers problématiques de drogues, ou usagers de drogues, bénéficie d'une **prise en charge sanitaire et sociale en rapport avec leur usage de drogues** dans des centres réservés, en milieu hospitalier ou en médecine de ville.

Les usagers de drogues fréquentent notamment, mais non exclusivement, les :

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

et les

- **CAARUD** : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues.

Les connaissances et les études réalisées sur la population des usagers de drogues concernent les différentes structures de prise en charge de cette population, mais ne reflète pas la totalité de ces usagers : une partie très marginalisée est très éloignée de ces structures et une partie de la population socialement insérée échappe aussi aux sources d'informations. (6)

c) Population

Les usagers problématiques de drogues représentent une population **hétérogène**, très fortement **masculine** (4 hommes pour 1 femme), d'environ **35 ans en moyenne** mais qui tend à vieillir notamment pour ceux sous traitement. Toutefois, des **nouvelles générations de jeunes voire très jeunes usagers** viennent s'ajouter.

2. Les usagers du centre Planterose du CEID

a) Fonctionnement du centre

Le centre Planterose, où j'ai réalisé mon stage, est une des structures du Comité d'Etude et d'Information sur les Drogues et les addictions (CEID) de Bordeaux. Elle a deux activités distinctes :

- le matin, c'est une **Unité de Traitement de Substitution**, qui appartient au CSAPA

et

- l'après-midi, le centre fonctionne comme un **CAARUD**

b) Usagers fréquentant le centre

Avec ces deux activités réunies dans les mêmes locaux, le centre Planterose accueille :

- au **CSAPA**, des usagers qui viennent chercher leurs médicaments de substitution. Ceux-ci ont donc entamé une **démarche de traitement de leur dépendance** en acceptant de recevoir un traitement médical. Il peut s'agir de méthadone, de buprénorphine haut dosage (Subutex®, buprénorphine + naloxone : Suboxone®) ou encore de sulfate de morphine (Skenan® par exemple).

Notons ici que seules la méthadone et la buprénorphine haut dosage bénéficient d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour le traitement des dépendances aux opiacés. La prescription des sulfates de morphine comme MSO est possible grâce à une directive de la Direction Générale de la Santé (DGS) datant de Juin 1996. La prescription se fait alors à titre exceptionnel, en cas d'échec des traitements par buprénorphine et méthadone ou d'intolérance, et avec l'accord du médecin conseil de l'assurance maladie. Dans ce cadre, le prescripteur doit mentionner sur l'ordonnance « concertation avec le médecin-conseil ». En réalité, nombres d'ordonnances de sulfates de morphine prescrits dans le cadre d'une substitution sont faites hors AMM.

Il me semble important de relever également pour la compréhension de la suite de la thèse, que les médicaments de substitution actuellement sur le marché ne s'adressent qu'aux dépendances aux opiacés (héroïne, dérivés morphiniques). Ce public continue parfois à consommer, en injection ou non, d'autres substances (cocaïne, kétamine, autres produits de synthèse...)

- au **CAARUD**, des usagers actifs dans leurs consommations, qui viennent utiliser les services proposés de la « **Boutique** » : douche, machine à laver le linge, boissons chaudes, mais également entamer des démarches pour des aides

sociales ou consulter le médecin. Ils peuvent aussi bénéficier des **Programmes d'Echange de Seringues** (nous y reviendrons plus tard) et bénéficier du matériel stérile nécessaire à leurs consommations.

Le rapport d'activité du CEID pour l'année 2011 décrit la population fréquentant les CAARUD comme un public plutôt jeune, plus désocialisé et moins demandeur de soins qu'en CSAPA (7).

B. Contexte sanitaire et social des usagers de drogues : données générales et territoriales

Le paragraphe suivant vise à informer le lecteur sur quelques données propres à la population rencontrée sur le terrain de stage en termes d'état de santé et de données sociales notamment.

Les premiers éléments synthétisent des données nationales, et lorsqu'elles sont disponibles, les données territoriales voire locales (concernant spécifiquement la population du centre Planterose du CEID).

a) Etat de santé des usagers de drogues (6)

- Maladies infectieuses

L'usage de drogues et notamment la consommation par voie injectable présente un **risque de contamination par le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC)**.

En 2006, au sein de la population des usagers de drogues dont 72% ont injecté au moins une fois dans leur vie, **8,5% étaient atteints par le VIH**, soit **moins d'1 usager sur 10**. Les données tendent à montrer une diminution de la prévalence¹ de VIH chez les usagers de drogues qui peut s'expliquer par l'instauration de mesure de Réduction des Risques et une moindre fréquence de l'injection. Le nombre de nouveaux cas de sida attribué à l'usage de drogues par voie injectable a atteint un maximum en 1993 avec 1495 cas pour baisser à 51 nouveaux cas en 2006 (6).

Concernant le **virus de l'hépatite C**, la prévalence reste à un niveau très élevé au sein de la population des usagers de drogues, **6 usagers sur 10 sont contaminés**. Pour cette infection, près d'un tiers des usagers infectés ignorent qu'ils sont positifs au test de dépistage de l'hépatite C (8).

A Bordeaux, depuis quelques années, de nouvelles contaminations au VIH ont été répertoriées chez certaines populations très marginalisées et vivant en squats, notamment immigrantes d'Europe de l'Est (9).

¹ La prévalence est le nombre total de cas dans une population déterminée à un moment donné

- Mortalité

La consommation de drogues, et notamment celle d'héroïne, de cocaïne ou de crack, expose **5 fois plus les hommes au risque de décès** et **10 fois plus les femmes** que les autres hommes et femmes du même âge de la population générale. Le nombre de décès liés à l'usage de drogues enregistré par l'INSERM atteignait 337 en 2007, en augmentation de 30% depuis l'année 2000.

En Gironde, le nombre d'overdoses mortelles connaît une légère augmentation depuis quelques années, et implique notamment une consommation d'héroïne¹.

- Comorbidités psychiatriques

Il existe une forte association entre la dépendance aux drogues et les **troubles de l'humeur²** ou l'**anxiété généralisée**. Parmi les usagers de drogues 40 à 60% présentent une comorbidité³ psychiatrique (6).

b) Contexte social (6)

Les chiffres cités ci-dessous sont basés sur l'année 2008.

Les usagers de drogues se caractérisent par une situation sociale plus précaire que celle de la population générale en termes de :

- **logement** : près de la moitié ont des conditions de logement instables dont 60% sont sans domicile fixe ou vivent en squat⁴
- **revenu** : un quart ne dispose d'aucun revenu licite et a recours à la mendicité, à des ressources illégales et/ou à la prostitution
- **couverture sociale** : la moitié est affiliée à la Couverture Maladie Universelle (CMU).

¹ Enquête « DRAMES » de 2009 et 2010 menées par le réseau des CEIP et l'ANSM

² Les troubles de l'humeur rassemblent des pathologies comme la dépression ou les troubles bipolaires

³ Comorbidité : association de deux maladies fréquemment observées dans une population, sans causalité établie

⁴ Un squat désigne l'occupation d'un lieu en vue d'y habiter sans avoir eu l'accord du titulaire légal

Sur le plan des **acquis scolaires**, seuls 23,4% ont atteint le niveau du baccalauréat (validé ou non). La majorité dispose d'un diplôme type CAP ou BEP ou n'a pas été au-delà du collège.

Il est apparu que 38% des usagers des CSST (Centres de soins spécifiques pour Toxicomanes, anciens CSAPA) et 17,4% des usagers des CAARUD ont déjà connu un **épisode d'incarcération**, période pendant laquelle les prises en charge psychosociales ou sanitaires sont fréquemment interrompues.

Enfin, 11% ne disposent **pas de papiers d'identité** : la moitié vivant en France illégalement et l'autre moitié les ayant égaré ou se les étant fait voler.

C. Usagers et usages de drogues dans l'espace aquitain et bordelais (10)

Nous allons le voir, la population des usagers de drogues du site de Bordeaux se répartit essentiellement sur deux espaces : **l'espace urbain et l'espace festif**.

Il est bien entendu que ces deux espaces ne sont pas physiquement délimités et que certains usagers passent de l'un à l'autre. Par essence, les usagers majoritairement rencontrés au centre Planterose appartiennent à la première catégorie, mais une part non négligeable fréquente l'espace festif, et ce, de manière régulière. C'est pourquoi j'ai tenu à présenter ces deux espaces et leurs caractéristiques.

1. L'espace urbain

a) Les usagers dans l'espace urbain

L'espace urbain recouvre les **zones urbanisées ou fortement urbanisées**.

Les usagers de l'espace urbain désignent les usagers fréquentant des lieux institutionnels comme les **CAARUD** et **CSAPA** et plus informels comme les **squats**, les **points de regroupement dans la ville**, la rue...

b) Caractéristiques des populations

L'espace urbain est largement représenté par des **usagers fréquentant les structures de soins et de réduction des risques**.

Toutefois, d'autres usagers de cet espace appartiennent à une **population qui ne fréquente pas les structures sanitaires et sociales**. Pour cette dernière catégorie il faut garder à l'esprit qu'une partie est très marginalisée mais qu'une autre concerne des usagers insérés. Dans les deux cas, les pratiques de ces populations « cachées » sont, par définition, méconnues.

De plus, l'espace urbain bordelais compte également une population de « **jeunes en errance** » qui vont de structure en structure sans engager de démarches de stabilisation. Cette population affirme avoir choisi ce mode de vie dans une démarche de rupture sociale. Leur déambulation est principalement urbaine et orientée par l'immédiateté d'un achat, d'une vente ou l'opportunité de consommer des substances psychoactives, ou un rendez-vous dans un service social pour trouver un abri pour une nuit. Ce public tend à se déplacer **en dehors du centre de Bordeaux** pour ouvrir des **squats**.

Depuis 2005, les **migrants originaires d'Europe de l'Est** représentent un groupe particulièrement visible des usagers de drogues et très présent sur les CAARUD. Cette population vit dans des **squats situés plutôt dans le centre de Bordeaux**.

c) Usages de drogues et pratiques

En termes de consommation dans l'espace urbain et de phénomènes préoccupants relevés par les professionnels, l'**alcool** est en tête de liste. Il est très souvent associé à des **médicaments psychotropes**. Vient ensuite l'**usage détourné de Subutex®**, qui est surtout injecté ou sniffé. Les CAARUD de Bordeaux rapportent également une augmentation des discours sur l'**injection de cocaïne** et la consommation d'**héroïne inhalée** (technique du « chasser le dragon »¹), cette dernière étant peut-être à mettre en lien avec la distribution récente de feuilles d'aluminium par ces structures.

Le **public issu d'Europe de l'Est** est très **injecteur et particulièrement injecteur de Subutex®** et s'expose à des **pratiques à risques**. En effet, le partage de matériel tient une place majeure dans le cadre de pratiques communautaires, et tend à augmenter grandement le risque de contaminations virales (VIH, hépatite B et C).

¹ « Chasser le dragon » est une technique utilisée pour fumer des produits comme l'héroïne brune ou le crack qui requiert une feuille d'aluminium et un tube en plastique d'inhalation

2. L'espace festif

a) Les usagers dans l'espace festif

Les usagers de l'espace festif sont des usagers fréquentant des **établissements de nuit** ou des lieux informels où est diffusée de la musique amplifiée électronique.

Les rassemblements de grande envergure concernent les **festivals** *Reggae Sun Ska Festival* et *Garorock* et leurs *zones dites off*. Les zones off sont des rassemblements qui se développent à la marge des festivals, décrites comme des lieux alternatifs investis par des camions et du matériel de sonorisation et identifiés comme des scènes de diffusion de substances.

On compte dans l'espace festif des **soirées en club** (Trance, Techno, Hardteck, D'n'B, Dub...) programmées et annoncées et des soirées *outdoors* plus ou moins déclarées, appelées « **teufs** ».

De manière plus informelle des rassemblements en zone rurale d'environ 250 personnes en plein air avec une sonorisation, appelées **free party**, sont organisées pour une occasion donnée.

b) Caractéristiques des populations

L'espace festif rassemble une population d'usagers de drogues très **hétéroclite** : des étudiants aux travailleurs actifs en passant par des usagers de l'espace urbain comme évoqué plus haut et des **travellers**, jeunes adultes qui revendiquent leur marginalité comme mode de vie et qui se déplace au rythme des événements alternatifs.

La population des « **jeunes en errance** » décrite dans l'espace urbain se retrouve notamment sur les *zones off* des festivals.

c) Usages de drogues

Les produits consommés dans l'espace festif sont très hétérogènes : la consommation d'**alcool** et de **cannabis** est très présente lors de ces rassemblements et associée à celle de **kétamine**, de **MDMA**, de **cocaïne**, de **LSD**, de **champignons** et/ou d'**amphétamines**. C'est également lors de ces rassemblements que sont expérimentés de **nouvelles substances**.

.....

Pour démarrer et avant d’aborder le vif du sujet, le choix de présenter ce travail a été le fruit d’une réflexion initiée par des observations sur le lieu de stage et enrichie par des discussions et des lectures diverses. Les éléments de cette réflexion sont rapportés dans ce chapitre.

.....

II.	STRUCTURATION DE LA REFLEXION : des observations au questionnement	26
A.	Constats de départ sur le terrain et problématiques rencontrées	26
1.	Une population qui s’expose à des risques sanitaires particuliers	26
2.	Des outils indispensables mais incomplets	29
B.	Autres problématiques rencontrées sur le terrain	32
1.	Des injections dans les structures	32
2.	De la difficulté d’agir face à des consommations	33
C.	Questionnements	35

II. STRUCTURATION DE LA REFLEXION : des observations au questionnement

A. Constats de départ sur le terrain et problématiques rencontrées

Amenée chaque jour à délivrer du matériel stérile et à usage unique de préparation et de consommation aux usagers de drogues, j'ai eu l'opportunité de discuter des pratiques et des difficultés techniques relatives à l'injection auxquelles ils sont confrontés. C'est également à leur contact et à celui de l'équipe que j'ai pu me rendre compte des dommages physiques que peut provoquer la consommation de drogues par voie injectable et de ses conséquences parfois irréversibles.

J'ai également pu constater comment les professionnels réagissaient face à ces problématiques et les outils qu'ils pouvaient mettre en place afin de limiter les risques.

Afin d'étayer mes observations je me suis aidée d'explications et d'études référencées dans la bibliographie.

1. Une population qui s'expose à des risques sanitaires particuliers

Nous verrons ici quels sont les dangers propres à la voie injectée et les dangers liés à cette pratique.

a) Risques sanitaires liés à l'injection (11)

L'administration de drogues par voie injectable utilise les veines pour une diffusion dans le système circulatoire et achemine les substances jusqu'au cerveau. Parce qu'elle est nécessairement invasive et systémique, la voie injectée peut causer plusieurs dégâts sur l'organisme, à proximité ou à distance du site d'injection (site où l'aiguille pénètre).

- Mortalité par overdose

Le risque vital majeur lié à l'injection de drogues est le risque d'**overdose**.

Une overdose est une prise de drogues en quantité trop importante qui peut conduire au décès. La frontière entre une overdose non fatale et une overdose fatale est mince, et l'issue dépend souvent des conditions de l'injection et des réactions des personnes présentes au moment où elle survient. Ainsi, une injection solitaire a un effet négatif sur l'issue d'une overdose, tout

comme peuvent l'être les mauvaises réactions ou l'absence de réaction des personnes alentour.

- Maladies et contaminations infectieuses

En insérant une aiguille dans le système circulatoire, un usager crée une porte d'entrée potentielle pour les virus, bactéries et champignons qui peuvent rester localisés ou diffuser dans l'organisme.

Ainsi, la voie injectée est responsable de nombreuses **infections** dont certaines peuvent se compliquer gravement :

- la « **poussière** » est une infection fréquemment rapportée par les usagers : elle est due à l'injection dans le sang de microbes morts ou en quantité non pathogène et ne s'accompagne pas de complications engageant le pronostic vital. Les usagers décrivent des frissons, une transpiration excessive ou des maux de tête.
- l'**endocardite infectieuse** est l'une des complications les plus sévères de l'usage de drogues par voie intraveineuse (voie IV) avec 5 à 10% de taux de décès. Elle est due à un germe présent normalement sur la peau, le *Staphylocoque doré*, qui pénètre lorsqu'il n'y a pas eu de désinfection préalable du site d'injection.
- le **VIH** et le **virus de l'hépatite C** (VHC), continuent d'atteindre les usagers de drogues par voie IV. Selon une étude sur les cas de VHC de pays européens diagnostiqués au cours de la période 2003-2006, la part de l'injection comme mode vraisemblable de contamination se situait entre 74 et 100%¹. De manière assez évidente, les infections sont favorisées par des comportements à risques, partage de matériel par exemple, et par la réalisation des injections dans des conditions médiocres d'hygiène (6).

- Dommages veineux

Enfin, le capital veineux des usagers de drogues injectées est rapidement mis à mal, et ce d'autant plus que les injections sont fréquentes, réalisées sur le long terme, avec des substances irritantes et une mauvaise technique.

¹ Extrait de l'expertise collective de l'INSERM-Réduction des risques chez les usagers de drogues-Synthèse et recommandations

Les **veines se bloquent temporairement** ce qui favorise l'apparition de thrombus, ou caillots, qui peuvent finalement obstruer totalement le vaisseau.

Sur le long terme également, des **veines obstruées** favorisent l'apparition d'**ulcères**, lésions de la peau qui ne cicatrisent pas, ou d'infections locales comme les **abcès**, accumulation de pus dans les tissus qui se forme au détriment des tissus environnants détruits ou refoulés.

Ces dommages et complications ne sont souvent pris en charge qu'à un stade avancé, les usagers ne consultant majoritairement que lorsque le problème est devenu sérieux.

b) Pratiques à risques chez les usagers de drogues injectées (11)

Comme on vient de le voir, l'injection est en elle-même une pratique dangereuse responsable de nombreuses complications veineuses notamment. Il faut ajouter à cela que la recherche de l'effet *a priori* unique procuré par l'injection conduit les usagers à majorer les risques et les potentielles complications. Nous parlerons ici des **sites d'injection** que peuvent solliciter des usagers qui ont épuisé leur capital veineux et des **pratiques d'injection**.

- Injection intraveineuse

Les veines superficielles à l'intérieur du coude sont utilisées en premier choix : ces veines sont les plus facilement accessibles et c'est le site le moins dangereux. Après plusieurs années d'injection toutefois, il devient de plus en plus difficile pour les usagers de « trouver leurs veines ». Ils passent alors à un autre site du corps souvent plus dangereux.

Les mains peuvent être sollicitées parce que leurs veines sont très visibles. Mais elles sont petites et fragiles et peuvent s'obstruer facilement. Un gonflement des mains persistant, autrement appelé « **syndrome de Popeye** », est la marque d'une destruction des tissus lymphatiques locaux et doit entraîner au plus vite une modification des pratiques. Ce syndrome est assez caractéristique des injecteurs de Subutex®¹ insuffisamment filtré.

La veine fémorale et les veines du cou, considérés comme des sites très dangereux car très proches d'une artère et/ou d'un nerf sont toutefois sollicités par certains usagers.

¹ Subutex® : médicament contenant de la buprénorphine, administré par voie orale, utilisé pour traiter les dépendances aux opiacés. Subutex® est souvent détourné de son usage médical et consommé en injection ou en sniff

- Autres types d'injection

Enfin, lorsqu'il devient quasiment impossible d'accéder à des veines, certains vont jusqu'à injecter dans des **artères** risquant une hémorragie mortelle, en **intramusculaire ou en sous-cutané** endommageant d'autant plus les tissus environnants.

2. Des outils indispensables mais incomplets

Nous verrons ici quels dispositifs sont mis en place pour les usagers de drogues, et notamment le public injecteur, de manière générale et au CEID. Nous aborderons les limites de ces dispositifs.

a) Les programmes d'échange de seringues

Les programmes d'échange de seringues (PES) mettent à disposition des usagers, gratuitement ou non, du matériel d'injection stérile et du matériel servant à la préparation de l'injection. (6)

Les PES assurent aux usagers de drogues une accessibilité à du matériel stérile afin d'éviter les transmissions de maladies infectieuses et de virus comme le VIH et le VHC.

- Dispositions légales

Depuis le décret du 7 mars 1995 les associations à but non lucratif menant des programmes de prévention du sida ou des actions de réduction des risques chez les usagers de drogues sont autorisées à délivrer des seringues et des aiguilles à titre gratuit (12). Le décret du 19 décembre 2005 relatif aux missions des CAARUD (13) et la circulaire du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA (14) définissent le rôle de ces structures dans les mesures de réduction des risques qu'elles doivent instaurer pour prévenir les risques infectieux.

- Le PES du centre Planterose

Au CEID, par exemple, le principe est simple : l'utilisateur peut venir chercher auprès d'un professionnel l'ensemble du **matériel stérile et à usage unique** nécessaire à la **consommation** et à la **préparation** des drogues (seringues, aiguilles, filtres, eau, cuillères, lingettes antiseptiques, lingettes alcoolisées, pailles pour sniffer...) mais aussi à l'**élimination** du matériel utilisé (containers), **gratuitement et anonymement**. L'utilisateur peut également ramener le matériel usagé qui sera ensuite récupéré et incinéré.

La distribution de matériel est un moment privilégié pour les professionnels qui peuvent informer les usagers sur la bonne pratique du matériel, les questionner sur leur manière de préparer et de consommer les produits et les conseiller pour limiter les risques.

Au cours de l'année 2011, 102 556 seringues ont été distribuées au centre Planterose et 101 750 seringues usagées récupérées, soit 90%.

b) Des ateliers spécifiques mis en place au CEID

Lorsque des complications ou des dommages liés à l'injection sont repérés par les professionnels ou lorsque les usagers ont des questions sur la préparation des produits ou l'utilisation d'un outil, des **ateliers spécifiques individuels** peuvent être proposés.

Ces ateliers peuvent tout aussi bien être menés par l'équipe infirmière qui pourra aider un usager à repérer et trouver des veines plutôt que d'injecter dans des sites dangereux (voir I/A.1.b), que par un éducateur spécialisé au cours d'un atelier de démonstration de l'utilisation d'un Sterifilt®¹ par exemple.

De plus, des **actions intermittentes** sont initiées à destination de certains groupes d'usagers. Récemment, une équipe de professionnels du CEID est intervenue dans un squat occupé par une population bulgare, majoritairement injecteurs de Subutex® et n'utilisant pas de Sterifilt®. Avec l'appui d'un usager bulgare utilisant ce dispositif, les professionnels se sont rendus sur le site pour y monter un atelier de démonstration.

c) Limites de la réduction des risques à l'heure actuelle

Malgré les services mis à disposition des usagers, les démonstrations et les conseils diffusés par les professionnels, il semble encore difficile d'intervenir et de modifier certains comportements à risques.

- Partage et réutilisation de matériel souillé

Les transmissions infectieuses liées à l'utilisation de matériel d'injection souillé restent une préoccupation majeure (6).

¹ Dispositif permettant d'éliminer les impuretés physiques d'une préparation de drogue destinée à être injectée (Site internet : Apothicom.org)

L'étude Coquelicot 2004-2007 (8) rapporte que durant le dernier mois :

- 13% des usagers **ont partagé leurs seringues**
- 38% des usagers **ont partagé le petit matériel** (coton, cuillère, eau)
- 74% **ont réutilisé la même seringue.**

Pour une de ces études, dont les résultats ne sont pas encore officiellement publiés, SAFE a analysé les fonds de seringues recueillies dans des automates d'échange de seringues en Ile-de-France¹. Il s'est avéré que pour une proportion non négligeable, l'analyse des produits a détecté 2, 3 voire 4 produits dans la même seringue. Les mélanges retrouvés ne sont pas toujours compatibles avec une injection simultanée pour des raisons d'instabilité chimique, ce qui suggère donc une **réutilisation du matériel**. De plus, sur une partie des seringues récoltées, le marquage était effacé ce qui est aussi en faveur de **manipulations et d'utilisations répétées** du matériel.

- Règles d'hygiène basiques

Une étude réalisée sur le **lavage des mains avant injection** montre que seuls 25% des usagers se lavent régulièrement les mains avant une injection, 44% affirmant qu'ils sont « trop pressés » pour le faire et 27% que « ce n'est pas utile »². Pourtant le lavage des mains diminue de manière considérable le risque infectieux (11).

- Méconnaissance ou mauvaise utilisation des outils

De même, une étude de 2011 (15) rapporte qu'une partie non négligeable des usagers de drogues par voie injectable de Bordeaux **sous-utilisent encore les Sterifilt®** : près de 60% des injecteurs de buprenorphine (Subutex®) et 40% des injecteurs de cocaïne y ont fréquemment recours, mais c'est moins de 20% pour les injecteurs d'héroïne et proche de 0 pour les injecteurs de dérivés morphinique type Skenan®.

Pourtant Sterifilt® retient de manière très performante les particules responsables des « poussières » ou de l'obstruction des veines, et retient moins de produit actif que les filtres en coton ou les filtres de cigarette généralement utilisés par substitution (11).

¹ SAFE, CNRS, Université de Paris Sud-*Etude longitudinale des résidus de drogues dans les seringues usagées : apport à la connaissance des pratiques des usagers*

² Extrait de *L'injection à moindre risque*. J.Derricott, N.Hunt, A.Preston

D'autres représentations et pratiques à risques sont rapportées par les usagers mais sont difficiles à évaluer comme : lécher l'aiguille avant d'injecter ou lécher le site d'injection pour le « nettoyer », faire une deuxième injection pour atténuer les effets d'une « poussière »...

Autant de pratiques que les outils actuels de réduction des risques ne semblent pas permettre d'évaluer ni de contrer.

B. Autres problématiques rencontrées sur le terrain

Etre présente sur le site du centre Planterose, pouvoir assister aux réunions interprofessionnelles de Planterose mais aussi des autres structures du CEID m'a permis de cerner des problématiques liées à d'autres aspects de l'injection et des usagers de drogues par voie injectable.

Lors du séminaire de la Fédération Addiction « Construire des espaces de consommation ? »¹ organisé à Paris en Avril dernier et auquel j'ai pu participer, je me suis rendue compte que les discussions qui animaient les réunions du CEID et les interrogations des professionnels n'étaient pas propres à la structure mais bien générales à l'ensemble des institutions accueillant des usagers de drogues.

1. Des injections dans les structures

Au CEID comme dans toutes les structures, les usagers ne sont pas autorisés à injecter à l'intérieur des locaux. Ce qui change d'une structure d'accueil à l'autre ce sont les mesures prises à l'égard des usagers que l'on aurait surpris à s'injecter. En effet, les **dispositions vont de la discussion à l'exclusion temporaire voire définitive.**

a) Un interdit qui prend beaucoup de place

Au CEID la règle est la suivante : la distribution de matériel stérile pour la consommation ne se fait que lorsque l'utilisateur est sur le point de partir. Il ne peut pas rester dans les locaux avec le matériel. Il doit par exemple laisser ses affaires en dehors des toilettes si un professionnel vient de lui donner du matériel propre. De même que les usagers n'ont pas le droit d'entrer avec leurs sacs dans la salle de douche.

¹ Second séminaire de la réduction des risques : <http://www.federationaddiction.fr/second-seminaire-de-la-reduction-des-risques-les-documents/>

Mais dans la pratique il est plus difficile de tout contrôler, notamment quand, certains jours, plus de 40 personnes sont présentes en même temps dans les locaux. Les professionnels se retrouvent à épier les usagers, à les surveiller, rôle qu'ils n'apprécient guère. Faire respecter quelques principes aux usagers accapare les professionnels, et beaucoup considèrent que cette activité occupe **une part trop importante au regard de leurs autres missions**.

b) Un interdit qui modifie la relation entre professionnels et usagers

Puisque interdite, l'injection si elle est faite dans les locaux de la structure, est souvent **démentie par les usagers** auprès des professionnels.

Peu importe de savoir si elle a vraiment eu lieu ou non, la question n'est pas là, elle tient plutôt au rapport qu'entretient alors le professionnel avec l'utilisateur. La relation qui s'établit entre les professionnels et les usagers dans les CSAPA et CAARUD est basée sur la confiance et la confidentialité. Difficile alors de consolider cette relation lorsque les usagers se retrouvent à dissimuler leurs consommations aux professionnels et que ces derniers se retrouvent à les guetter.

2. De la difficulté d'agir face à des consommations

Chaque structure tente d'apporter des réponses à la hauteur des moyens dont elle dispose.

a) Le container dans les toilettes : une position paradoxale pour les professionnels

Après avoir fait le constat que des injections avaient lieu dans les toilettes du CEID et que les seringues étaient jetées dans une poubelle classique, l'équipe a décidé d'installer un container récupérateur de matériel usagé. Un affichage rappelle l'interdit et indique aux usagers l'utilisation possible du container de récupération.

Le **message est on ne peut plus paradoxal** pour les professionnels qui doivent continuer à mettre tout en œuvre pour éviter des injections dans les locaux du centre alors que la présence même du container est associée à une tolérance voire une incitation par les usagers.

La mise en place de ce container avait également été pensée comme un **outil de discussion** en incitant les usagers à parler de leurs consommations plutôt que de les dissimuler ou de les démentir.

b) Le container dans les toilettes : difficulté d'un consensus dans les équipes

La mise à disposition de ce container a fait l'objet de polémiques entre les professionnels de l'équipe du CEID. Certains ne conçoivent pas de « laisser faire » des injections dans la structure, là où d'autres pensent qu'ils n'ont rien de mieux à proposer à des usagers qui injecteraient dans l'espace public.

Au-delà de cette problématique, les discussions ont divisé les professionnels sur leurs **représentations de l'injection** et sur le **rôle qu'ils peuvent jouer** : pour certains l'accompagnement peut aller bien plus loin que la distribution de matériel et le container dans les toilettes, pour d'autres il a déjà dépassé des limites qui ne sont plus aidantes pour les usagers.

c) Et pour les autres usagers

Comme nous l'avons évoqué, la mise en place du container a été interprétée par certains usagers comme une tolérance ou une incitation à l'injection. Il faut noter que toutes les autres consommations de substances psychoactives, hormis la nicotine, sont interdites dans les locaux ou le sas d'entrée de Planterose.

Ainsi, il a fallu que les professionnels justifient d'une certaine tolérance à l'égard des usagers injecteurs alors qu'ils doivent sans cesse rappeler aux usagers de ne pas consommer d'alcool dans le centre, sous peine d'être exclus quelques jours.

Là aussi le **message est paradoxal** lorsque certains usagers sont sanctionnés pour leurs consommations et pas d'autres.

Comme on peut l'entrevoir ici, il n'est pas toujours facile de trouver les mesures adaptées à tous les usagers ou qui rassemblent tous les professionnels des addictions. A des constats similaires, ces derniers ne perçoivent pas les mêmes problématiques et par là, les mêmes réponses.

C. Questionnements

❖ Questionnement principal

Nous l'avons vu le public des usagers de drogues et notamment celui qui consomme par voie injectable présente des caractéristiques et des problématiques particulières. Ainsi, à partir des observations et des recherches que j'ai pu faire, et compte tenu des débats actuels en France, je me suis posée la question suivante :

En quoi l'ouverture de Salles de Consommation à Moindre Risque peut-elle répondre aux besoins des usagers de drogues par voie intraveineuse ?

Nous le définirons plus en détail ensuite, les Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR) désignent des espaces dans lesquels la consommation de drogues est autorisée et encadrée par des professionnels.

❖ Questionnements annexes

Associés à cette question il s'est vite posé la notion du lieu d'implantation de ces structures :

Où doivent-elles être implantées ?

Sur quels critères décider du lieu d'implantation d'une SCMR ?

.....

A partir de ces questionnements j'ai concentré mes recherches sur les études et les évaluations qui ont été réalisées sur les SCMR existantes dans différents pays et les connaissances actuelles sur ce domaine. Le paragraphe suivant est donc une synthèse des ouvrages et articles parcourus.

.....

III. ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE

RISQUE : synthèse _____ 37

A. Définitions et description des structures _____ 37

1. Appellations scientifiques et populaires _____ 37
2. Définitions et précisions _____ 38
3. Objectifs des SCMR _____ 39

B. Résultats des évaluations des SCMR à travers le monde _____ 39

1. Impacts sanitaires _____ 39
2. Autres impacts _____ 43

C. Fonctionnement des SCMR _____ 45

1. Un règlement intérieur propre à chaque salle _____ 45
2. Exemple de la salle de Bilbao _____ 47

D. Des changements indispensables à opérer _____ 50

1. Aspects législatifs et politiques _____ 50
2. Des coopérations essentielles à la réussite _____ 52

III. ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES SUR LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE : synthèse

Avant de regarder d'un peu plus près l'impact que les SCMR ont pu avoir, nous nous attarderons sur les principes mêmes de fonctionnement de ces salles et leurs objectifs. Puis pour avoir une idée plus représentative de l'activité d'une SCMR, nous irons voir à Bilbao les services proposés aux usagers de drogues.

Enfin, certains pré-requis sont indispensables à l'ouverture de ces salles et nous les évoquerons.

A. Définitions et description des structures

A ce stade de la thèse, il semble important de définir plus en détail ce que l'on entend par Salle de Consommation à Moindre Risque. Comment une telle structure est organisée et gérée? Par qui ?

1. Appellations scientifiques et populaires

Qu'elles s'appellent :

- Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR)
- Centres d'Injection Supervisée (CIS) en France

ou

- *drug consumption rooms*,
- *safe injection facilities*,
- *medically supervised injecting centre* dans les pays anglo-saxons,

d'un point de vue médical et professionnel elles définissent la même chose : une structure d'accueil dans laquelle un usager de drogue pourra venir faire son injection.

On retrouve dans le langage populaire et médiatique français d'autres termes tel que celui de « salles de shoot ». Bien que plus court à prononcer et relativement représentatif, il n'en est pas moins restrictif et stigmatisant. Selon le contexte et la personne qui l'emploie, le terme

« salle de shoot » peut véhiculer l'image d'un *junky*, c'est-à-dire quelqu'un d'irresponsable, menteur et voleur, qui viendrait en toute liberté consommer un produit illicite (3).

Nous allons le voir dans la proposition de définitions qui suit, les SCMR ne se limitent pas toujours à la consommation de drogues injectées et constituent bien plus qu'un simple lieu de passage.

2. Définitions et précisions

- Définition

En fonction des auteurs, la définition d'une SCMR varie selon que l'approche médicale est plus ou moins mise en avant.

Les Salles de Consommations à Moindre Risque sont des structures où les usagers de drogues peuvent venir s'injecter des drogues, qu'ils apportent, de façon plus sûre et plus hygiénique, sous la supervision d'un personnel qualifié.

Elles constituent un service hautement spécialisé au sein d'un réseau plus large de services destinés aux usagers de drogues (6) (16).

Les SCMR proposent un cadre sécurisé, réglementé et exempt des contrôles des autorités policières, dont l'accès est fixé par des règles préétablies propres à chaque SCMR.

- Equipement obligatoire

Toutes les SCMR sont équipées de **matériel de premiers secours** permettant de faire face aux overdoses et le personnel est formé pour assumer ce type d'urgences.

- Diversité des dispositifs

Notons qu'il existe différentes formes de SCMR (16), nous y reviendrons largement plus tard :

- des **SCMR intégrées** qui sont des espaces de consommation intégrés dans un ensemble plus large de services médico-sociaux (distribution de repas, douches, services sociaux, distribution de matériel stérile et à usage unique...)

- des **SCMR spécialisées** souvent proches des lieux de consommation et travaillant en réseau avec les autres structures de prise en charge. Pour ces SCMR, il existe des unités fixes et des unités mobiles.

3. Objectifs des SCMR

L'ouverture d'une SCMR poursuit plusieurs buts (17), qui sont :

- **atteindre des populations marginalisées**, n'ayant pas ou peu accès aux services de santé et sociaux et répondre à leurs besoins en assurant une injection sûre dans un endroit sûr
- **réduire les risques pour la santé spécifiques de l'injection** : comportements à risque de transmission de maladies infectieuses virales (VIH, VHC), autres maladies infectieuses dues à des conditions d'injection non hygiéniques (abcès, botulisme...)
- **réduire la morbidité et la mortalité associées aux overdoses**
- **améliorer l'accès aux soins** (traitements de la dépendance par exemple) et aux services sociaux
- **diminuer les nuisances et les troubles à l'ordre public** liés à des rassemblements d'usagers de drogue et des consommations dans l'espace public.

B. Résultats des évaluations des SCMR à travers le monde

1. Impacts sanitaires

Nous verrons ici, dans quelles mesures les SCMR peuvent améliorer l'état de santé des usagers de drogues.

a) Diminution des comportements à risques et amélioration de l'état de santé des usagers

De manière générale, les usagers rapportent une **amélioration de leur état physique ou psychique** suite à la fréquentation des CIS (17).

- Technique relative à l'injection

Au-delà de créer un environnement sain autour de l'utilisateur, les SCMR, parce qu'elles garantissent la présence de professionnels informés des dangers et formés à la pratique d'une injection à moindre risque, sont un **lieu idéal pour l'éducation aux risques liés à l'injection** des usagers. Ainsi (17) :

- 76% des usagers du Centre d'Injection Supervisée (CIS) de Vancouver
- 46% des usagers à Hambourg
- 41% des usagers à Sydney rapportent des **progrès dans leur pratique de l'injection**.

Ces progrès, confirmés par les équipes de professionnels, concernent l'usage de seringue stérile pour chaque injection y compris celles faites en dehors du CIS, la réalisation d'une injection plus propre, ainsi qu'une meilleure pratique du geste technique de l'injection (18).

- Diminution de certaines conduites à risques

Depuis leur création au milieu des années 1980 en Europe, les Programmes d'Echange de Seringues (PES) assurés par certaines structures et par les pharmacies ont largement contribué à diminuer les comportements à risques par une diminution du partage et de la réutilisation du matériel de préparation et d'injection, une augmentation de l'usage de désinfectants et une amélioration de l'élimination correcte de matériel usagé (6).

Bien que les usagers fréquentant les SCMR ont également accès aux PES, les études menées à Vancouver, Madrid et Barcelone rapportent une **diminution du partage des seringues spécifiquement associée à la fréquentation des CIS** (17). En effet, dans leur rapport Hedrich and coll. rapportent qu'après la fréquentation d'un CIS, la proportion d'usagers disant refuser l'utilisation d'un matériel usagé augmente (18).

Considérant que le partage, la réutilisation et la mauvaise élimination du matériel usagé participent à la transmission de certaines maladies et des virus VIH et VHC notamment, les SCMR contribueraient à **influencer positivement la diminution des maladies infectieuses** chez les usagers de drogues (16). Il est difficile d'isoler l'impact des SCMR sur les maladies infectieuses, une diminution pouvant être attribuée à un ensemble de services et

d'interventions diverses de Réduction des Risques (médicaments de substitution, PES, structures d'accueil bas seuil¹,...).

b) Réduction de la mortalité par overdose

Les professionnels travaillant dans les Salles de Consommation à Moindres Risques peuvent être confrontés à des overdoses : de 0,5 à 7 pour 1000 injections (17).

Lorsqu'un médecin est présent sur place, comme à Madrid et Sydney, la prise en charge se fait sur le site. Sinon, l'équipe est en mesure d'assurer les premiers secours et le relais sera fait avec les services d'ambulance. Les SCMR **éviteraient les décès par overdose** à hauteur de :

- 10 personnes par an en Allemagne
- 4 personnes par an à Sydney
- entre 1,9 et 11,7 personnes par an à Vancouver (17)

comparativement à des overdoses qui auraient lieu dans la communauté.

Il a été suggéré que le cadre sécurisant des SCMR aurait pu amener les usagers à prendre davantage de risque en augmentant par exemple les doses administrées, suggestion non prouvée à ce jour voire infirmée par l'étude de Milloy² chez les usagers de Vancouver pour lesquels il n'a pas été montré d'augmentation du taux d'overdoses non fatales après le début de la fréquentation du CIS (17).

D'autre part, toutes les évaluations menées dans les SCMR jusqu'à présent ne recensent **aucun cas d'overdose mortelle**. Le seul décès recensé fait suite à une réaction allergique au produit. (17)

c) Augmentation de l'entrée dans un processus de soins

Selon le fonctionnement des SCMR, les liens avec les autres structures médicales et médico-sociales sont plus ou moins facilités.

¹ Le lieu d'accueil bas-seuil est une structure d'accueil dite à haut seuil de tolérance ou bas seuil d'exigence. Elle s'adresse aux usagers de drogues fortement marginalisés, peu ou pas en lien avec le dispositif d'action sociale et sanitaire de droit commun

² Milloy and coll. *Non-fatal overdose among a cohort of active injection drug users recruited from a supervised injection facility*. 2008

Certaines salles incluent des services d'accès aux médicaments de substitution. Dans la plupart des SCMR, les usagers sont orientés vers d'autres structures soit pour une prise en charge somatique soit pour une prise en charge de leur addiction (17).

L'évaluation du CIS de Vancouver entre le mois de Mars 2004 et le mois d'Avril 2005 répertorie :

- **37% d'usagers orientés vers un service spécialisé d'addictologie**, proportion qui augmentait un peu plus à chaque trimestre de l'étude
- 16% vers des centres médico-sociaux
- 11,3% vers les urgences hospitalières
- 11,7% vers un lit de désintoxication
- 9% vers un service d'hébergements sociaux
- 3,7% vers un traitement substitutif par méthadone
- 2,7% vers un centre de désintoxication dans une démarche d'abstinence (19).

De manière effective, sur cette même période **18% des usagers du CIS ont débuté un programme de désintoxication** (20).

De plus, **les usagers qui fréquentent plus souvent la SCMR intègrent d'autant plus les programmes de désintoxication** que ceux qui la fréquentent moins (20).

Des données similaires ont été rapportées pour les autres SCMR à travers le monde (17), qui permettent d'affirmer que les CIS contribuent à **l'amélioration de l'accès aux soins** des usagers de drogues par voie intraveineuse, et **incitent à l'entrée dans les programmes de traitement de la dépendance** (21).

d) Des impacts sanitaires sur une population à haut risque

Il est important de souligner que tous les points qui viennent d'être abordés en termes de réduction des comportements à risques, de réduction de la mortalité par overdoses ou d'augmentation d'accès aux soins bénéficient à une **population marginalisée et à haut risque**.

L'évaluation du CIS de Vancouver rapporte que les usagers sont :

- plutôt **jeunes**
- **s'injectent dans l'espace public**

- sont **sans domicile fixe ou dans un logement instable**
- **consomment de manière quotidienne de l'héroïne ou de la cocaïne**
- ont récemment eu une **overdose non fatale**.

L'ensemble de ces facteurs contribuent à des risques plus élevés d'overdose et de contamination par les virus VIH et VHC ou d'autres maladies infectieuses (21). Les SCMR de Sydney, Genève, Essen recensent réciproquement 39%, 20% et 53% de consommateurs s'injectant fréquemment dans l'espace public (17).

Par ailleurs il apparaît que les SCMR atteignent des **usagers rencontrant des difficultés à s'injecter et/ou des complications liées à l'injection**. Pour exemple, l'évaluation du CIS de Sydney entre 2001 et 2007 montre, qu'à leur entrée (17) :

- 26% des usagers avaient eu dans leur vie des problèmes liés à l'injection : difficulté à trouver des veines, hématomes et blessures au site d'injection, œdèmes des extrémités
- 10% avaient eu des affections diverses consécutives à l'injection : abcès et infections cutanées, thromboses, septicémies, endocardites.

Ainsi les SCMR répondent aux besoins particuliers d'une population d'usagers injectant des drogues par voie intraveineuse et présentant des problématiques sociales et sanitaires spécifiques.

2. Autres impacts

Au-delà d'une réponse sanitaire, les SCMR ont apporté d'autres bénéfices, plus ou moins attendus avant leur implantation.

a) Tranquillité et sécurité publiques

Parce qu'elles sont implantées dans des lieux historiquement réputés pour être des points de rassemblement de dealers et d'usagers de drogues, mais aussi des zones de consommation à ciel ouvert dans lesquelles du matériel usagé est fréquemment abandonné, les SCMR ont su diminuer certains aspects de ces nuisances publiques.

- Un espace public moins investi et plus propre

L'évaluation du CIS de Sydney rapporte une **diminution de l'abandon de seringues** dans l'espace public. Ce résultat estimé par un comptage des seringues mais aussi par les enquêtes

téléphoniques avant et après ouverture du CIS menées auprès des habitants du quartier de King Cross où s'est implantée la salle.

De même, les enquêtes ont révélées que les riverains constataient **moins de scènes d'injection dans les lieux publics** depuis l'ouverture de la salle (22).

Parmi les raisons qui peuvent expliquer ces changements il s'avère que la SCMR est considérée par les usagers comme une **alternative à la consommation dans les lieux publics** (entrées d'appartement ou de commerces, parcs, stations de métro, gares) (23).

Notons que lorsque le temps d'attente pour entrer dans la SCMR est trop long, des scènes d'injection autour de la salle et des seringues abandonnées ont pu être constatées (17). De même que le regroupement d'usagers a pu générer un peu de deal (16).

- Absence d'impact sur le trafic et la délinquance

Concernant les délits associés à la consommation de drogues, l'évaluation de Vancouver n'a montré **ni augmentation ni diminution du trafic, des agressions ou des vols** dans le quartier alentour à la salle Insite (17).

Ainsi, les SCMR peuvent être un outil pour contribuer à diminuer les nuisances publiques d'un quartier réputé comme étant une scène ouverte. Elles ne permettent pas de résoudre les problèmes autres que la simple consommation qui peuvent amener les usagers à commettre des actes délictueux.

b) Absence d'effets collatéraux indésirables

- Pas d'incitation à la consommation

Il semble important de souligner ici que les SCMR n'ont **pas augmenté le nombre d'injecteurs dans la communauté** suite à leur ouverture. En effet, quelques cas de premières injections ont été signalés à Berne, Genève et Vancouver mais ils restent occasionnels (17). Ces nouveaux usagers se voient proposer des alternatives à l'injection, comme la consommation par voie inhalée ou sniffée.

Certains irréductibles veulent essayer à tout prix la voie injectable et l'idée est alors qu'ils le fassent dans les meilleures conditions. L'autorisation d'accéder au local de consommation

pour ces usagers est accordée « si tout indique que l'injection se fera de tout façon et dans des conditions plus dangereuses » (24).

- Pas d'incitation pour un usager donné

De même, une des craintes était l'incitation à la consommation pour des usagers déjà injecteurs. Dans l'ensemble, la fréquentation des SCMR **ne modifie pas la fréquence des injections** voire tend à diminuer le nombre moyen d'injection pour un usager (24).

Il a également été évoqué que les SCMR pourraient conforter l'utilisateur dans sa consommation et le décourager d'entrer en traitement ou l'inciter à abandonner un traitement de substitution qu'il suivrait déjà. Les études menées en Suisse et à Vancouver ne montrent pas de tels effets et soulignent que la fréquentation des SCMR est plutôt une **opportunité pour l'utilisateur de renouer avec un traitement de la dépendance** (17).

C. Fonctionnement des SCMR

1. Un règlement intérieur propre à chaque salle

Selon les objectifs visés les différentes SCMR à travers le monde ont plutôt une approche médicalisée ou sociale. Chaque salle établie avant ouverture des critères d'admissibilité et un règlement intérieur propres.

Ainsi, à travers les pays et les villes, on pourra retrouver des différences concernant (25) :

- **le personnel qui supervise la salle**

Le nombre de professionnels en premier lieu, varie en général en fonction de la capacité d'accueil de la salle (4 en Australie, 23 au Luxembourg).

Les professionnels viennent de diverses formations, on retrouvera au moins un infirmier dans chaque salle et la plupart du temps des travailleurs sociaux (assistante sociale, éducateurs spécialisés), la présence *in situ* d'un médecin n'est pas systématique, ni celle de psychologue.

Dans le personnel d'accueil, certaines salles acceptent la présence de bénévoles (Espagne) et d'autres ont choisi une approche communautaire en intégrant des anciens usagers de drogues à leur équipe (Pays-Bas).

De même un personnel de sécurité est parfois présent à l'entrée de la salle d'injection (Pays-Bas), notamment pour des structures qui peuvent accueillir un grand nombre de personnes en même temps, et qui auraient un accès direct sur la rue.

- **les services proposés**

Certaines salles proposent des espaces réservés à d'autres modes de consommation comme l'inhalation (Espagne, Luxembourg) ou le snif (Suisse).

Les salles de consommation sont plus ou moins intégrées à des structures déjà existantes, comme les centres d'accueil à bas seuil d'exigence (voir note de bas de page 41), plus ou moins reliées à des services de réduction des risques (distribution de matériel stérile et à usage unique, consultations médicales...) et peuvent proposer un hébergement pour la nuit (Luxembourg).

La totalité des salles appartient à un réseau plus large de services, et les professionnels sont tous en capacité de proposer des orientations vers des structures d'hébergement, vers des centres médico-sociaux ou vers des programmes de désintoxication.

- **l'activité de la salle**

Pour des questions budgétaires, les salles sont ouvertes quelques heures par jour (Allemagne), quelques jours par semaine (Luxembourg) ou sept jours sur sept (Espagne).

- **les critères d'admissibilité**

C'est sûrement le point qui diffère le plus d'une salle à une autre. En effet, la plupart des salles requièrent que les usagers aient au moins 18 ans, certaines refusent les femmes enceintes (Australie, Luxembourg) ou des usagers qui seraient sous traitement de substitution (Allemagne, Luxembourg).

Aux Pays-Bas, l'utilisateur doit être préalablement enregistré auprès des autorités administratives de la ville où se situe la salle.

De plus, certaines salles refusent l'entrée à des usagers qui seraient déjà en état d'intoxication (Allemagne, Australie, Luxembourg) ou ne permettent l'entrée qu'à des usagers qui injectent depuis plusieurs années seulement (Norvège). En Norvège, la consommation n'est autorisée que pour les injecteurs d'héroïne.

Notons que pour le Canada aucun critère d'admissibilité n'existe, la salle est ouverte à tous.

2. Exemple de la salle de Bilbao

Afin d'illustrer le fonctionnement d'une salle, regardons d'un peu plus près comment le projet de la salle de Bilbao a été conçu et quel serait le parcours d'un usager qui souhaiterait y consommer (26).

a) Implantation de la salle

La salle de Bilbao est ouverte depuis 2003 au cœur du quartier San Francisco, quartier central de cette ville du Pays-Basque espagnol. Depuis la fin des années 80, ce quartier est **historiquement réputé pour être un lieu de deal et de consommation à ciel ouvert**.

Dans la rue Bailen, à quelques mètres de la grande gare de Santander, rien ne semble indiquer l'existence d'une salle d'injection. Pourtant derrière une petite porte en bois sur laquelle une enseigne de l'association Médecins du monde est apposée en basque « Munduko Medikiak » il y a bien un espace de consommation réservé aux usagers de drogues.

La création d'un tel lieu a nécessité l'appui et l'accord du Parlement. Le financement de la salle est assuré en partie par la province de Biscaye, le gouvernement basque, le plan de lutte contre le sida et des fonds européens Interreg¹(obtenus grâce à la collaboration de Médecins du Monde et de l'association Bizia à Bayonne qui assure la prise en charge des toxicomanes).

Avant son ouverture l'association Médecins du Monde a organisé des réunions avec les riverains, les politiques et les organisations sociales pour communiquer sur le projet de la salle. Les horaires d'ouverture et les modalités de fonctionnement ont été décidés en accord avec les différentes parties. Aujourd'hui la salle fait partie intégrante du quartier.

b) Conditions d'entrée et accueil

Pour passer derrière la petite porte en bois, il faut sonner et attendre qu'un professionnel vienne ouvrir. Après avoir descendu quelques marches on atteint la salle, un premier écriteau au sol indique « Ne pas entrer avec des seringues » et un container récupérateur est disposé à côté ; **ici tout le matériel utilisé est fourni sur place**.

¹ Interreg est un fond financé par le Fonds Européen de Développement Régional(FEDER) qui vise à promouvoir un développement équilibré des régions frontalières où le revenu par habitant est inférieur et le chômage supérieur aux moyennes nationales.

On peut maintenant accéder au comptoir où l'utilisateur devra donner son nom. Chaque usager qui fréquente la salle a ici un dossier où sont retranscrits quelques éléments médico-sociaux. L'utilisateur annonce ensuite dans quelle salle il souhaite aller : celle pour injecter ou celle pour fumer, on lui remet en fonction un ticket blanc ou vert avec un numéro qui indique l'ordre de passage.

Dans l'espace qui entoure le comptoir il est possible de s'asseoir, de prendre un café et de discuter avec l'un des huit professionnels, qu'il soit infirmier, psychologue ou travailleur social, en attendant de pouvoir entrer dans la salle de consommation proprement dite. C'est également un moment pendant lequel les professionnels peuvent **évaluer l'état général de l'utilisateur, savoir ce qu'il a consommé avant de venir**.

Avant d'entrer dans la salle d'injection ou le fumoir, les usagers doivent déposer leurs affaires dans un casier.

c) La salle d'injection

La salle comprend plusieurs postes d'injection. Un poste c'est : **une table et une chaise faces à un mur et un container pour jeter le matériel usagé** à la fin de l'injection.

Le matériel est fourni en intégralité : seringue, eau, lingette désinfectante, filtre, garrot, compresse, cuillère pour la préparation.

Chaque usager a droit à une seule injection, mais le temps imparti n'est pas limité.

Ici, une seule interdiction quant au site d'injection : l'utilisateur n'est pas autorisé à injecter dans les veines du cou ou de l'aîne, pratiques jugées trop dangereuses.

d) Le fumoir

Le fumoir est adjacent à la salle d'injection. Comme pour l'injection, le matériel nécessaire est fourni : une feuille de papier aluminium, une paille, une cuillère et de l'ammoniac. En effet, ici la plupart des usagers utilisent la technique du « chasser le dragon » : le produit est déposé sur une feuille d'aluminium pliée en deux et chauffée par-dessous, les vapeurs sont inhalées à l'aide d'une paille. Cette technique n'est utilisée que pour des produits sous forme de base (27), comme l'héroïne brune ou le crack. Ainsi, la cocaïne doit être préalablement dissoute dans une cuillère avec de l'ammoniac.

La salle d'inhalation a été installée deux ans après l'ouverture de la structure. Elle est aménagée d'**une table et de chaises hautes disposées autour**. Les usagers peuvent donc partager ce moment ensemble. Ici par contre, le temps de consommation est limité.

Pour éviter que les vapeurs ne se répandent, la pièce est équipée d'un **système de ventilation**. La supervision par les professionnels se fait derrière une vitre. Par contre, les professionnels peuvent librement pénétrer dans le fumoir.

Cette salle d'inhalation peut être considérée comme un réel outil de travail par les professionnels, alors en mesure de **proposer immédiatement une alternative à l'injection**. En effet, l'inhalation de produits est moins dangereuse en termes de risque d'overdose, de dommages infectieux et permet de préserver le capital veineux des usagers.

e) Une salle de soins

La présence systématique d'un infirmier permet de pouvoir **prendre en charge les dommages liés à la consommation** mais aussi d'**assurer les premiers secours** en cas d'urgence : prise des constantes vitales, mise sous oxygène en attendant le relais par le SAMU en lien avec la salle de consommation.

f) Une salle de repos

Après la consommation, s'ils le souhaitent les usagers peuvent prendre un café, se poser un peu avant de se confronter au monde extérieur. C'est aussi un moyen pour les professionnels de **surveiller une éventuelle dégradation de l'état de l'usager**.

g) Profil des usagers et fréquentation de la salle

L'utilisateur type de la Salle de Consommation à Moindre Risque de Bilbao est un homme d'une quarantaine d'années, sans emploi, qui consomme depuis plus de dix ans et qui a déjà essayé de suivre un traitement par méthadone mais qui l'a finalement abandonné. Ce sont en majorité des gens socialement exclus et qui ne fréquentent pas d'autres services sanitaires.

Depuis son ouverture il y a dix ans, la salle a permis d'éviter 200 000 injections dans les lieux publics soit **33 000 injections par an qui n'ont pas lieu dans la rue**. Et les 120 overdoses qui ont eu lieu ont toutes été prises en charge à temps pour éviter un décès.

A noter que bien que plus récente, une majorité des usagers consomment dans le fumoir et seuls 38% fréquentent la salle d'injection.

D. Des changements indispensables à opérer

Comment de telles salles peuvent-elles être implantées alors que, partout dans les pays où elles existent, la législation en vigueur pénalise l'usage de drogues ? Comment de tels espaces peuvent-ils coexister avec une surveillance et des contrôles policiers ? Les riverains sont-ils concertés quant à ces changements urbains ?

1. Aspects législatifs et politiques

Parce qu'elles permettent à des usagers de drogues de consommer des produits illicites, les SCMR doivent bénéficier de **modifications légales qui dépénalisent l'usage des drogues** au sein de leurs structures. Il n'en reste pas moins que l'achat et la vente de ces drogues restent prohibés (25).

a) Exemples de procédures ayant permis l'implantation des SCMR

En fonction des pays et de leurs situations politiques, différents cas de figure ont aboutis à l'autorisation de la création de SCMR (25).

Au Luxembourg, une **initiative nationale** a permis à la salle Abrigado d'ouvrir ses portes. En effet, c'est dans le cadre du deuxième Plan d'Action National sur la drogue 2005-2009 et plus particulièrement du volet « Réduction des risques et des troubles à l'ordre public », que le ministère de la Santé a conçu le projet de la SCMR.

En 2005, en Norvège, après plusieurs années de débats politiques, la SCMR a bénéficié d'une période d'essai et d'une **législation temporaire** pendant trois ans. La période d'essai a finalement été prolongée jusqu'à ce qu'une loi permanente soit votée en 2009.

Au Canada, le Ministère fédéral de la santé a accordé une **exemption légale** à l'autorité sanitaire régionale de Vancouver, qui a alors pu ouvrir la salle Insite. Soulevons ici que la législation canadienne en vigueur autorise le Ministère fédéral à prononcer une exemption lorsque celle-ci « *est nécessaire pour des raisons médicales ou scientifiques, ou est dans l'intérêt du public* ».

En Espagne, ce sont les **autorités locales et régionales** qui sont en charge de développer des services pour les usagers de drogues. Au niveau national, l'implantation de SCMR est soutenue par l'Agence nationale antidrogue et l'Agence nationale de lutte contre le SIDA. La

salle El Baluard à Barcelone appartient à l'Agence de santé publique de Barcelone. A Bilbao le projet initié par Médecins du Monde a été soumis au gouvernement local basque et appuyé par le Parlement.

b) Et en France : petit point sur le contexte politique et les conditions d'autorisation d'expérimentation de SCMR (3) (28)

Il l'avait dit lorsqu'il était candidat à l'élection présidentielle, François Hollande se déclarait favorable à l'expérimentation des salles de consommation : *« J'ai entendu avec intérêt les propositions des maires de grandes villes comme Marseille et Paris, visant à améliorer la réduction des risques en s'appuyant sur des travaux scientifiques et sur les exemples européens. Je leur laisserai donc la possibilité de mener les expérimentations pour améliorer la santé des usagers de drogues et réduire les nuisances dans nos quartiers. »* Il faut souligner qu'il comptait alors dans son équipe de campagne de fervents militants des SCMR comme Jean-Marie Le Guen et Catherine Lemorton.

Notons ici qu'en France, contrairement à l'Espagne, une ville ou une région n'a pas de contrôle sur la politique de santé et encore moins sur la politique des drogues. Les collectivités locales ne peuvent pas expérimenter des dispositifs de réduction des risques sans **l'aval de l'Etat**.

François Hollande est élu le 6 mai 2012 et nomme Marisol Touraine ministre de la Santé, le sujet semble, au départ, un peu mis de côté. Ce n'est qu'après l'élection d'une nouvelle présidente à la tête de la MILDT¹, Danièle Jourdain-Menninger, que les structures de soins aux toxicomanes de Bordeaux, Marseille et Paris présentent leurs projets. Le soutien de la MILDT est là, mais il faudra attendre le 18 Novembre 2012 pour que Marisol Touraine annonce officiellement la possibilité de commencer des expérimentations de SCMR en 2013 une fois la **rédaction de décrets encadrant l'expérimentation et les recommandations de la MILDT** terminées.

Cependant entre l'annonce officielle et l'inauguration des lieux il fallait compter plusieurs mois, le temps de trouver les lieux, de former les équipes, d'organiser des réunions de concertation avec les habitants et les forces de l'ordre...et cela a conduit au second semestre de l'année 2013, à quelques mois à peine des élections municipales. Difficile alors pour les maires de Bordeaux et de Marseille, Alain Juppé et Jean-Claude Gaudin, pourtant partisans de

¹ MILDT : Mission InterMinistérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

l'expérimentation de rester sur leurs positions. Seul le maire du X^e arrondissement de Paris, Rémi Féraud, a entièrement soutenu le projet de l'association Gaïa, unique projet expérimental à ce jour en France.

A l'heure actuelle le projet de l'association Gaïa n'est toujours pas effectif. En cause, l'avis défavorable rendu par le Conseil d'Etat le 8 Octobre 2013¹ réclamant l'inscription du projet dans une loi.

2. Des coopérations essentielles à la réussite

a) Ce qu'apportent les concertations

Parce qu'elle n'est pas une structure comme les autres au sein d'un quartier et d'une ville, l'ouverture d'une SCMR ne peut se faire sans la **concertation de certaines parties** (17) :

- avec la **police de quartier** tout d'abord

En effet, les contrôles peuvent être une entrave majeure à la fréquentation de la salle par les usagers qui doivent apporter le produit qu'ils veulent consommer. Des accords tacites sont en général établis entre les directeurs des structures et la police pour que les patrouilles ne s'arrêtent pas dans la rue où est installée la salle de consommation. Au-delà de limiter les contrôles, les forces de l'ordre peuvent être un partenaire et un lien important entre les usagers et les professionnels travaillant dans la salle. Ainsi, à Vancouver, la police soutient le CIS en informant les usagers de drogues de son existence voire en les y envoyant.

- avec les **élus locaux**

Ils ont d'abord une bonne connaissance de leur territoire, tant sur la population qui habite la ville et les quartiers que sur l'aménagement urbain, et peuvent apporter un point de vue intéressant quant au lieu choisi pour l'implantation de la salle. De plus, le message qu'ils décideront de diffuser auprès des habitants est primordial pour l'acceptation des SCMR. S'ils sont convaincus de l'efficacité de ces structures, les élus ont la possibilité d'impulser les débats et les rencontres autour de ce sujet et de soutenir les projets d'installation.

¹ <http://www.publicsenat.fr/lcp/politique/salle-shoot-conseil-detat-exige-une-loi-434788>

- avec les **riverains et commerçants du quartier**

Ils sont en première ligne et doivent faire l'objet de concertations sur le lieu qui sera choisi pour la salle et son fonctionnement. Dans certaines villes, comme en Allemagne et aux Pays-Bas, les riverains souhaitaient l'ouverture d'une SCMR pour améliorer la situation dans le quartier. Souvent, malgré les réticences initiales, les habitants voient finalement les SCMR se fondre dans leur quartier sans qu'aucun problème ne soit venu bouleverser leur quotidien et y trouveraient même quelques bénéfices en termes de sécurité publique.

b) Et en France: petit point sur les concertations qui ont eu lieu avant l'expérimentation à Paris (28) (29)

Le lieu de l'implantation de la SCMR a été choisi d'un commun accord entre la **Préfecture de Police**, le **maire du X^e arrondissement de la ville de Paris**, l'**association Gaïa** porteur du projet qui assurera la supervision de la salle et la **SNCF** puisque c'est sur son terrain que la salle est construite. Conformément aux souhaits exprimés par les **riverains** à savoir que la structure soit isolée des habitations et des écoles du quartier, c'est donc au 39, Boulevard de la Chapelle, dans le X^e arrondissement que le projet se concrétise. Ainsi, la salle préfabriquée est installée sur un parking à proximité de Gare du Nord, lieu réputé pour rassembler des usagers de drogues qui injectent et fument du crack.

Plusieurs réunions de concertation ont également eu lieu entre ces différentes parties après que le projet ait été officialisé, afin de communiquer sur son avancée, de répondre aux questions des citoyens et de continuer à les informer des objectifs, des bénéfices et du fonctionnement d'une telle expérimentation.

.....

A cette étape de la lecture nous avons les constats de terrain qui ont conduit au questionnement et à la recherche d'éléments théoriques et pratiques sur les Salles de Consommation à Moindre Risque. C'est avec cette substance que j'ai pu construire et démarrer une enquête de terrain.

.....

IV. METHODE DE TRAVAIL et RESULTATS	55
A. Démarche de l'enquête et construction des outils de recueil de données	55
1. Orientation de la démarche et hypothèses de travail	55
2. Construction des grilles d'entretien et de questionnaire et modalités	56
B. Analyse des données recueillies	59
1. Méthode d'analyse	59
2. Présentation des résultats et commentaires	61
3. Synthèse et modélisation des données recueillies	81

IV. METHODE DE TRAVAIL et RESULTATS

A. Démarche de l'enquête et construction des outils de recueil de données

Ce paragraphe a pour objectif de présenter les choix que j'ai pu faire pour mener l'enquête de terrain et d'en clarifier la démarche.

1. Orientation de la démarche et hypothèses de travail

En lien avec les questionnements de départ (voir I.D) j'ai formulé trois hypothèses de travail, hypothèses qui m'ont permis d'orienter l'enquête que j'ai ensuite menée sur le terrain auprès des professionnels et des usagers de drogues.

a) Hypothèses de travail

L'ouverture d'une Salle de Consommation à Moindre Risque répondrait :

- **de manière positive à des besoins sanitaires** pour les usagers de drogues par voie intraveineuse

On a pu le voir l'état de santé des usagers de drogues reste inférieur à celui de la population générale au regard des maladies infectieuses et virales, des dommages liés à la consommation et particulièrement à l'injection de drogues, et du risque de décès. De plus et bien que les programmes d'échanges de seringues et les mesures de réduction des risques soient indispensables pour prévenir des comportements à risques comme le partage ou la réutilisation de matériel, certaines pratiques dangereuses persistent.

- **de manière positive aux besoins de certaines populations marginalisées d'usagers de drogues par voie intraveineuse**

Notamment pour une population qui fréquente peu ou pas les structures actuelles de soins ou de réduction des risques, qui injecte dans la clandestinité, dans des conditions d'hygiène médiocres et qui n'a que peu connaissance des outils dont elle pourrait disposer. Les SCMR seraient en cela une porte d'entrée vers les structures de soins et de réinsertion sociale.

- **de manière négative aux besoins des usagers si elle ne correspond pas à des constats territoriaux.**

Les SCMR ne doivent pas être considérées comme un modèle universel de fonctionnement : les usagers ont certes le point commun de consommer des substances psychostimulantes en utilisant sensiblement les mêmes modes de consommation (voie injectée, inhalée ou sniffée), mais leur âge et leurs modes de vie sont différents en fonction des pays, des villes et des territoires, comme le sont les produits consommés et les contextes de consommation.

b) Concertation des professionnels et des usagers

Il me semblait important d'interroger à la fois les professionnels travaillant au contact de la population des usagers de drogues et les usagers consommateurs de drogues injectées eux-mêmes.

Procéder de cette manière m'a permis de **rassembler des éléments sur la situation** des usagers de drogues, leur environnement avec ses contraintes et ses ressources et de percevoir **l'analyse de chacun de ces deux groupes sur ce qui pose a priori problème**. De là, je pouvais essayer de cerner les **attentes** quant aux SCMR et les **enjeux** qu'elles représentent pour chacun (30).

Nous allons le voir, c'est en gardant en tête cette approche et ces objectifs que j'ai construit les outils qui me permettraient de recueillir les informations nécessaires à mon enquête et à la critique de mes hypothèses de travail.

2. Construction des grilles d'entretien et de questionnaire et modalités

a) Concernant l'enquête auprès des professionnels

- Personnes ciblées

Les professionnels ciblés sont des professionnels travaillant au CEID, pour une question de disponibilité. Toutefois, l'idée est d'atteindre des professionnels **travaillant sur le site Planterose et/ou sur d'autres sites du CEID** qui rencontrent d'autres populations consommant des drogues.

L'intérêt tient à la rencontre de professionnels **issus de diverses formations** : travailleurs sociaux, médecins, psychologue, infirmiers...

- Technique d'enquête

La technique utilisée est celle des **entretiens semi-directifs** (30 à 45 minutes) en posant des questions ouvertes pour laisser libre cours à la parole des personnes interviewées. La grille d'entretien sert de guide pour recentrer la discussion autour du thème principal ou pour évoquer des points qui ne seraient pas abordés spontanément.

- Objectifs visés de l'entretien

Les entretiens auprès des professionnels ont pour objectif de connaître leurs **représentations des Salles de Consommation à Moindre Risque et des besoins des usagers** de drogues par voie intraveineuse. Ils permettent également d'aborder les **freins** et les **leviers quant à l'implantation de ces structures**.

Annexe N°1 : Guide d'entretien destiné aux professionnels du CEID

Annexe N°2 : Retranscription des entretiens menés auprès des professionnels du CEID

b) Concernant l'enquête auprès des usagers de drogues

- Personnes ciblées

Les usagers visés sont les **consommateurs de drogues injectées** actifs ou anciennement injecteurs, ne consommant que par voie injectable ou associé à d'autres modes de consommation. Aucune restriction ne sera faite quant au produit injecté qu'il s'agisse d'opiacés, de cocaïne, de médicaments ou d'autres produits psychotropes.

L'enquête se limite aux usagers de drogues par voie intraveineuse car c'est le public essentiellement ciblé par les SCMR. De même, les questions abordées ne se concentrent que sur l'injection, car inclure les autres consommations c'était inclure l'alcool voire le tabac, ce qui représentait une masse trop importante de données à traiter et risquait de m'éloigner de mes hypothèses.

Pour une question de temps, l'enquête se limite aux **usagers du centre Planterose du CEID** qui fréquentent uniquement le **CSAPA** (patients en cours de traitement de leur dépendance) **ou le CAARUD** (patients actifs dans leurs consommations) **ou les deux services**.

L'idée était d'atteindre des usagers différents du point de vue de leurs espaces de consommation par exemple : **espace festif ou urbain**, de l'état actuel de leur consommation :

actif ou ayant consommé par voie injectable, mais aussi de leurs **âges** et de leurs conditions de vie : usagers **vivant dans un logement stable ou non**.

- Technique d'enquête

Deux techniques ont été utilisées pour l'enquête auprès des usagers : la première est celle des **entretiens semi-directifs** (30 à 45 minutes) et la seconde celle des **questionnaires** (remplis en une dizaine de minutes).

- Objectifs visés par les entretiens

Les entretiens menés auprès des usagers ont pour but de connaître :

- les **pratiques** des usagers sur l'injection en elle-même, les conditions de leur consommation, les effets recherchés pour évoquer une adéquation ou non de leur usage des drogues avec la fréquentation d'une SCMR
- leurs **représentations des Salles de Consommation à Moindre Risque**.
- les **freins et les leviers quant à la fréquentation** de tels dispositifs.

- Objectifs visés par les questionnaires

Les questionnaires ont pour but d'**atteindre plus d'usagers** qu'avec les simples entretiens, notamment parce que ma présence pour remplir ces questionnaires n'est pas indispensable, ensuite parce qu'ils sont rapidement remplis.

Concernant le contenu du questionnaire, il vise à :

- **connaître les motifs de fréquentation ou de non fréquentation des SCMR en discriminant les dispositifs selon trois implantations** différentes : une structure fixe dans un point donné de la ville, une structure mobile et un espace de consommation au sein du CEID
- **recueillir leurs arguments quant à la création d'un espace réservé à l'injection dans les locaux** du centre Planterose

- Personnes interviewées et personnes remplissant le questionnaire

Les personnes rencontrées en entretien sont **différentes** de celles auxquelles j'ai distribué les questionnaires.

Le choix des personnes interrogées tient à des critères personnels tenant à une facilité dans le contact et dans la discussion, auprès de à même de pouvoir en parler de leurs consommations avec moi sans se sentir agressé par mes questions.

Les questionnaires ont permis d'accéder à des usagers de passage dans la structure ou qui n'avaient pas le temps pour des entretiens plus longs. Certains les ont remplis chez eux et ramenés, ou l'ont rempli sur le moment, seuls. Pour d'autres, il a été un outil de discussion et un moyen pour moi d'avoir plus d'éléments de réponse.

Annexe N°3 : Guide d'entretien destiné aux usagers du centre Planterose

Annexe N°4 : Retranscription des entretiens menés auprès des usagers

Annexe N°5 : Grille de questionnaire destiné aux usagers de centre Planterose

Annexe N°6 : Questionnaires recueillis auprès des usagers

B. Analyse des données recueillies

1. Méthode d'analyse

a) Concernant les entretiens avec les professionnels

Après une **retranscription** des entretiens réalisés, le principe était d'en **analyser le contenu**. J'ai choisi de procéder par une **analyse transversale**, c'est-à-dire d'identifier les thèmes comparables entre les différents entretiens, pour pouvoir en comparer les points de vue et les discours. J'ai découpé les récits recueillis en unités thématiques d'après une grille d'analyse construite à partir des points évoqués par la grille d'entretien initiale. Pour chaque unité thématique j'ai choisi un mot clef qui résumait l'idée principale des extraits. Ensuite, pour chaque mot clef, différents items étaient abordés. Souhaitant une lecture facile et rapide, j'ai choisi de mettre en forme cette analyse sous forme de **carte heuristique**, ou mind map, schéma qui permet de représenter les liens entre des idées et les informations qui leurs sont associées.

Pour l'analyse des entretiens réalisés auprès des professionnels j'ai dégagé cinq grands aspects évoqués : les mesures associées à la **Réduction des Risques**, la **population** susceptible d'être accueillie dans les SCMR, la **place des professionnels** travaillant dans les

SCMR, le **lieu d'implantation** de ces salles et enfin les **effets collatéraux** à leur ouverture. Ces grands axes sont ensuite déclinés en plusieurs rubriques et sous-rubriques. De plus, apparaissent également sur cette carte les limites et réserves évoquées par certains professionnels quant aux points abordés (précédées d'un symbole « attention »).

b) Concernant les entretiens avec les usagers

J'ai procédé de la même manière que pour les entretiens avec les professionnels : après une **retranscription** des entretiens, j'en ai **analysé les contenus** de manière **transversale**, pour pouvoir comparer les points de vue de chacun sur les Salles de Consommation à Moindre Risque. Les résultats de cette analyse sont également présentés sous la forme d'une **carte heuristique**.

Pour cette analyse j'ai dégagé quatre grands axes évoqués par les usagers : la notion de **cadre**, la **présence des professionnels**, le **lieu d'implantation** des salles et les **effets collatéraux** à leur ouverture. Ces points sont ensuite déclinés en plusieurs rubriques et sous-rubriques. Les limites évoquées par certains usagers apparaissent précédées d'un symbole « attention ».

c) Concernant les questionnaires distribués aux usagers

Le questionnaire comprenant des questions ouvertes et des questions fermées, ainsi qu'une question « filtre » (question qui dépend d'une réponse antérieure), les résultats ont été décomposés en plusieurs analyses.

Pour les **questions fermées** et la **question filtre** un **comptage des réponses** a été réalisé de manière manuelle compte tenu du petit nombre de questionnaires. Les résultats sont présentés dans des **tableaux** accompagnés de commentaires. Certaines réponses ont été croisées afin de rassembler des critères qu'il semblait intéressant de rapprocher.

Pour les **questions ouvertes**, j'ai **analysé le contenu** de manière **transversale**, et présenté de la même manière que pour les entretiens les résultats sous forme de **carte heuristique**. Trois grands axes sont notamment ressortis de cette analyse de contenu, qui concernent la **stigmatisation**, les **conditions** de consommation et le **lieu d'implantation**.

Pour ce dernier point, les questionnaires ont permis de mettre en évidence ce qui inciterait ou non les usagers à venir consommer leurs produits dans les différents dispositifs de Salle de Consommation à Moindres Risques, à savoir l'unité fixe, l'unité mobile ou l'espace de

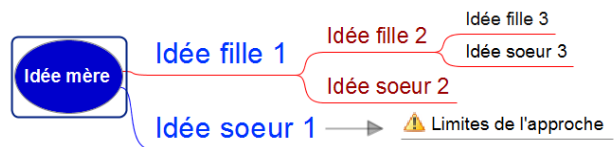
consommation au sein d'un CAARUD. Les aspects positifs et négatifs de ces dispositifs sont codés par une encoche verte pour les premiers et une croix rouge pour les seconds.

2. Présentation des résultats et commentaires

a) Concernant les entretiens avec les professionnels

Nous l'avons vu, cinq grands axes ont particulièrement été évoqués au cours de ces entretiens. La carte heuristique est présentée en page suivante, les commentaires de cette carte sont présentés ensuite.

Légende de la figure 1 :



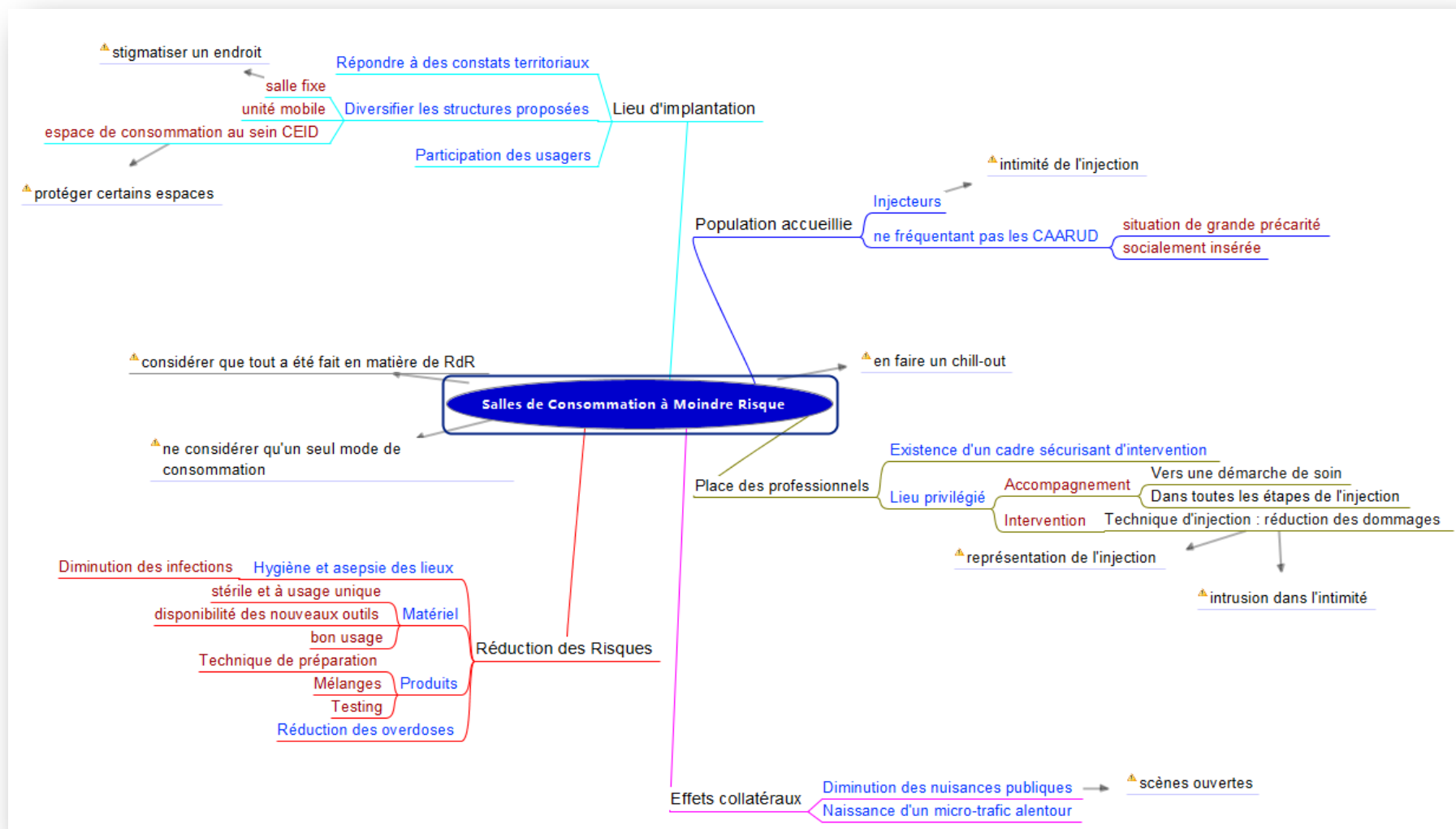


Figure 1 : Carte heuristique réalisée d'après l'analyse des entretiens menés auprès des professionnels

Les professionnels voient donc les Salles de Consommation à Moindre Risque comme :

❖ **Un service supplémentaire dans la Réduction des Risques**

Sur le plan sanitaire, l'ensemble des professionnels fait état des dommages liés à l'injection et des complications liées à des conditions environnementales médiocres.

Les SCMR seraient une opportunité pour les usagers d'**injecter dans des conditions sanitaires convenables**, avec un matériel stérile et à usage unique, diminuant ainsi les infections bactériennes, virales et fongiques et leurs transmissions entre usagers.

S'injecter dans une SCMR c'est aussi pouvoir **bénéficier des nouveaux outils de réduction des risques**, et pouvoir être accompagné dans la **bonne utilisation de ces outils**, mais aussi dans la préparation des produits. Les SCMR proposent aussi le testing¹ des produits que s'approprient à consommer les usagers.

Enfin, la présence de professionnels formés assure une prise en charge rapide des complications graves telles que les overdoses.

« Dans l'accompagnement tout au long du parcours des toxicomanes, c'est le maillon manquant : on donne les bons conseils, le bon matériel et on les laisse repartir avec ça dans la rue, pour beaucoup. On sent qu'il manque une case pour avoir le sentiment de faire un travail abouti, de répondre aux besoins des usagers de drogues. »

Marie M., Infirmière

« Je pense que c'est une marche supplémentaire dans l'échelle de la bonne pratique du matériel de consommation. »

Christophe R., Educateur spécialisé

❖ **Un moyen d'accueillir une population spécifique**

A notamment été évoqué par les professionnels, l'opportunité d'aller à la rencontre d'une population d'usagers injecteurs de drogues non encore connue des CAARUD. Deux types de population pourraient être ciblés d'après eux :

- l'une est en **situation de grande précarité**. Il s'agirait d'une population vulnérable, vivant à la rue, qui ne fréquenterait que rarement voire jamais de structures médicales

¹ Le testing est une technique de contrôle rapide sur un échantillon infime de produit qui permet de détecter la présence ou non de principe actif de certaines familles de drogues.

ou médico-sociales. Elle n'aurait que peu connaissance des outils et des services de réduction des risques.

- l'autre serait une **population socialement insérée**. Cette population n'aurait pas les mêmes besoins que les usagers en situation de précarité. Elle se procurerait du matériel stérile et à usage unique en pharmacie mais n'aurait que peu accès aux informations concernant les produits, les techniques d'injection ou l'utilisation du matériel.

« [Ce qu'il y a de positif avec ces structures, c'est qu'] elles favorisent le repérage des personnes vulnérables, à risques. »

Marie M., Infirmière

« Pour les professionnels, ça nous permettrait de saisir des usagers qu'on a pas. Tous les gens qui consomment à Bordeaux ne vont pas au CAARUD, notamment parce que pour certains le CAARUD représente la consommation de drogues associée à la précarité. De même pour les salariés qui consomment, les horaires ne sont pas compatibles avec des usagers qui bossent. »

Christophe R., Educateur spécialisé

Toutefois, dans cette volonté d'accéder à une population « cachée », certains professionnels exposent des limites. Notamment parce que l'injection est un mode de consommation qui relève de l'intime la plupart du temps, et que la présence de professionnels pendant cet acte n'est pas si évidente. Ainsi, il faudrait garder à l'esprit qu'une partie des usagers injecteurs qui ne fréquente pas les CAARUD, ne le font pas, non par méconnaissance des structures mais bien parce qu'ils souhaitent garder impénétrable cette partie là de leur vie.

« Les professionnels ont envie d'aller vers ces usagers, mais est-ce que les usagers en ont envie ? Ils ont envie d'aller vers les populations les plus cachées...Je trouve que c'est pas la place des professionnels. Y'a quelque chose qui me dérange, qui est de l'ordre de l'intime. »

Agnès C., Educatrice de rue

❖ Un cadre particulier d'exercice pour les professionnels

L'existence d'une structure propre réservée à la consommation serait bénéfique également pour les professionnels. Ces derniers seraient **préparés à assister à des scènes d'injection et à intervenir en conséquence.**

L'existence officielle d'un espace réservé à la consommation rassemblerait des **professionnels qui sont prêts à accompagner les usagers dans leurs injections.**

« S'il y avait une salle, je serais beaucoup plus à l'aise pour conseiller, accompagner...et sentir que ça suit [auprès de l'équipe]. Pour l'instant c'est un peu clandestin, j'ai un peu l'impression de faire cavalier seul. »
Anaïs C., infirmière

Les SCMR pourraient être considérées comme un lieu privilégié pour les professionnels pour intervenir au plus près des pratiques de consommation des usagers...sous réserve toutefois que **l'usager accepte l'intrusion d'un professionnel et que le professionnel considère l'injection comme un acte somme toute banal pour l'usager.**

«C'est compliqué d'oublier que c'est un acte banal pour l'injecteur. »
Christophe R., Educateur spécialisé

Au-delà de l'injection a proprement parlée, les SCMR pourraient accompagner l'avant et l'après injection. Ce serait une occasion supplémentaire de discuter de l'injection, de proposer des alternatives ou d'évoquer une cure de sevrage.

En considérant que la SCMR peut être un moyen d'entrer en contact avec des usagers marginalisés, elle permettrait aux professionnels d'**accompagner ces usagers vers une démarche de soins** et de discuter des dispositifs existants pour aider au sevrage.

« [Ce qui est bien c'est de]pouvoir être présente de la préparation à l'injection, et même après l'injection. Ça ne doit pas être juste un lieu de passage pour s'injecter, mais un endroit où on accompagne l'injection et l'après injection. C'est pour ça qu'il y a un motif à appeler ça des salles de consommation et pas d'injection. On encadre l'injection. »
Anaïs C., Infirmière

❖ Une structure qui ne doit pas être implantée n'importe où

Bien que la majorité des professionnels s'accordent à dire que l'ouverture d'une Salle de Consommation à Moindre Risque apporterait des aspects bénéfiques quant à la prise en charge des usagers de drogues par voie intraveineuse, la question du lieu d'implantation soulève plusieurs désaccords.

Il est de l'avis de chacun que cette structure doit **s'adapter à des constats territoriaux** comme la présence ou non de scènes ouvertes¹ et le profil des usagers (âge, produits de consommation, modes de vie).

Ainsi, dans la palette de dispositifs possibles pour accueillir des espaces de consommation, ont été évoqués :

- **la salle fixe**, endroit repéré et repérable comme étant un lieu d'injection, fonctionnant avec ses horaires d'ouverture, son règlement intérieur. D'après les professionnels ce dispositif apporte une réponse lorsqu'il est implanté là où des scènes ouvertes existent. La limite évoquée d'une structure comme celle là est la stigmatisation d'un endroit de la ville.

- **l'unité mobile ou bus**, qui se déplace dans des endroits de la ville réputés comme étant des lieux de consommation, et pouvant aller à la rencontre des usagers près de leurs squats ou des lieux festifs.

« [A Bordeaux], on a un public qui bouge, qui n'est pas statique dans une zone. De plus, il y a beaucoup d'injecteurs de médicaments donc non contraints à des scènes de vente. »

Christophe R., Educateur spécialisé

« Le bus [...] comme c'est mobile ça ne stigmatise pas un endroit. Et puis il y a davantage de possibilités d'ajuster son intervention au lieu qui pose problème. »

Agnès C., Educatrice de rue

- **l'espace de consommation au sein d'une structure déjà existante** comme le CAARUD. C'est sûrement le point qui soulève le plus de controverses à l'heure actuelle auprès des professionnels. La limite évoquée est celle de conserver un lieu d'accueil où la consommation est exclue.

¹ Scènes ouvertes : lieux où en permanence, des usagers de drogues, souvent très précarisés, achètent et consomment leurs produits dans l'espace public (16).

« Ce que l'on a à proposer [au CSAPA et au CAARUD] c'est un lieu sécurisé. On touche à l'essentiel, ce sont des gens très insécures. Quand on propose un espace bancal, ça n'est plus sécurisant. J'ai pas de pouvoirs sur ce qu'ils font à l'extérieur...je vois seulement qu'il y a des espaces qu'il faut protéger. Y'a des limites à pas dépasser, et là on les dépasse. »

Olivier W., Psychologue

Enfin, concernant le lieu idéal pour implanter une SCMR, une des professionnelles me soulignait l'importance de **solliciter l'avis des usagers**.

« De toute façon il faut demander aux usagers. Il faudrait qu'il y ait un comité ou un groupe d'usagers pour discuter avec les professionnels. Il faut essayer de monter ça avec eux ! C'est pas un projet qui se monte entre professionnels. »

Anaïs C., Infirmière

❖ Un dispositif qui aura une influence sur l'environnement alentour proche

Deux points ont notamment été soulignés par les professionnels, l'un plutôt positif concernait la **diminution des nuisances publiques** par une moindre consommation de drogues et un moindre abandon de seringues dans l'espace public. Pour cela la salle de consommation doit être implantée au centre d'une scène ouverte.

« Je pense que [...] c'est un endroit plus rassurant par rapport aux riverains qui se retrouveraient moins confrontés aux scènes ouvertes. »

Christophe R., Educateur spécialisé

L'autre impact soulevé par les professionnels concerne la **génération d'un micro-traffic**, la salle de consommation devenant un point de rencontre des usagers elle serait susceptible d'être un lieu de deal.

« L'ouverture d'une salle regroupera sûrement du monde autour...c'est un endroit où il peut potentiellement y avoir du trafic. C'est déjà un peu le cas au CAARUD. »

Anaïs C., Infirmière

Pour terminer, les professionnels ont relevé quelques limites dans la considération globale des Salles de Consommation à Moindre Risque. En effet, l'ouverture d'un tel lieu ne doit pas

devenir un lieu d'accueil comme les autres et **se transformer en chill-out**¹ autour duquel l'injection serait comme banalisée.

« [Les limites de ces salles c'est] de se demander ce que tu fais après que l'utilisateur est consommé. Dans certaines salles les usagers sont évalués un peu avant et un peu après. Il ne faut pas que la salle devienne un chill-out. »

Christophe R., Educateur spécialisé

Une autre limite évoquée était celle de **ne se consacrer qu'à la seule injection**, et par là de négliger les autres modes de consommation, voire les autres consommateurs.

Dans la même lignée, le fait de **considérer que ces SCMR sont l'étape ultime en Réduction des Risques** (RdR) serait une erreur d'après les professionnels.

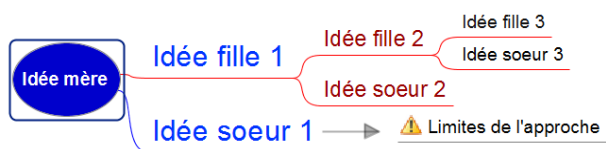
« Par contre, il ne faut pas considérer que c'est parce qu'on a ouvert une salle de consommation qu'on a tout fait en RdR.[...] Il y a des pratiques à risques qui ne sont pas nécessairement liées à l'injection, comme le fait de faire des mélanges par exemple...ça ne répondra pas à tout. Ça va être un outil en plus, ce n'est pas le chaînon manquant parce qu'il en manque toujours... »

Brigitte R., médecin addictologue et directrice du CAARUD

b) Concernant les entretiens avec les usagers

Comme décrit plus haut, quatre grands axes sont notamment ressortis au cours des entretiens menés auprès des usagers de drogues. La carte heuristique est présentée en page suivante et les commentaires associés à la suite.

Légende de la figure 2 :



¹ Un chill-out désigne un espace ou une salle aménagée (en particulier dans les raves-parties et les free-parties) pour permettre à des participants de se reposer. « To chill-out » signifie se relaxer en anglais.

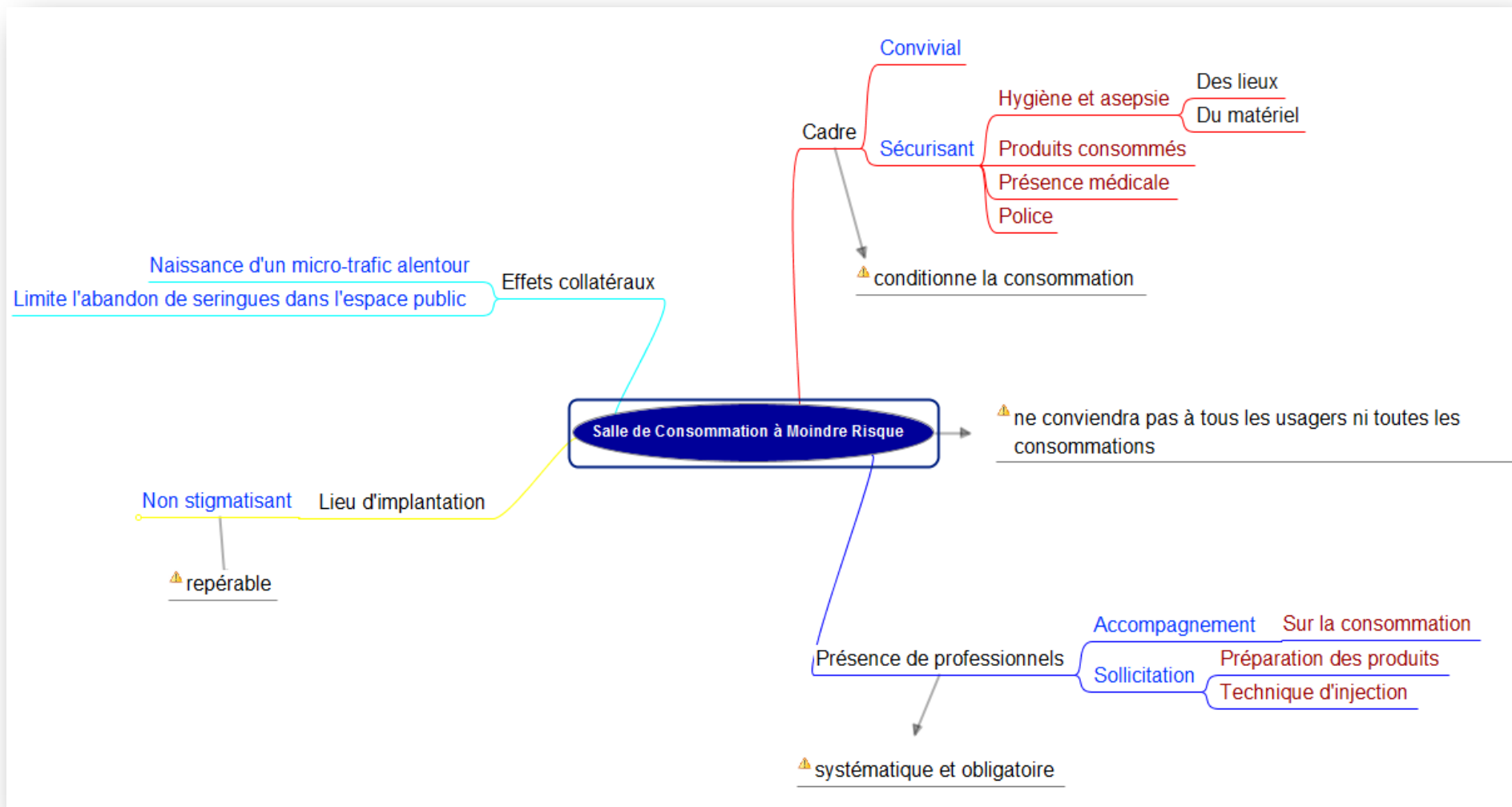


Figure 2 : Carte heuristique réalisée d'après l'analyse des entretiens menés auprès des usagers de drogues

Les usagers de drogues voient les Salles de Consommation à Moindre Risque comme :

❖ **Un lieu encadré et protégé**

Un espace réservé à l'injection de drogues serait pour eux un **cadre sécurisant** concernant la **propreté** de la structure et du matériel mis à disposition pour la consommation. Un cadre sécurisant également concernant la **présence de professionnels** prêts à intervenir en cas de complications liées à l'injection et notamment en cas d'overdose.

« On devrait aller dans ce sens. [...] Pour la sécurité et pour l'hygiène, pour nous et pour l'équipe. »

Titi, 27 ans

Dans la mesure où le **testing** des produits serait possible, ce service serait un niveau de sécurité supplémentaire pour l'utilisateur.

Ce cadre serait également synonyme d'un lieu **protégé des regards et les excluant des contrôles policiers**.

« Par rapport à la police c'est bien qu'ils fassent un endroit où on vient pas t'embêter. »

Alice, 29 ans

« On est encadré, c'est sécurisé, y'a pas le regard des gens, on sait pourquoi on est là, y'a pas de jugement [...] »

Yohan, 27 ans

Enfin, bien que la consommation soit individuelle dans les SCMR, les usagers trouveraient cet endroit **convivial**.

« C'est plus convivial, t'as pas de stress par rapport à la police, t'as donc moins de chance de te rater. L'intérêt c'est de déstresser l'utilisateur et de le rassurer par la présence médicale.

C'est accueillant, on se sent en sécurité, un apaisement total quand tu rentres. »

Antoine, 31 ans, a été à la salle d'injection supervisée de Barcelone

« A l'époque, je pense que j'y serais allée...dans une ville que tu connais pas, pour connaître des gens. »

Anne, 50 ans, ne consomme plus de drogue

D'un point de vue plus général lié à l'existence de ce cadre particulier, un des usagers me soulevait un point de vue intéressant quant à l'impact que le lieu pourrait avoir sur les **effets des produits** qu'il consomme.

« Je me vois mal avoir ma montée dans un truc comme ça, avoir mon délire dans cet endroit. Je crois que je préfère encore les chiottes publiques et avoir mon délire. Dans une salle, t'es conditionné. Je pense que l'effet ne sera pas pareil. »

Thomas, 26 ans

❖ Un lieu dans lequel les professionnels sont là pour eux

En plus de l'aspect lié à la présence de professionnels de santé contribuant à la sécurité de la SCMR, et évoqué plus haut, il s'agirait ici de considérer l'ensemble des professionnels susceptibles d'intervenir et de pouvoir accompagner les usagers. Venir à la salle de consommation pourrait être un moment opportun pour **discuter** des consommations mais surtout de l'utilisateur lui-même, de son état du moment, de son bien-être.

« C'est un point positif des salles, pouvoir être accompagné, c'est bien d'avoir quelqu'un derrière soi, même si ça plait pas toujours. »

Yohan, 27 ans

Sur un plan pragmatique, la présence de professionnels ne semble pas déranger la plupart de mes interlocuteurs, voire pourrait être considérée comme bénéfique, sous réserve toutefois que l'utilisateur soit libre de décider de solliciter ou non ces professionnels.

« [La présence de professionnels], ça pose pas de problème. On a toujours des questions à poser : sur les produits, sur la technique. »

Titi, 27 ans

« Faut pas que ça soit trop contraignant, que à tous les coups tu sois obligé de voir quelqu'un. [...] Il faut pas qu'ils soient trop présents non plus. »

Alice, 29 ans

« Y'en a qui vont accepter de parler pour s'en sortir, d'autres ne demanderont rien d'autre que je viens chez toi parce que j'ai besoin de me shooter. »

Anne, 50 ans

❖ Un dispositif qui générera d'autres effets

Un point considéré comme une évidence et évoqué dans cet axe, est revenu dans la quasi-totalité des entretiens que j'ai réalisés. Il concerne la **naissance d'un micro-traffic** alentour à la salle de consommation.

« Le business autour, c'est inévitable. »

Thomas, 26 ans

« C'est aussi un bon endroit pour trouver du produit. »

Anne, 50 ans

Dans les aspects positifs collatéraux évoqués, des usagers soulevaient que ces salles **limiteraient l'abandon de matériel usagé dans l'espace public**.

« A Bilbao y'a des salles d'injection, on devrait aller dans ce sens. Rien que le nombre de seringues [qui traînent] ...ouais...pour la sécurité et pour l'hygiène, pour nous et pour l'équipe. »

Titi, 27ans

❖ Une structure qui ne doit pas être implantée n'importe où

Parmi les craintes récurrentes des usagers figurent la question des **contrôles policiers**. En effet, les usagers doivent eux-mêmes apporter leurs produits et ces salles sont susceptibles de regrouper et générer du trafic. Les usagers voient là une opportunité pour la police de venir faire des arrestations. Il y aurait donc une difficulté à créer un endroit identifiable mais non stigmatisant.

« C'est trop voyant pour les flics, après t'es fiché, je préfère être dans un chiotte que dans le bus. »

Thomas, 26 ans

« Si c'est trop fliqué les gens préféreront se shooter ailleurs, par peur d'être dénoncés. J'arrive pas à comprendre comment ça va se faire, il faut voir comment ils font ailleurs. »

Anne, 50 ans

De même, une de mes interlocutrices avec laquelle je parlais de l'expérimentation de SCMR à Paris, me soulignait un point quant à la **localisation de la salle**.

« Gare du Nord ? Ah d'accord, tous les gens de passage vont venir faire un shoot. L'endroit est peut-être pas idéal : c'est un quartier craignos, de passage.[...] On met les rebuts avec les rebuts. »

Anne, 50 ans

Difficile d'après elle, pour un quartier déjà stigmatisé, de supporter en plus la présence de ce type de structure.

Pour terminer et en considérant les SCMR dans leur fonctionnement général, certains usagers soulevaient le fait que ces salles ne pourraient convenir à tous.

Un des usagers évoquait un lien entre le type de produit consommé et la fréquentation ou non d'une salle de consommation.

« [Les salles] ça serait plus avec les trucs qui font pas effet, comme le Sub ou le Skenan, les drogues de rue quoi. Plus pour ceux qui sont accro au geste et pas à la drogue[...]. Le Sub on se le tanke parce qu'on est accro. »

Thomas, 26 ans

Bien que majoritairement vouées à accueillir un public consommant par voie injectable, il a été évoqué avec certains usagers la possibilité de venir consommer dans ces salles les produits qu'ils inhalent ou sniffent. Pour ces **autres modes de consommation**, ces salles ne sembleraient pas répondre à l'attente des usagers à la fois parce que le temps et la technique nécessaires ne sont pas les mêmes, et parce qu'ils sont davantage associés à des consommations collectives.

« Pour le sniff, non. Quand tu prends une trace t'as pas besoin de te poser. »

Titi, 27 ans

c) Concernant les questionnaires remplis par les usagers

Dans un premier temps l'analyse du questionnaire a consisté à illustrer le **profil des usagers** ayant rempli et retourné les questionnaires. Les profils sont établis d'après des critères démographiques et de style de vie mais aussi la prise d'un traitement de substitution et la fréquentation du CEID sur le créneau CSAPA et/ou CAARUD. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-après :

Nombre de personnes ayant répondu au questionnaire	14
Nombre d'usagers consommant par voie injectable	14
Nombre de filles	3
Nombre de garçons	11
Nombre d'usagers âgés de 18 à 25 ans	4
Nombre d'usagers âgés de 26 à 30 ans	4
Nombre d'usagers âgés de plus de 30 ans	6
Nombre d'usagers vivant dans un logement stable	7
Nombre d'usagers vivant à la rue, dans un squat ou hébergés par des amis	7
Nombre d'usagers sous traitement de substitution	11
Nombre d'usagers ne fréquentant que le CSAPA du CEID	2
Nombre d'usagers ne fréquentant que le CAARUD du CEID	6
Nombre d'usagers fréquentant le CSAPA et le CAARUD du CEID	6

Tableau 1: Profil des usagers de drogues ayant répondu au questionnaire

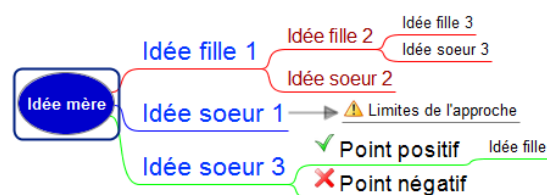
Profil des usagers de drogues ayant répondu au questionnaire

Dans un second temps, j'ai **compté et croisé certaines des réponses** recueillies pour les questions fermées.

Les résultats sont présentés dans les tableaux N°2, N°3 et N°4 page suivante.

Enfin, comme évoqué plus haut, l'**analyse du contenu** des questions ouvertes du questionnaire a fait ressortir trois grands axes. La carte heuristique est présentée ci-après ainsi que les commentaires associés.

Légende de la figure 3 :



		Prêts à venir consommer dans un espace de consommation du CEID		
Nombre d'utilisateurs		Oui	Non	NSP
qui pensent qu'un espace de consommation <i>aurait sa place</i> au CEID	8	6	1	1
qui pensent qu'un espace de consommation <i>n'aurait pas sa place</i> au CEID	2	1	1	0
qui ne savent pas si un espace de consommation aurait sa place au CEID	4	2	1	1
Total	14	9	3	2

Tableau 2 : Analyse des réponses 3, 5 et 6 du questionnaire

		Prêts à venir consommer dans un espace de consommation du CEID		
Nombre d'utilisateurs		Oui	Non	NSP
qui pensent qu'un espace de consommation <i>aurait sa place</i> au CEID	8	6	1	1
qui pensent qu'un espace de consommation <i>n'aurait pas sa place</i> au CEID	2	1	1	0
qui ne savent pas si un espace de consommation aurait sa place au CEID	4	2	1	1
Total	14	9	3	2

Tableau 3 : Analyse des réponses 3 et 4 du questionnaire

					Qui pensent que ces utilisateurs seraient prêts à venir consommer dans					
					Une salle fixe			Un espace de consommation (CEID)		
					Un bus					
Nombre d'utilisateurs	Total	Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP	Oui	Non	NSP
qui connaissent des injecteurs ne fréquentant pas les CAARUD	9	2	5	2	1	6	2	5	3	1

Tableau 4 : Analyse de la réponse 7 du questionnaire

NSP : Ne sait pas

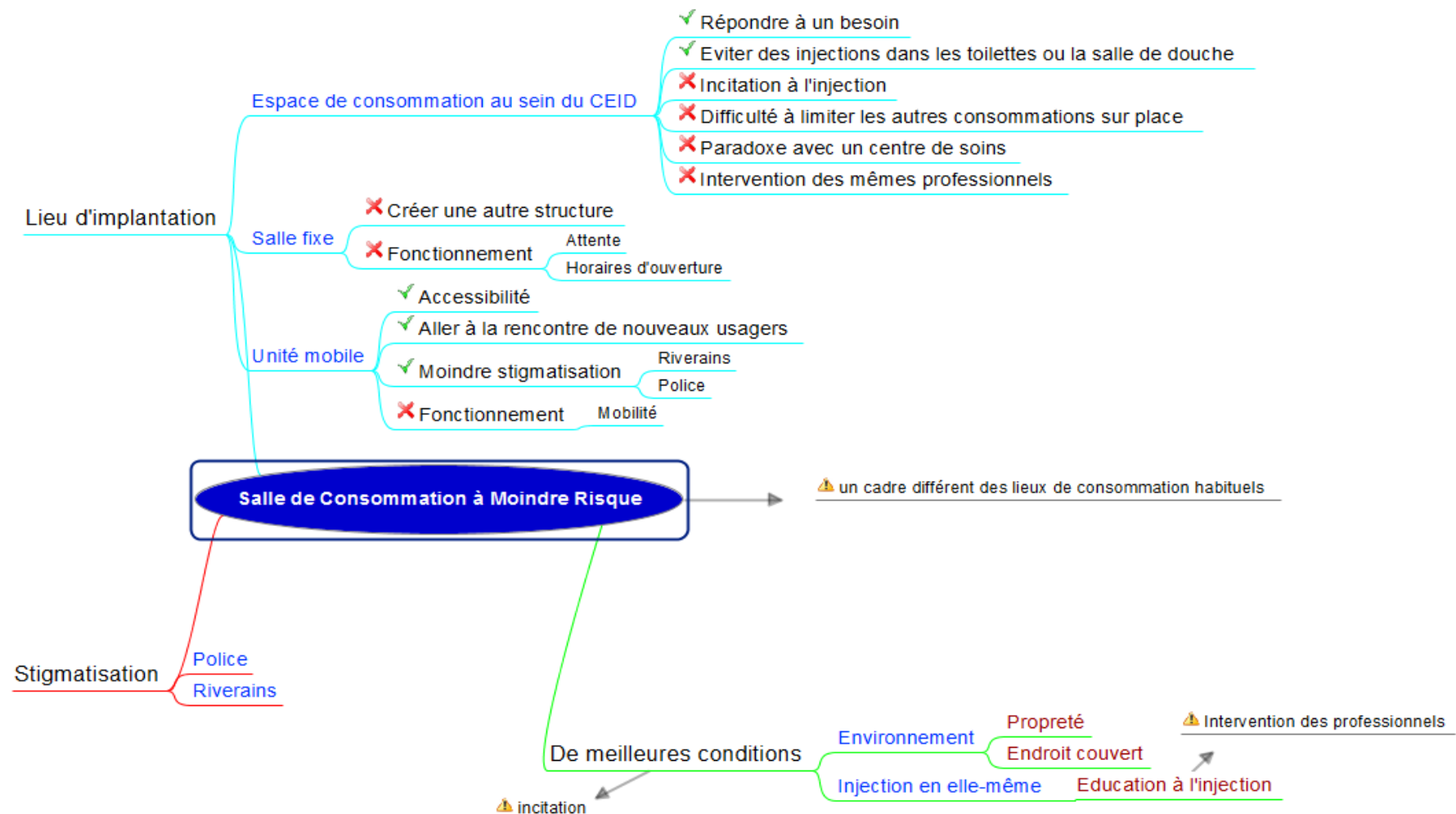


Figure 3 : Carte heuristique réalisée d'après l'analyse des questions ouvertes du questionnaire distribué aux usagers de drogues

Ainsi, les usagers de drogues trouvent que ces salles :

❖ **Réunissent de meilleures conditions pour leurs consommations**

La motivation première d'une fréquentation des SCMR semble être la **propreté des lieux et de l'espace réservé à l'injection** ainsi que la sécurité liée à l'endroit fermé.

« Il vaut mieux le faire dans un endroit abrité et propre que dans la rue ou les squats »

« [Je viendrai] parce que c'est un endroit à l'abri, propre, plutôt que de stresser dehors ou dans un coin »

« Je pars du principe que si l'on veut se shooter on le fera, même si les circonstances ne s'y prêtent pas (matos usagé, rue...). Dans la rue je peux constater du matériel usagé et un espace prévu à cet effet n'inciterait en rien, éviterait juste des risques... »

De plus, il revient que ces SCMR sont perçues comme un endroit privilégié pour réaliser les injections en sécurité et **apprendre les gestes techniques** sous réserve toutefois que les usagers veulent bien laisser les professionnels s'immiscer dans leur pratique.

« [Je viendrai] peut-être pas tout le temps, mais au moins quelques fois, pour savoir si ma « technique » est optimale »

Une des limites évoquée par un usager est que les SCMR pourraient alors **inciter à la consommation** par voie injectable.

« Ça risque d'inciter les gens à consommer des produits en injection »

❖ **Favorisent la stigmatisation des toxicomanes**

La **crainte d'être étiqueté** comme un « toxico » par les riverains et les policiers, qui selon les usagers en profiteraient pour augmenter la fréquence de leurs contrôles, freinerait la fréquentation des SCMR.

« Je pense que si on se rend dans un endroit comme une salle de shoot on peut être catalogué [...] »

« [Je ne sais pas si je viendrai] pour ne pas me faire contrôler par la police 20 mètres plus loin »

« [Je ne sais pas si je viendrai] car je ne voudrais pas être fiché comme toxico par les gens et les autorités qui ne nous aiment déjà pas »

D'un point de vue général toujours, certains usagers rappellent que le **cadre des SCMR ne leur conviendrait pas**.

« Je préfère le faire chez moi »

« Il y a mieux comme endroit »

❖ **Ne doivent pas être implantées n'importe où et n'importe comment**

Le questionnaire a pu mettre en évidence les points positifs des différents dispositifs de SCMR et les points négatifs. Regardons ce qu'il en est pour chacun d'entre eux :

- **Pour l'espace de consommation au sein du CEID**

Il apparaît qu'il pourrait convenir aux usagers qui injectent déjà dans les locaux du CEID mais aussi à d'autres usagers qui pourraient **consommer immédiatement et dans de meilleures conditions**.

“Peut-être que certains usagers, au lieu d'aller au WC ou dans la salle de bains iraient dans l'espace prévu à cet effet »

« Y'en a certains qui en auraient besoin »

« [Je viendrai] pour éviter d'aller jusqu'à chez moi »

Toutefois plusieurs réserves ont été évoquées par les usagers concernant un espace qui s'intégrerait au CSAPA et au CAARUD. Il leur paraît difficile de concevoir un tel espace qu'ils considèrent **paradoxal avec un centre de soins**.

« Je pense que ça devrait être un endroit différent. Le CEID c'est pour aider et pour le matériel. C'est plutôt une structure pour arrêter. Je sais pas si d'avoir les deux réunis c'est bien »

« Comme pour l'alcool, on vient ici pour se motiver pour arrêter. Il faut pas que ça soit sur le même site,[...], faut pas tout confondre »

De la même manière, puisque certains viennent au CEID pour éviter de penser aux consommations, un espace réservé à l'injection pourrait être une incitation à la fois pour ceux qui injectent mais aussi pour ceux qui consomment d'autres produits. Il deviendrait difficile de justifier la présence d'un espace pour un seul type de consommateurs.

« Ça risque d'inciter les gens à consommer »

« Déjà il y a des personnes qui boivent des bières...je pense que ça serait trop l'orgie »

Enfin, un des points également évoqué est de **se confronter aux mêmes professionnels** dans l'espace de consommation qu'aux CSAPA et CAARUD.

« Je n'oserai pas connaissant les professionnels »

- Pour la salle fixe dans un quartier de la ville

Contrairement à ce qui vient d'être évoqué, il apparaît pour un usager qu'une **structure qui délivre du matériel ne doit pas être différente d'une structure qui permet la consommation.**

« Je pense qu'il ne faut pas trop éparpiller les différentes structures »

Il apparaît aussi que le **fonctionnement** d'une salle fixe ne conviendrait pas à tous les usagers.

« Des fois on a pas envie d'attendre, donc j'irai si la situation se présente à moi »

- **Pour l'unité mobile ou bus**

Plusieurs aspects positifs ont été soulevés par les usagers concernant le bus. Notamment et de manière assez évidente compte tenu de sa **disponibilité** et son **accessibilité**.

« Ça serait très bien, on aurait du matos propre tout le temps, ça éviterait de courir »

« On aurait moins à se préoccuper de se déplacer nous-mêmes dans un lieu précis »

Toutefois, cette **mobilité** ne conviendrait pas à tout le monde.

« Je ne sais pas, s'il bouge tout le temps, peut-être que je ne serai pas où il est au moment où je le veux »

Pour certains, le bus serait **moins stigmatisant** que les autres dispositifs, point qui les conduirait plus facilement à le fréquenter.

« Les gens ne sauront pas ce qu'on y fait et s'en foutront un peu car ça sera pas sans arrêt à côté de chez eux (y'aura pas de regroupement tous les jours) »

Enfin, une unité mobile pourrait **aller plus facilement à la rencontre des usagers**.

« C'est comme le méthabus, y'a plein de gens qui pouvaient pas venir dans les centres, c'est la métha qui vient à eux »

« C'est bien de créer quelque chose pour aller chercher les gens et avec le temps peut-être les faire venir au CEID »

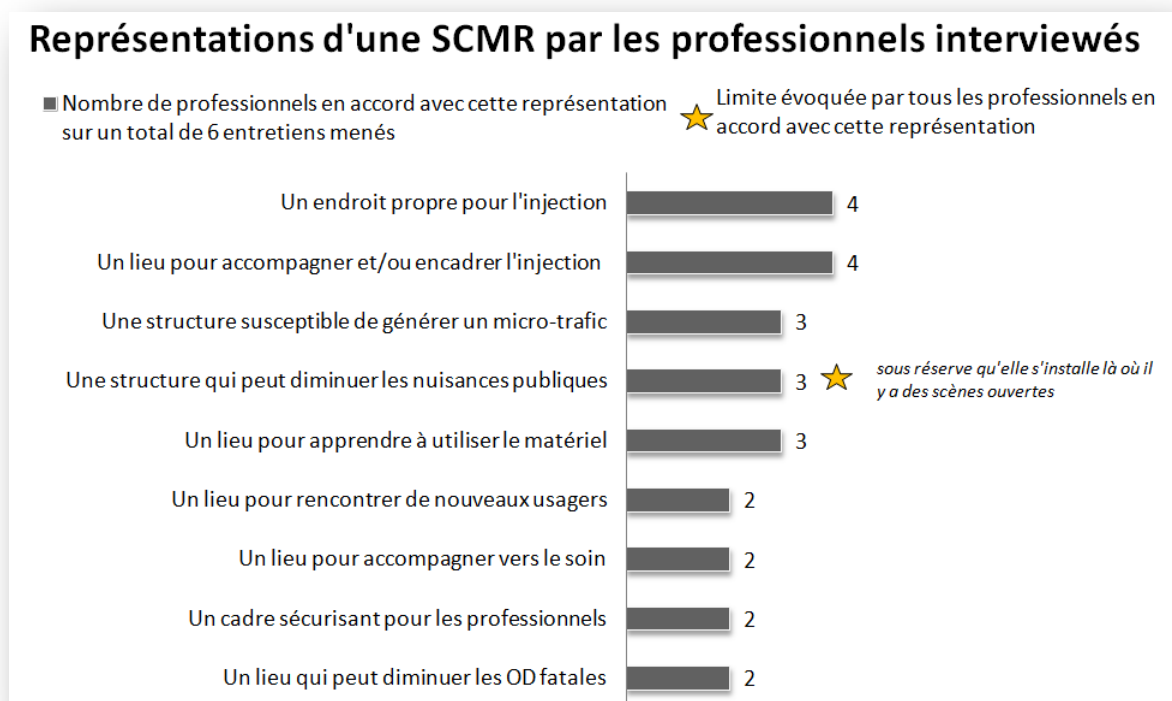
3. Synthèse et modélisation des données recueillies

Afin de pouvoir les interpréter, il est important de modéliser les données recueillies en rassemblant les réponses similaires qui sont ressorties au cours des entretiens menés avec les professionnels d'une part, des entretiens et des questionnaires remplis par les usagers d'autre part.

a) Concernant les entretiens avec les professionnels

Plusieurs graphiques sont présentés représentant respectivement les **représentations générales** des professionnels sur les SCMR, les **limites et risques** d'un tel projet et enfin les **lieux d'implantation** évoqués.

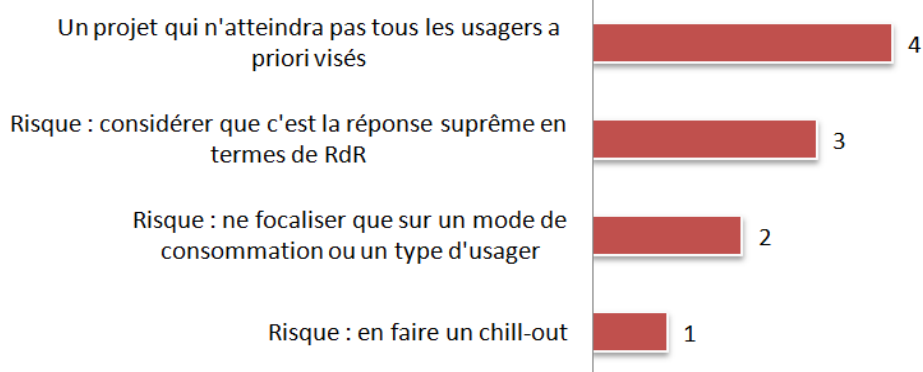
OD : Overdoses



Graphique 1 : Modélisation des données recueillies auprès des professionnels (1)

Limites et risques évoqués par les professionnels interviewés

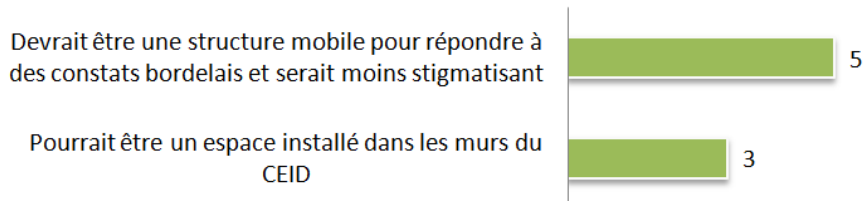
■ Nombre de professionnels en accord avec cette représentation sur un total de 6 entretiens menés



Graphique 2 : Modélisation des données recueillies auprès des professionnels (2)

Lieux d'implantation évoqués par les professionnels interviewés

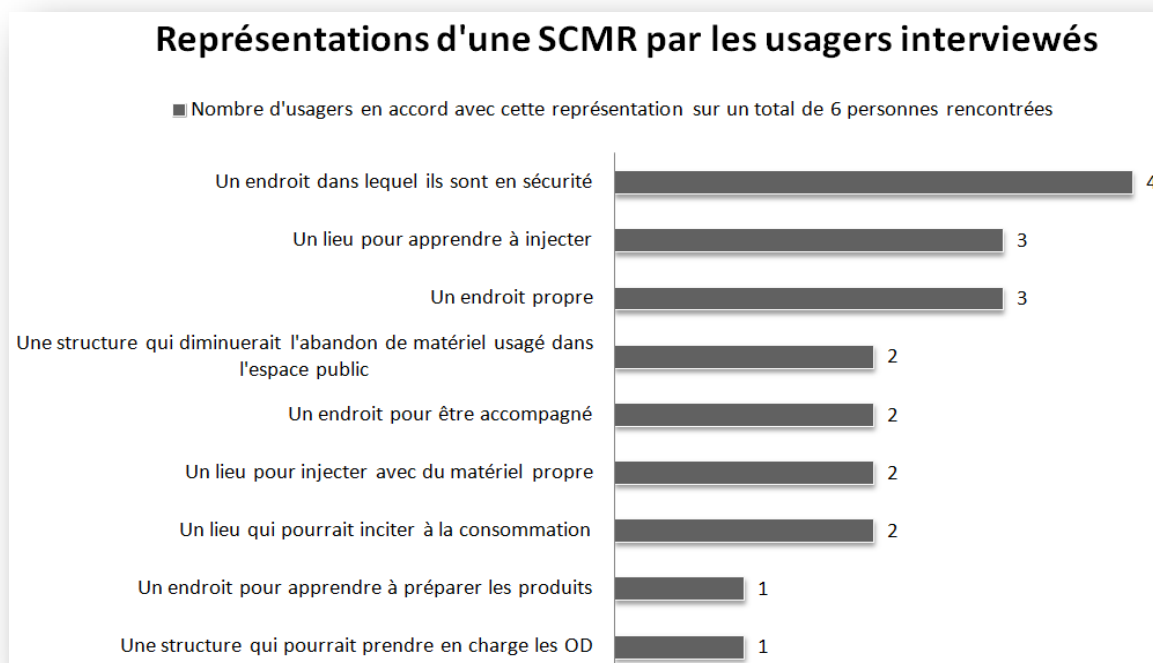
■ Nombre de professionnels en accord avec cette représentation sur un total de 6 entretiens menés



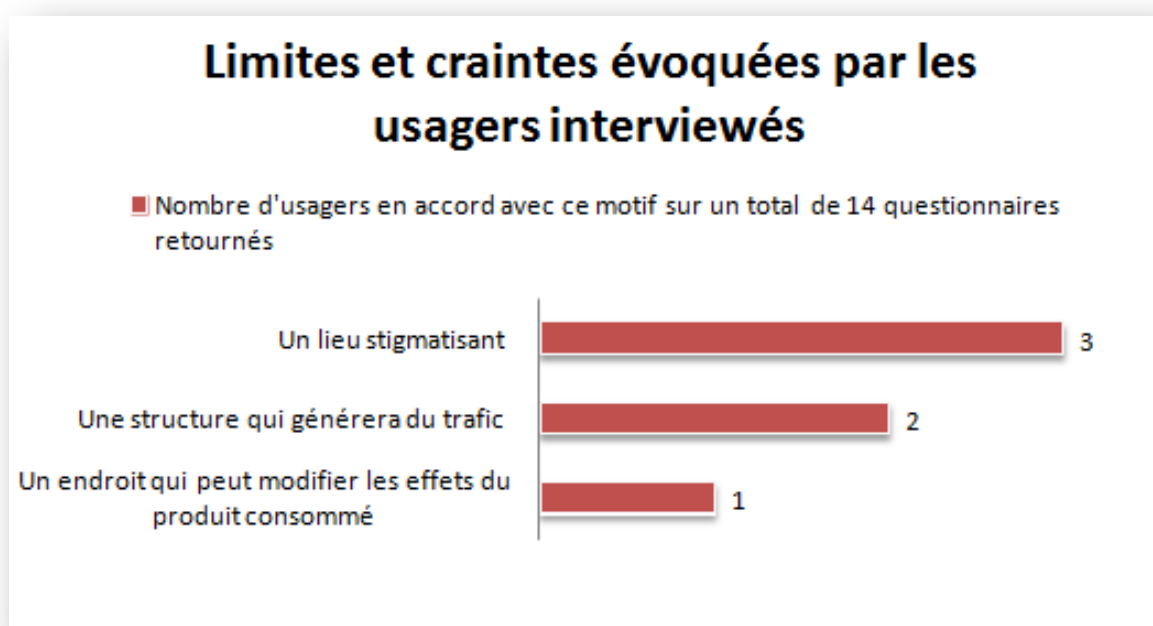
Graphique 3 : Modélisation des données recueillies auprès des professionnels (3)

b) Concernant les entretiens avec les usagers

Un premier graphique reprend les **représentations générales** d'une SCMR des usagers rencontrés et un second les **limites et craintes** évoquées.



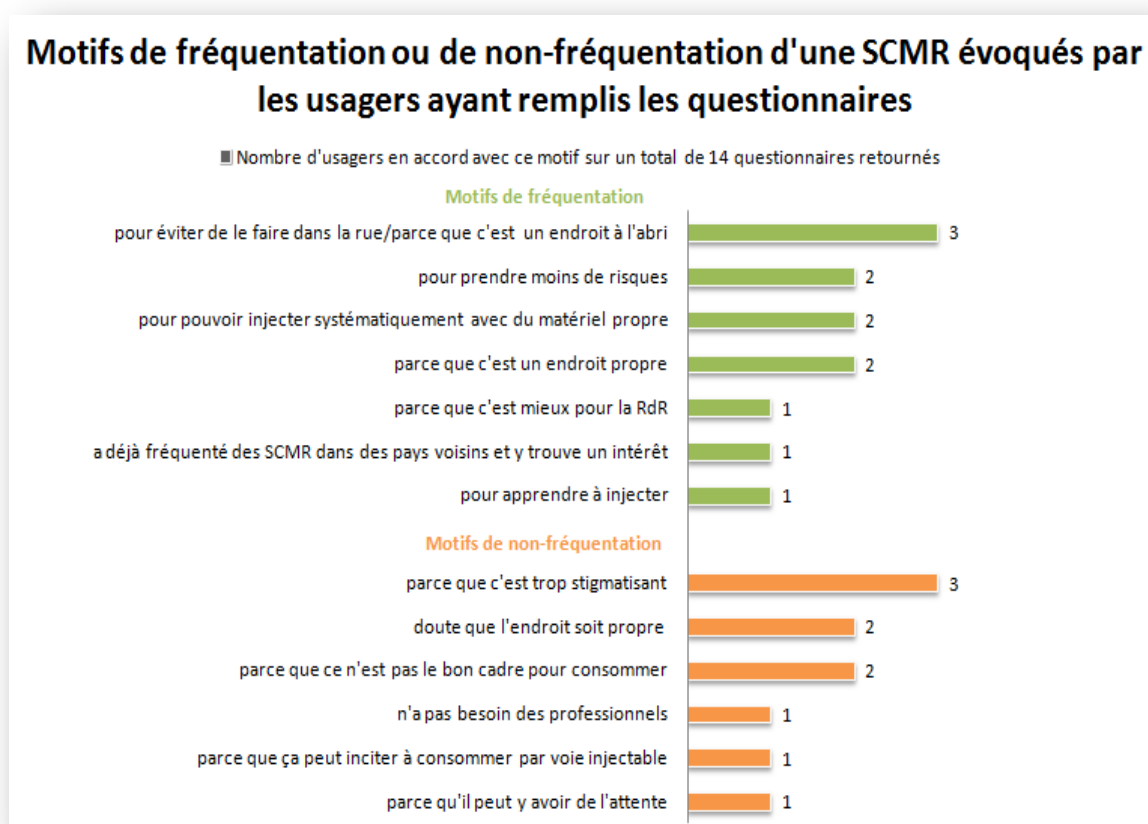
Graphique 4 : Modélisation des données recueillies auprès des usagers (1)



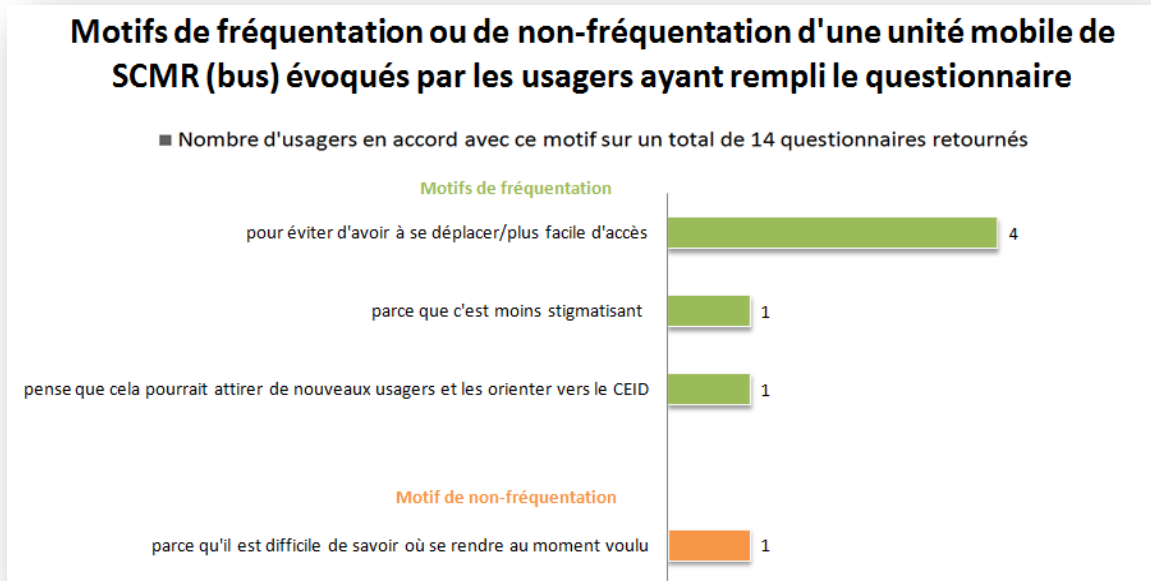
Graphique 5 : Modélisation des données recueillies auprès des usagers (2)

c) Concernant les questionnaires remplis par les usagers

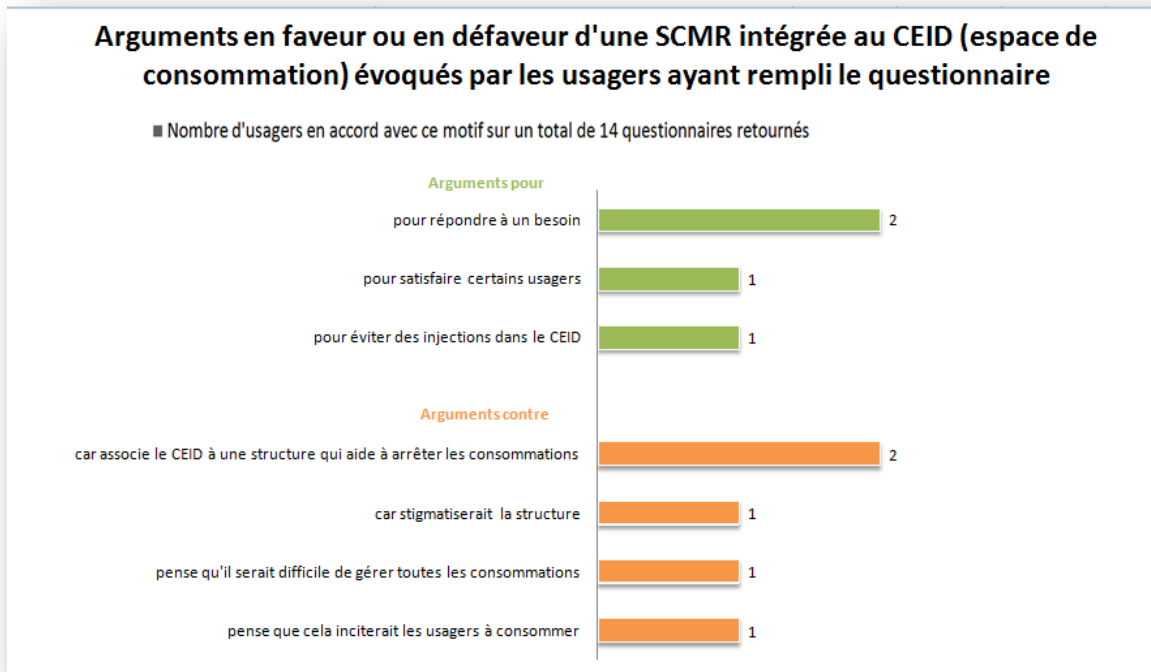
Les graphiques ci-dessous modélisent les réponses recueillies via les questionnaires concernant les **motifs de fréquentation ou de non-fréquentation des SCMR** mais aussi les **arguments concernant la création d'un espace de consommation au sein du CEID**.



Graphique 6 : Modélisation des données recueillies auprès des usagers (3)



Graphique 7 : Modélisation des données recueillies auprès des usagers (4)



Graphique 8 : Modélisation des données recueillies auprès des usagers (5)

L'enquête de terrain a permis de récolter nombre de données sur les représentations des SCMR par les professionnels et les usagers et d'entrevoir les motifs qui inciteraient les usagers à fréquenter ou non ces salles.

Les deux chapitres qui suivent visent à confronter certaines de ces données aux hypothèses de travail formulées plus haut et à exposer les limites de l'enquête. Enfin, une partie est consacrée aux recommandations qui découlent de l'ensemble des éléments recueillis.

V. EXPLOITATION DES DONNEES RECUEILLIES	87
A. Créer des espaces de consommation : pour quoi ?	87
1. Ce qu'en disent les professionnels et les usagers	87
2. Critique par rapport à la première hypothèse de travail	88
B. Créer des espaces de consommation : pour qui ?	88
1. Ce qu'en disent les professionnels et les usagers	88
2. Critique par rapport à la deuxième hypothèse de travail	89
C. Créer des espaces de consommation : où ?	90
1. Ce qu'en disent les professionnels et les usagers	90
2. Critique par rapport à la troisième hypothèse de travail	91
VI. ELEMENTS DE DISCUSSION	92
A. LIMITES DE L'ENQUETE	92
1. Discussion concernant la première hypothèse de travail	92
2. Discussion concernant la deuxième hypothèse de travail	92
3. Discussion concernant la troisième hypothèse de travail	93
B. RECOMMANDATIONS	94

V. EXPLOITATION DES DONNEES RECUEILLIES

A. Créer des espaces de consommation : pourquoi ?

1. Ce qu'en disent les professionnels et les usagers

❖ Le point de vue des professionnels

Dans les **représentations** des Salles de Consommation à Moindre Risque par les professionnels, il ressort de manière nette des points en rapport avec :

- **la création d'un environnement sain pour la consommation** : un espace propre et du matériel stérile
- **l'accompagnement de l'utilisateur sur des aspects techniques liés à l'injection** : bonnes pratiques d'utilisation du matériel et aide pour la réalisation technique d'une injection à moindre risque

Est également évoqué, secondairement, la notion suivante :

- **un cadre apte à assurer une prise en charge appropriée face à des overdoses** et par là pouvoir éviter une issue fatale.

❖ Le point de vue des usagers

Dans les **représentations** des SCMR relevées au cours des entretiens, la notion suivante est nettement mise en avant :

- **un cadre pour réaliser une injection dans de bonnes conditions** : un endroit propre et avec du matériel propre

Dans les **motifs de fréquentation évoqués** et recueillis via les questionnaires, ce qui semble les inciter à venir est :

- **la possibilité de réaliser des injections en prenant moins de risque** : dans un endroit propre, avec du matériel propre

Il ressort de manière plus discrète la notion :

- **d'accompagnement par les professionnels** : pouvoir poser des questions sur la préparation des produits et apprendre à injecter.

2. Critique par rapport à la première hypothèse de travail

Pour rappel, ma première hypothèse de travail est :

les SCMR répondent de manière positive aux besoins sanitaires des usagers de drogues par voie intraveineuse.

Après avoir analysé les données, **des correspondances peuvent être faites** entre :

- **les représentations des SCMR par les professionnels et les usagers** (d'après les entretiens), **les motifs de fréquentation des SCMR évoqués par les usagers** (dans les questionnaires) : les deux parties conçoivent les SCMR comme un cadre apte à la réalisation d'une injection à moindre risque.
- **les motifs de fréquentation** évoqués par les usagers **et les résultats des évaluations internationales des SCMR** : ces salles permettent aux usagers de réaliser une injection à moindre risque.

Ainsi, ma première hypothèse de travail semble **se vérifier** quant à :

- **l'existence d'un besoin exprimé par les usagers**
- et la **réponse que peut apporter une SCMR** en termes de conditions sanitaires appropriées et de réduction des dommages liés à l'injection.

B. Créer des espaces de consommation : pour qui ?

1. Ce qu'en disent les professionnels et les usagers

❖ Le point de vue des professionnels

Des entretiens menés auprès des professionnels, une majorité affirme que les SCMR :

- **ne pourront convenir à tous les usagers marginalisés** notamment parce qu'il faut considérer une part intime dans la consommation par injection

Seul un petit nombre (2 sur 6) pense qu'elles seraient :

- **une opportunité de rencontrer de nouveaux usagers** de drogues par voie intraveineuse qui ne fréquentent pas à l'heure actuelle les services d'accompagnement comme les CAARUD

❖ Le point de vue des usagers

Aucun ne mentionne spontanément que ces structures peuvent être un premier point d'accroche pour des usagers marginalisés.

Dans les **motifs de fréquentation** recueillis via les questionnaires un seul des usagers soulignait que :

- **l'unité mobile permettrait d'aller à la rencontre des nouveaux usagers et de les orienter vers le CEID** avec le temps

De même l'analyse de la question 7 du questionnaire décrit qu'une majorité des usagers qui connaissent des personnes consommant des drogues injectées et qui ne fréquentent pas de structures distribuant de matériel stérile, pense :

- **que ces usagers marginalisés ne viendraient pas consommer dans les SCMR, hormis si une unité mobile venaient à eux**

■ 2. Critique par rapport à la deuxième hypothèse de travail

Pour rappel, ma deuxième hypothèse de travail est :

les SCMR répondent de manière positive aux besoins de certaines populations marginalisées d'usagers de drogues par voie intraveineuse.

Après l'analyse des données, des **correspondances peuvent être faites entre** :

- **certaines représentations des SCMR par les professionnels et les résultats des évaluations internationales des SCMR** : elles permettent d'accéder à un public marginalisé
- **certaines représentations des SCMR par les professionnels et les avis des usagers** (via les questionnaires) **qui connaissent des personnes marginalisées** : ces personnes ne viendraient pas toutes fréquenter les SCMR

Ainsi ma deuxième hypothèse de travail **ne se vérifie que partiellement**, à la fois :

- quant à l'**existence d'un besoin exprimé par les usagers** pour les usagers de drogues marginalisés, ne fréquentant pas ou peu les structures de réduction des risques
- et la **réponse que peut apporter une SCMR** en termes d'accès à ces populations. Il semble toutefois, qu'une unité mobile engagerait plus facilement cette rencontre.

C. Créer des espaces de consommation : où ?

1. Ce qu'en disent les professionnels et les usagers

❖ Le point de vue des professionnels

Dans leurs représentations d'une SCMR à Bordeaux, les professionnels pensent pour la quasi-totalité (5 sur 6) que :

- **le bus, ou unité mobile de SCMR, répondrait à des besoins territoriaux** contrairement à une salle fixe

Il ressort aussi, auprès de la moitié d'entre eux, que la SCMR :

- **pourrait être un espace de consommation intégré au CEID.**

❖ Le point de vue des usagers

Si l'on tient compte du nombre d'usagers prêts à venir fréquenter une SCMR, il n'y a **pas de différence nette entre les types de dispositifs** :

- 7 usagers sur 14 iraient dans une salle fixe
- 9 usagers sur 14 iraient dans une unité mobile
- 9 usagers sur 14 iraient dans un espace de consommation intégré au CEID, bien que 2 d'entre eux pensent que cet espace n'aurait pas sa place dans les locaux du centre Planterose

■ 2. Critique par rapport à la troisième hypothèse de travail

Pour rappel, ma troisième hypothèse de travail est :

les SCMR répondent de manière négative aux besoins des usagers si elles ne correspondent pas à des constats territoriaux.

Après avoir analysé les données, il est **difficile d'établir une relation nette** entre :

- **les représentations d'une SCMR à Bordeaux par les professionnels et les résultats issus des questionnaires remplis par les usagers.**

Ainsi ma troisième hypothèse de travail **ne se vérifie pas** quant :

- **à l'existence d'un besoin particulier** aux usagers de drogues par voie intraveineuse de **Bordeaux**
- **et la réponse que pourrait précisément apporter une SCMR mobile.**

VI. ELEMENTS DE DISCUSSION

A. Limites de l'enquête

Dans ce paragraphe nous définirons les limites de l'enquête menée sur le terrain. Nous verrons dans quelles mesures elles ont pu influencer l'interprétation des résultats et la critique des hypothèses de travail.

1. Discussion concernant la première hypothèse de travail

Pour pouvoir critiquer cette hypothèse, l'enquête menée auprès des professionnels et des usagers recherchait des éléments en termes de besoins sanitaires.

- Impact du terrain de l'enquête

L'enquête a été menée au sein du CEID de Bordeaux : institution engagée dans la prise en charge des usagers de drogues et assurant des missions de réduction des risques. Il est **difficile d'affirmer que le terrain n'a pas eu d'impact** sur les résultats recueillis et la notion des besoins sanitaires, les résultats étant a priori toujours liés à un terrain.

Pour s'assurer que les résultats sont indépendants du terrain de l'enquête il serait intéressant de réaliser une enquête similaire dans d'autres lieux : pharmacies, hôpital, CSAPA et CAARUD du milieu rural et urbain par exemple.

2. Discussion concernant la deuxième hypothèse de travail

Pour pouvoir critiquer cette hypothèse, l'enquête recherchait des éléments en termes de besoins particuliers d'une population marginalisée.

- Limite

L'enquête a été menée auprès des usagers fréquentant le CEID, connaissant des personnes consommant des drogues injectées qui ne viennent pas dans les structures d'accompagnement. Ainsi, les résultats recueillis se basent sur les **représentations des usagers du CEID** quant à la fréquentation d'une SCMR par des usagers marginalisés **et non** sur **celles des usagers marginalisés eux-mêmes**.

C'est toute la difficulté d'évaluer le besoin d'une population à laquelle je n'avais pas accès.

- Impact du terrain de l'enquête

Les résultats recueillis **auprès des professionnels sont indépendants du terrain de l'enquête**. On peut imaginer que les réponses qu'ils ont donné soient similaires dans d'autres structures qui accompagnent les usagers de drogues.

Pour les résultats recueillis **auprès des usagers il est difficile d'affirmer une absence de lien entre leurs réponses et le terrain d'enquête**. En effet, il ressort des questionnaires, que les usagers marginalisés ne fréquenteraient généralement pas les SCMR hormis une structure mobile. Nous le reverrons ensuite ce résultat n'est pas neutre, le CEID souhaitant développer une structure mobile de SCMR. Toutefois, les usagers n'ont pas particulièrement connaissance de ce projet. Il est cependant difficile d'affirmer que leurs réponses auraient été similaires si j'avais fait mon stage dans une autre structure d'accompagnement.

3. Discussion concernant la troisième hypothèse de travail

Pour pouvoir critiquer ma dernière hypothèse, l'enquête recherchait des éléments en termes de besoins territoriaux, propres à la ville de Bordeaux.

- Limite

La limite est de **n'avoir sollicité que des professionnels et des usagers du CEID**. Il aurait été plus parlant de confronter les constats des professionnels avec ceux d'autres structures sur leurs constats territoriaux, et les résultats des usagers avec ceux fréquentant d'autres CAARUD.

- Impact du terrain de l'enquête

Les résultats recueillis **auprès des professionnels sont largement influencés par le terrain de l'enquête**. En effet, ils s'accordent pour dire qu'un bus répondrait aux besoins des usagers de drogues de Bordeaux. Or, lorsqu'il a été officiellement annoncé par Marisol Touraine que des expérimentations de SCMR seraient possibles en France (voir II/D.2), le CEID a proposé un projet de SCMR sous la forme d'un dispositif mobile.

Pour les résultats recueillis **auprès des usagers, les résultats sont indépendants du terrain de l'enquête**. Ces derniers ne sont pas nettement plus en faveur d'un dispositif de SCMR qu'un autre. De plus, les usagers du CEID n'ont pas eu particulièrement connaissance du projet du CEID.

B. Recommandations

A l'issu de ce travail qui mêle un recueil d'éléments bibliographiques et de terrain, quelques critères méritent d'être soulevés pour mener à bien des projets de SCMR (6) (16).

❖ Evaluer les besoins des usagers de drogues à l'échelle nationale et territoriale

Il est nécessaire de poursuivre et d'approfondir les recherches scientifiques et sociologiques sur :

- les modes et les parcours de vie des usagers de drogues
- les modes de consommation des drogues : en observant les contextes de leurs usages (espaces, environnement, voies de consommation, produits consommés et leur préparation)
- les représentations des usagers sur les produits qu'ils consomment, les rituels de préparation et modes de consommation
- les dommages et conséquences liées à la consommation de drogues et à l'environnement des usagers.

En effet, seule une bonne connaissance des pratiques d'usage permettra de trouver les **réponses adaptées** en termes d'intervention et d'offres de services. Ces études doivent être menées de manière concomitante et continue à l'échelle nationale mais aussi territoriale pour permettre d'ajuster au mieux les interventions.

❖ Pour les organismes qui souhaiteraient développer des projets de SCMR à plus ou moins long terme, aller à la rencontre des élus locaux

Les structures d'accompagnements aux usagers de drogues doivent aller **au devant des débats et des discussions avec l'ensemble des parties**, qu'il s'agisse de la police, des habitants des quartiers ou des commerçants. C'est en informant les citoyens et les autorités administratives que l'on peut prédire une évolution des représentations souvent négatives des usagers de drogues et de leurs besoins.

En cela, des élus locaux sensibilisés et informés peuvent **impulser les rencontres et la communication avec les différentes parties**.

Si elles sont le résultat d'un **consensus local**, les projets de SCMR ont toutes les chances d'être acceptés et de pouvoir être menés dans de bonnes conditions. Des ententes entre la police et les structures d'accueil des usagers de drogues peuvent aboutir à un réel partenariat et cesser d'évoluer systématiquement en opposition.

Pour éviter les climats de tension, les discussions doivent être largement anticipées sur la mise en œuvre des projets de SCMR. De plus, en sollicitant les parties, celles-ci pourraient participer de près ou de loin à la conception du projet.

❖ Intégrer les SCMR à un ensemble de services à destination des usagers de drogues

La SCMR vise à répondre à des besoins spécifiques de réduction des risques liés à l'injection. Toutefois, bien que caractéristique d'une prise en charge elle ne doit pas fonctionner comme une structure indépendante mais bien **faire partie d'un ensemble plus large de services** destinés aux usagers de drogues.

Dans un premier temps, elle doit fonctionner de pair avec les **structures médico-sociales et médicales**, que ces dernières soient ou non spécialisées dans les addictions. Elle permettra ainsi une meilleure orientation des usagers qui se présenteraient à la SCMR et d'accueillir des usagers venant d'autres services.

Pour favoriser l'intégration d'une SCMR dans un ensemble d'offres et de services, il est important de soulever un point. Il existe une partie des usagers de drogues injectées suivant un traitement de substitution (méthadone et Subutex® notamment) qui ne peuvent encore abandonner l'injection ou qui connaissent des phases de rechutes.

Il ne faut pas considérer cette approche comme un échec mais bien comme une approche de réduction des risques, et par là **cesser le clivage entre traitement et réduction des risques**. Cette réalité doit être prise en compte pour que la fréquentation d'une SCMR par des usagers sous traitement ne soit pas remise en question et puisse être discutée avec l'utilisateur.

Enfin, l'existence d'une SCMR **ne doit pas conduire à l'essoufflement des autres mesures de réduction des risques** proposés à l'heure actuelle.

Les programmes d'échanges de seringues, les ateliers de démonstration de matériel et d'éducation aux risques liés à l'injection initiés par les professionnels des CSAPA et CAARUD ainsi que les interventions spécifiques des professionnels à l'attention de

populations à haut risques, contribuent largement à faire évoluer les représentations et les pratiques des usagers.

La **diversité des services et leur intégration dans un ensemble cohérent** permettra des réponses individualisées aux besoins des usagers de drogues.

❖ Elargir l'offre de services de réduction des risques proposés au sein d'une SCMR

Une SCMR peut devenir un réel outil d'information et de services aux usagers, mais aussi améliorer les connaissances des professionnels sur leurs pratiques et leurs consommations.

Par exemple, l'**inclusion d'une salle pour les fumeurs** de produits basés (héroïne brune ou cocaïne basée, appelée crack) distribuant un matériel stérile adapté peut devenir un service intéressant, en permettant :

- à des usagers non injecteurs de bénéficier de mesures de réduction des risques spécifiques à leurs consommations
- aux professionnels d'améliorer les connaissances sur les pratiques d'inhalation des drogues
- aux usagers de drogues injectées de pouvoir expérimenter sur place une alternative à la voie injectable et ce, dans les mêmes dispositions sanitaires qu'une salle d'injection.

L'**analyse des substances** apportées par les usagers peut également être un outil bénéfique à la réduction des risques. Il peut :

- participer à la connaissance des professionnels sur les substances consommées
- diminuer la prise de risques pour les usagers
- devenir un outil de discussion entre professionnels et usagers sur la nature des produits consommés et les effets recherchés.

CONCLUSION

Les controverses qui animent les discussions autour des Salles de Consommation à Moindre Risque aujourd'hui en France sont implicitement liées au bouleversement de plusieurs considérations.

- Remise en question de la place de l'usager de drogues dans la cité

En consacrant un espace à la consommation des drogues dans une ville, les SCMR permettent de **reconnaître l'existence des usagers de drogues, de leurs consommations et de leurs besoins**.

Ce point englobe plus largement la question de la citoyenneté. Intégrer les usagers de drogues dans la cité c'est pouvoir vivre avec eux, et peut-être les considérer comme des citoyens, libres de leurs choix civils et politiques.

Dans une tribune du Nouvel Obs, une jeune femme toxicomane voit dans l'ouverture des salles de consommation une opportunité pour les usagers de drogues « *d'exister, un peu* » : « *ça veut dire redonner de l'espoir à des gens qui ont oublié qu'ils avaient des droits. [...] En résumé c'est surtout : « Vous êtes là, on le sait, on comprend un minimum votre maladie, et on vous redonne le droit de vivre un tout petit peu avec nous, regardez, on vous a même fait une petite place.* » (31).

- Remise en question de la loi de 1970

L'ouverture d'une SCMR vient perturber les fondements établis par la loi de 1970 basés sur l'abstinence, la désintoxication des usagers et l'éradication des drogues.

Alain Ehrenberg souligne dans un de ses ouvrages : « *La société française n'accepte pas de voir dans la consommation de drogue une conduite qui regarde la liberté privée, le droit à disposer de soi, elle n'utilise que les catégories de la pathologie ou de la déviance.* » (32)

Ainsi, les **problèmes de santé des toxicomanes ne sont évalués que par rapport à leur dépendance**, état qu'il faut soigner. Et, pour répondre à ce besoin la **seule réponse est la cure de désintoxication** qui « *vise à extraire ce poison étranger qu'est la drogue du corps et de l'esprit du toxicomane, comme si la cure constituait un rituel de dépossession* » (32).

Une SCMR ne prétend pas « guérir » tous les usagers en les amenant vers un sevrage, bien qu'elle puisse en être un déclencheur. Elle considère les dommages directement liés à la consommation de drogues et **reconnait par là les besoins spécifiques des usagers**.

Pour la population des toxicomanes, il faut noter ici que l'arrivée du SIDA avait obligé à la mise en place d'une **politique de réduction des risques**.

Cette politique permet aux usagers de s'injecter avec du matériel stérile et éviter ainsi la transmission du virus.

Avec l'arrivée des trithérapies en 1996, le nombre de cas de décès du SIDA et de nouvelles contaminations chez les usagers de drogues diminue au fil des années. « *Le sida passe au second plan, la réduction des risques perd son principal moteur d'innovation et son argument le plus acceptable au regard de la loi* » (3)

En effet, aujourd'hui l'hépatite C contamine largement les usagers de drogues mais c'est une épidémie « *sourde et muette* », qui se cantonne aux toxicomanes et n'interpelle plus l'opinion publique ni les responsables politiques.

Pour que les projets de SCMR puissent être considérés encore faut-il **changer les représentations actuelles des besoins des usagers de drogues**. Les maladies infectieuses qui risqueraient de contaminer la population générale, comme le VIH, ne doivent pas être le seul moteur pour innover en matière de réduction des risques. De même que le traitement de la dépendance n'est pas l'unique réponse qu'il faut apporter.

Qu'il s'agisse de revoir la politique actuelle en France ou de reconsidérer la place de l'utilisateur de drogues dans la cité, on comprend toute la difficulté politique d'assumer l'implantation de structures comme les SCMR. Il faut se défaire d'une idéologie : un monde sans drogues et sans « drogués » n'existe pas.

Tant que cette idéologie restera intacte, les besoins des usagers seront insuffisamment pris en compte et les politiques de santé publiques inadéquates.

BIBLIOGRAPHIE

1. *ceid-addiction.com*. [http://www.ceid-addiction.com/le-ceid/presentation\[2\]](http://www.ceid-addiction.com/le-ceid/presentation[2]).
2. **J-M Delile**. Historique de la consommation des drogues à Bordeaux. *ceid-addiction.com*. 2000. http://www.ceid-addiction.com/img/telechargements/85_Hist.-Drogues-Bordeaux.pdf.
3. **P. Chappard, J-P. Couteron**. *Salle de shoot : les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français*. s.l. : La découverte, Mars 2013. 978-2-35925-068-8.
4. **Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies**. *ofdt.fr*. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/ofdt/qsn/cs/sommaire/Sommaire/contrib/2pdf/ofdt/qsn/cs/sommaire/Sommaire/contrib/reduction.pdf>.
5. **Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies**. Première enquête nationale sur les usagers des CAARUD. *ofdt.fr*. 2008. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxato5.pdf>.
6. **Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale**. *Réduction des risques chez les usagers de drogues*. 2010.
7. **Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les addictions**. *Synthèse des activités 2011*. 2012.
8. **Institut National de Veille Sanitaire**. Enquête Coquelicot 2004-2007. Résultats d'une enquête sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risques chez les consommateurs de drogues. *opac.invs.sante.fr*. 2008. http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1406.
9. **Comité d'Etude et d'Information sur la Drogue et les addictions**. Salles de Consommation à Moindre Risque. Contribution du CEID : Avant-projet de dispositif mobile à Bordeaux. 2012.
10. **J-M.Delile, A.Lazes-Charmetant**. *Rapport TREND Bordeaux 2010-Usages de drogues en Aquitaine-Evolutions et tendances récentes*. 2012.
11. **J.Derricott, N.Hunt, A.Preston**. *L'injection à moindre risque*. s.l. : Apothicom Edition, 2008.
12. Décret no 95-255 du 7 mars 1995. *Legifrance.gouv.fr*. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000369498>.
13. Les textes relatifs aux CAARUD. *federationaddiction*. <http://www.federationaddiction.fr/les-textes-relatifs-aux-caarud-centres-daccueil-et-daccompagnement-a-la-reduction-des-risques-pour-usagers-de-drogues/>.
14. CIRCULAIRE N°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de . *Sante.gouv.fr*. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_79t0.pdf.
15. **L.Keijzer, E.Imbert**. The filter of choice: filtration method preference among injecting drug users. *Harm Reduction Journal*. 2011, Vol. 8.

16. **F.Baufay (Fédération Bruxelloise Francophone des Institutions pour Toxicomanes).** *Salles de Consommation à Moindre Risque : une tentative de réponse pragmatique à un phénomène multi-factoriel-Dossier d'information-*. Décembre 2012.
17. **Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.** *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues.Expertise collective.*2010.
18. **Hedrich and coll.** Drug consumption facilities in Europe and Beyond. *EMCDDA/Consumption rooms*. 2010. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/harm-reduction/consumption-rooms>.
19. **Tyndall and coll.** Attendance, drug use patterns and refferal made from North America's first supervised injection facility. *Drug and alcohol dependence*. 2006, Vol. 83, 3, pp. 193-198.
20. **Wood and coll.** Attendance at Supervised Injecting Facilities and Use of Detoxification Services. *New England Journal of Medicine*. 2006, Vol. 354, 23, pp. 2512-2514.
21. **Urban Health Research Initiative of the British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS.** *Findings from the evaluation of Vancouver's Pilot Medically Supervised Safer Injecting Facility-Insite*. Juin 2009.
22. **MSIC Evaluation Committee.** *Final report of the evaluation of the Sydney medically supervised injection centre*. 2003.
23. **Zurhold and coll..** Drug consumption rooms in Hamburg, Germany : Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *Journal of Drug Issues*. 2003, Vol. 33, pp. 663-688.
24. **F. Zobel, F. Dubois-Arber.** *Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse. Expertise réalisée à la demande de l'Office Général de la Santé Publique*. 2004.
25. **E.Schatz, M.Nougier-Consortium International sur les Politiques des Drogues.** *Dossier d'information de l'IDPC-Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique*. Juin 2012.
26. **A.Leclerc.** A Bilbao, une salle de consommation accueille depuis sept ans les toxicomanes. *Le Monde.fr*. 2010. http://www.lemonde.fr/societe/article/2010/09/24/a-bilbao-une-salle-de-consommation-accueille-depuis-sept-ans-les-toxicomanes_1411811_3224.html.
27. **Apothicom.** Chasser le dragon. *Apothicom.org*. 2010. http://www.apothicom.org/downloads/PJ_6.pdf.
28. Toxicomanie : bientôt une salle de consommation à moindre risques . *paris.fr*. Juin 2013. www.paris.fr/accueil/accueil-paris-fr/toxicomanie-bientot-une-salle-de-consommation-a-moindres-risques-a-paris/rub_1_actu_90479_port_24329.
29. **L.Clavreul, J.Mucchiatti.** La "salle de shoot" sera située au 39, boulevard de la Chapelle à Paris. *Lemonde.fr*. Mai 2013. http://www.lemonde.fr/sante/article/2013/05/30/la-salle-de-shoot-sera-situee-39-boulevard-de-la-chapelle-a-paris_3420707_1651302.html.
30. **B.Goudet.** *Développer des pratiques communautaires en santé et développement local*. s.l. : Chronique sociale, 2009.

31. **Miroir, Salomé.** Je suis toxicomane : les "salles de shoot" nous donneraient le droit d'exister, un peu. *leplus.nouvelobs.com*.2012.
<http://leplus.nouvelobs.com/contribution/667358-je-suis-toxicomane-les-salles-de-shoot-nous-donneraient-le-droit-d-exister-un-peu.html>.

32. **Ehrenberg, A.** *L'individu incertain*. s.l. : Calmann-Lévy, 1995. 267021-2440-2.

ANNEXES : grilles d'entretiens et retranscription des entretiens

ANNEXE N°1 : Guide d'entretien destiné aux professionnels du CEID	104
ANNEXE N°2 : Retranscription des entretiens menés auprès des professionnels du CEID	105
ANNEXE N°3 : Guide d'entretien destiné aux usagers du centre Planterose	123
ANNEXE N°4 : Retranscription des entretiens menés auprès des usagers	124
ANNEXE N°5 : Grille de questionnaire destiné aux usagers du centre Planterose	138
ANNEXE N°6 : Questionnaires recueillis auprès des usagers	140

OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN

Qui ?

Rencontre avec les professionnels de santé travaillant au sein du CEID et intéressés par la question des salles de consommation à moindre risques (SCMR).

Pourquoi ?

Entrevoir les raisons de leur intérêt et de leur implication. Connaître leurs représentations de ce qu'ils considèrent comme des « besoins » pour les usagers de drogues par voie intraveineuse.

CONDITIONS DE L'ENTRETIEN

Entretien semi-directif : questions ouvertes servant de guide pour (éventuellement) recentrer le thème de la conversation ou évoquer des points qui ne seraient pas abordés spontanément.

Durée : 45 minutes à 1 heure

GRILLE D'ENTRETIEN

« Bonjour, je suis depuis quelques mois en stage au CEID. Dans le cadre de mon master de Santé Publique, je dois réaliser un mémoire autour d'un thème de mon choix.

J'ai choisi de traiter la question des salles de consommation à moindre risque et tente de comprendre en quoi leur ouverture pourrait répondre aux besoins des UDVI.

1. . Avant d'entrer dans le vif du sujet, **pouvez-vous m'expliquer votre rôle au sein du CEID ?**

- statut/missions
- choix et intérêt de travailler au CEID

2. **Pourquoi vous intéressez-vous aux SCMR ?**

- attentes particulières quant au développement de ces structures en France
- implication : motivation, intérêt

3. D'après vous **en quoi est-ce une réponse apportée aux UDVI ? à quelles problématiques répondent-elles ?**

- évaluation/représentations des besoins / variété des besoins
- points forts et points faibles
 - o besoins auxquels les SCMR ne répondent pas

4. **Que pensez-vous de l'expérimentation prochaine de SCMR Paris ?**

- et si les résultats ne démontrent pas l'intérêt de ces SCMR en France ?

5. **Que pensez-vous des autres expériences internationales ?**

- mise en œuvre sur place / adaptation en France
- réponse aux besoins : usagers fréquentant la structure
- pourquoi retard en France

6. **Clôture de l'entretien**

- remarques, questions

Remerciements

ANNEXE N°2 : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS MENES AUPRES DES PROFESSIONNELS DU CEID

ENTRETIEN AVEC : CHRISTOPHE, EDUCATEUR SPECIALISE

Date : 2 Juillet 2013

Lieu de rencontre : structure Pro Domo, dispositif d'hébergement du CEID pour des jeunes en errance entre 18 et 25 ans.

Son rôle au CEID :

Christophe travaille depuis cinq ans et demi au CEID en tant qu'éducateur spécialisé. Le choix de travailler auprès d'une population d'usagers de drogues n'était pas particulièrement ciblé initialement.

A son arrivée au CEID, le seul éducateur spécialisé était le directeur du centre. Deux nouveaux postes d'éducateurs ont été créés dont celui de Christophe, dans l'idée qu'un professionnel soit davantage au contact des usagers, et ne soit ni un médecin, ni un infirmier, ni une assistante sociale.

Christophe a tenté de faire sa place au sein de cette nouvelle équipe, sans empiéter sur le travail des autres professionnels déjà sur le terrain. Il s'est vite rendu compte que les professionnels ne savaient pas comment les usagers utilisaient le matériel remis ni quelles étaient les substances qu'ils consommaient.

Il s'est donc intéressé à tout ce qui entourait l'utilisateur et ses consommations : les produits, le matériel et les pratiques et par là les risques sanitaires potentiels. Il a pu ainsi apporter des éléments nouveaux aux professionnels qui exerçaient alors.

Christophe me précise qu'il y a cinq ans et demi, le fonctionnement du centre était tout autre : le CSAPA disposait de conditions d'entrée très strictes, les traitements de substitution n'avaient leur place que pour accompagner vers un sevrage et n'entraient pas encore dans une démarche de réduction des risques. De même, les usagers de l'après-midi (du CAARUD) n'étaient pas considérés comme étant dans une démarche de soin. « ***Tu ne pouvais pas à la fois consommer des drogues et être dans le soin*** ». Les usagers du CSAPA et ceux de CAARUD étaient bien distincts.

Parallèlement, il s'est particulièrement inquiété de la situation des usagers précaires, qui ne bénéficiaient pas de ressources telles que le RMI, or « sans RMI, pas de CMU ». C'est également par ce biais là, qu'il a pu trouver sa place, en assurant une partie des démarches administratives ou du moins en les initialisant pour que l'assistante sociale prenne ensuite le relais.

Il est, dans cette démarche, allé à la rencontre de la population bulgare qui vivait à Bordeaux, mais qui n'avait aucun contact avec des professionnels de santé. Il me cite quelques noms de personnes bulgares qui fréquentent encore le centre aujourd'hui et pour lesquelles l'entrée au CEID a permis un premier contact avec des services de santé mais aussi des services sociaux

et éducatifs. Au fil des années la population bulgare a constitué une part non négligeable de la file active du centre.

POURQUOI VOUS INTERESSEZ-VOUS AUX SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE ? COMMENT EN ETES-VOUS ARRIVE A VOUS POSITIONNER SUR CETTE QUESTION ?

Christophe me raconte qu'il a assisté, il y a cinq ou six ans, à une formation sur l'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) par l'AFR (Association Française de Réduction des risques). Il m'explique en quoi consiste ERLI et quelle est la place de l'utilisateur dans cette démarche.

« Dans le protocole ERLI, tu accompagnes l'utilisateur dans ses consommations, et notamment concernant l'injection. Avant on considérait que chaque utilisateur était expert en injection et en consommation de drogues. Ensuite le discours a évolué pour dire que l'utilisateur est finalement expert de sa propre pratique, ce qui sous-entend que sa pratique n'est pas forcément idéale. »

Après cette formation, Christophe a entrepris de voir sur le terrain ce qu'il en était, de quelle manière les utilisateurs utilisaient le matériel qu'ils recevaient.

« Au départ je m'étais limité à la connaissance des outils, mais je me suis rendu compte que des utilisateurs qui utilisaient le kit depuis des années, le faisait sans avoir conscience des microbes qu'ils avaient sur les mains, très peu conscience de la transmission des hépatites... Ils avaient tous, excepté les bulgares, une très bonne connaissance de la transmission du SIDA, mais par contre tout le reste...non..., aucun lien entre les poussières et les bactéries, aucun lien entre les abcès et les injections... »

Christophe fait donc le constat que le matériel est mal utilisé voire pas utilisé. Il se questionne aussi sur les phases qui précèdent l'injection : **« Puisque ça (le matériel d'injection) c'est la base à mon avis, jusqu'à l'injection proprement dite il devait y avoir tout un tas de trucs mauvais. »**

Au cours de ses observations sur le terrain, il a notamment remarqué que les Sterifilt® n'étaient que très peu utilisés. **« Je me suis occupé de promouvoir le Sterifilt® auprès des utilisateurs. Ça m'a aussi donné la possibilité de dire « tiens viens, je vais te faire voir du nouveau matériel, comment tu utilises l'ancien, le nouveau s'utilise comme ça, comment est-ce que tu shootes...etc... »»**

Christophe a contribué à faire évoluer le panel de matériel distribué par le CEID et par là, l'approche des professionnels avec les utilisateurs.

Au cours d'autres formations par l'AFR, de rencontres avec des professionnels militants, Christophe s'est rendu compte que **« par rapport à la pratique d'injection il y a un manque. »**

Suite à ce (long) cheminement, à la fois via des réflexions collectives et par le travail d'observation et d'intervention qu'il assure au CEID, Christophe en est arrivé à prendre parti sur la question des SCMR : **« Les salles de consommation, d'un point de vue RdR**

(Réduction des Risques), me semblent être un outil qui permettrait d'avoir un cadre protecteur pour l'utilisateur et pour le professionnel. »

D'APRES VOUS EN QUOI EST-CE UNE REPONSE APPORTEE AUX USAGERS ?

« Je pense que c'est une marche supplémentaire dans l'échelle de la bonne pratique du matériel de consommation, que c'est également un outil d'accès au soin, un lieu pour ceux qui s'injectent dehors, un endroit plus rassurant par rapport aux riverains qui se retrouveraient moins confrontés aux scènes ouvertes. Et pour les professionnels, ça nous permettrait de saisir des usagers qu'on a pas (au CAARUD). »

Au cours de la discussion, Christophe me précise qu'il a contribué à l'élaboration du projet de bus d'injection supervisée proposé par le CEID à titre expérimental en 2012 (expérimentation qui n'a pu voir le jour pour l'instant).

« Tous les gens qui consomment à Bordeaux ne vont pas au CAARUD. Notamment parce que pour certains le CAARUD représente la consommation de drogues associée à la précarité. De même que pour les salariés qui consomment, les horaires du CAARUD ne sont pas compatibles avec des usagers qui bossent. »

Lorsque je lui demande quels seraient d'après lui les points faibles et les freins à l'implantation de SCMR, Christophe me répond qu'avant de penser à une ouverture *« il faut faire tomber les représentations des usagers de drogues et de l'injection en particulier auprès des riverains, mais aussi de certains professionnels. »* Concernant le fonctionnement de la salle en elle-même, il évoque les difficultés à répondre de manière adaptée à un usager qui voudrait s'injecter alors même que le risque d'overdose semble inévitable.

On poursuit sur les points faibles de ces SCMR, Christophe me souligne que d'après lui, il faut être clair avec les objectifs visés par l'ouverture de ces salles. *« L'objectif premier n'est pas d'entrer dans le soin à tout prix. Si c'est ce que l'on vise ça va embêter plein de gens. Ce n'est pas la solution miracle : la salle n'est pas adaptée à tout le monde et tout le monde n'y est pas adapté. Il ne faut pas trop fantasmer sur les salles de conso et y mettre des objectifs trop importants. L'objectif ne doit pas non plus être celui d'avoir une file active importante. »*

QUE PENSEZ-VOUS DE L'EXPERIMENTATION D'UNE SALLE DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE A PARIS ?

« ...c'est pas encore ouvert !!... »

Christophe évoque les difficultés et les enjeux politiques qui se jouent à l'heure actuelle autour de l'ouverture de cette salle, l'excès de médiatisation qui retarde l'ouverture par peur pour les élus de « faire un faux pas ».

Concernant l'expérimentation en elle-même, il me souligne que *« faire une salle là où elle est, c'est bête. Ils auraient dû faire des unités plus petites...S'il y a rien dans une ville, tu n'ouvres pas un grand truc avec un nombre de places comme celui là, tu ouvres d'abord des plus petites unités et si elles sont fréquentées, tu peux ouvrir plus grand. Ensuite est-ce*

que le lieu est pertinent... ? » Selon lui, proposer un grand nombre de places d'emblée est « peu pertinent car, sur le long terme, il se peut que seuls des habitués la fréquentent, contrairement à des petites unités. »

Lorsque je lui demande si après cette expérimentation il s'avérerait qu'il n'y a pas tellement d'intérêt à ouvrir de tels espaces en France, Christophe me répond : *« ça ne peut pas ne pas en apporter. C'est une expérimentation, donc les objectifs se feront a posteriori. Encore une fois, tout dépend de ce qu'on évalue : on peut évaluer le nombre de gens qui passent, la diminution des risques somatiques, du nombre d'overdoses...si on évalue la transmission du VHC ou du VIH ça ne donnera pas de résultats. »*

QUE PENSEZ-VOUS DES EXPERIENCES INTERNATIONALES SUR CE THEME ?

Christophe a eu l'occasion d'aller à Barcelone, visiter les différents dispositifs de SCMR.

Il me parle de ces différentes structures. Je lui demande ses impressions et s'il pense que ces structures pourraient s'implanter en France.

« Il y a d'abord une petite salle, adossée à une salle où a lieu la délivrance de méthadone, dans un établissement médical, qui comprend aussi des unités de psychiatrie et de gériatrie. Il y a un box par personne, toujours des professionnels présents et c'est surtout une occasion de discuter. Ça m'a semblé très sanitaire, très encadré. Il y en a une autre dans une zone plus ...trash de la ville, dans un préfabriqué, avec 10 ou 12 places, donc 10 ou 12 personnes qui peuvent s'injecter en même temps. Ça semblait un peu plus archaïque. Ensuite, à un autre endroit de la ville, il y a une salle par quartier. Dans les deux derniers cas, ça répondait à des besoins : pour la première grande salle, c'est à côté d'un jardin public où des enfants viennent en journée et des toxics le soir, pour la deuxième, c'est un dispositif plus global avec une répartition sur le territoire où tu as surtout des riverains immédiats. Enfin, la dernière structure est un bus à côté d'une autoroute, pas loin d'une zone de deal, c'est plus récent, peu fréquenté encore. »

On aborde alors les limites de ces dispositifs : *« qu'est ce que tu fais après que l'utilisateur ait consommé ? Dans certaines salles les usagers sont évalués un peu avant et un peu après. Il ne faut pas que la salle devienne un chill-out. »*

Concernant Bordeaux, Christophe pense qu'une unité mobile serait plus pertinente, car *« on a un public qui bouge, qui n'est pas statique dans une zone. De plus, il y a beaucoup d'injecteurs de médicaments donc non contraints à des scènes de vente. Et puis pour les usagers que l'on ne connaît pas, qui ne fréquentent pas le CEID, souvent des vieux injecteurs, plutôt que de leur proposer une structure médicale, un dispositif mobile permettrait de prendre le temps avec eux. »*

Quand je lui demande pourquoi à son avis la France accuse un grand retard sur le sujet des salles de consommation Christophe me répond : *« Parce que peut-être en France on est plus confus que dans d'autres pays. Il y a plusieurs problèmes : les gens qui gouvernent sont très éloignés du monde réel, les drogués ne votent pas pour la grande majorité, et puis le*

tabou sans nom et sans faille de l'injection. Même auprès de certains professionnels qui disent ne pas avoir de problème avec l'injection, l'approche est encore très médicale, c'est compliqué d'oublier que c'est un acte banal pour l'injecteur. »

L'entretien touche à sa fin, à la surprise de Christophe « ...déjà ?...j'ai sûrement dû oublier de parler de quelque chose... », on continue un peu la conversation. Je lui dis que depuis que je me suis intéressée à cette question, j'ai été étonnée que le sujet des salles de consommation à moindre risque ne fasse pas consensus au sein des équipes travaillant en addictologie. « *Il y a plusieurs choses qui font consensus : il y a de la consommation sur les sites (comme le CAARUD du CEID), on est tous d'accord pour dire que c'est pas terrible notamment compte tenu des conditions sanitaires, d'accord aussi pour dire que nos injonctions sont paradoxales, on délivre du matériel et puis l'utilisateur repart puisqu'il est interdit de consommer dans CAARUD ou les CSAPA...Il serait peut-être plus simple d'avoir un lieu dédié dans le centre...* »

Je remercie Christophe pour le temps qu'il m'a accordé et retourne au centre Planterose.

ENTRETIEN AVEC :
MARIE, INFIRMIERE DIPLOMEE D'ETAT

Date : 18 Juin 2013

Lieu de rencontre : centre Planterose

Son rôle au CEID :

Marie travaille en tant qu'infirmière à la fois au CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et au CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues) depuis deux ans.

Concernant son activité au CSAPA, Marie est en charge de la délivrance des traitements de substitution et par là de la surveillance des posologies, des effets indésirables et de l'efficacité de ces mêmes traitements ; elle est donc en première ligne pour faire le lien avec le médecin addictologue qui pourra proposer une adaptation de la posologie. Elle fait également des entretiens avec les usagers et s'occupe de l'accompagnement des personnes infectées par le virus de l'hépatite C en collaboration avec l'hépatologue du CEID, et de l'animation d'un programme d'éducation thérapeutique autour de l'hépatite C. Elle est en charge des soins infirmiers et participe aux mesures de réduction des risques.

Concernant son activité au CAARUD, elle est essentiellement tournée vers la réduction des risques : distribution de matériel, conseils et éducation à l'injection. Marie est également présente sur le bus : unité mobile qui assure les Programmes d'Echange de Seringues. Elle assure aussi les tests de dépistage et les soins infirmiers.

Avant d'entrer au CEID, Marie travaillait en milieu hospitalier dans des services de soins généraux. Elle ne connaissait pas particulièrement la population des usagers de drogues, mais avait pu se rendre compte que **« l'accueil et la prise en charge en soins généraux étaient pitoyables pour ces patients »**. Elle a répondu à l'offre d'emploi du CEID pour lequel elle peut aujourd'hui assurer une prise en charge paramédicale et médicosociale.

POURQUOI VOUS INTERESSEZ-VOUS AUX SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE
RISQUE ? COMMENT EN ETES-VOUS ARRIVE A VOUS POSITIONNER SUR CETTE
QUESTION ?

« Parce que je pense que c'est le maillon défaillant dans notre travail ».

Je lui demande de préciser, elle m'explique effectivement que :

« Dans l'accompagnement tout au long du parcours des toxicomanes, c'est le maillon manquant : on donne les bons conseils, le bon matériel et on les laisse repartir avec ça dans la rue pour beaucoup. On sent qu'il manque une case pour avoir le sentiment de faire un travail abouti, de répondre aux besoins des usagers de drogues. »

Quand je lui demande comment elle en est arrivée à se positionner sur le sujet des salles de consommation, Marie me répond que l'équipe se questionne sur ces espaces car **« certains**

usagers consomment à l'intérieur des locaux. On a décidé d'en parler, de voir ce qu'on pouvait proposer sans sanctionner. Et il manque une structure adaptée.»

Marie me souligne que bien qu'étant d'avis qu'un espace pourrait être intégré au sein du CEID, dans le cadre du CSAPA comme du CAARUD, **« sur un plan pratique c'est pas possible, il ne faudrait pas empiéter sur les autres espaces. »** Elle ajoute cependant que cette question ne fait pas consensus auprès de l'ensemble de l'équipe pour l'instant et qu'une concertation devrait se faire avec les usagers avant d'intégrer un tel espace au sein du centre.

D'APRES VOUS EN QUOI EST-CE UNE REPONSE APPORTEE AUX USAGERS ?

L'ouverture de salles de consommation pourrait être une réponse selon Marie car elle offrirait : **« Un lieu propre, qui ne serait pas partagé par la population générale, comme les toilettes publiques. Et puis la présence de professionnels qui apportent l'écoute, les conseils, la réduction des overdoses, le testing des produits...globalement un sentiment de sécurité. »**

On aborde ensuite, les éventuels besoins auxquels les salles de consommation ne pourraient pas répondre : **« Oui, il y aura toujours des gens qui s'injectent seuls dans la rue ou chez eux. »** Elle évoque l'intimité du geste lié à l'injection et la volonté de certains usagers de ne pas être entouré et encadré.

Je lui demande ensuite quels inconvénients ou point faibles pourrait-elle trouver à l'ouverture de salles de consommation à moindre risque. Spontanément, Marie n'en voit pas, mais **« il y a la problématique de l'implantation des salles, qui peuvent générer des trafics aux alentours, et celle de l'acceptation par les riverains. »**

QUE PENSEZ-VOUS DE L'EXPERIMENTATION D'UNE SALLE DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE A PARIS ?

« C'est bien, mais pas suffisant, on ne va pas pouvoir tirer des résultats d'une seule expérimentation, dans un seul quartier. Les produits consommés sont différents dans chaque ville de France, et les publics concernés ne sont pas les mêmes. A Bordeaux, par exemple, on a un public très jeune, la prise en charge devrait se faire dès le début de la consommation intraveineuse. »

« Mais bon, c'est déjà ça ! »

Je demande alors à Marie quelle serait sa réflexion si suite à cette expérimentation, les résultats n'étaient pas si positifs. **« Comme on l'a dit, c'est une seule expérimentation, ça sera difficile de tirer des conclusions. Quand on voit les retours d'expériences à l'étranger, dans des pays proches et pas si éloignés de nous culturellement, ça ne peut pas ne pas marcher.»**

Marie me raconte qu'elle a été visiter des structures à Barcelone, je lui demande si elle pense que la même chose pourrait être adapté en France :

« On a vu trois types de structures : une micro-salle dans le CSAPA, accolée à la salle de délivrance de la méthadone, c'est pas incompatible, une salle à part, pour ça c'est simple, je ne vois pas quelles pourraient être les entraves à part sur un plan politique, sur le plan technique c'est simple, et le bus, où il n'y a pas encore beaucoup d'usagers, c'est ouvert depuis peu. »

Je lui demande alors quels sont les profils des usagers qui fréquentent les différents dispositifs de Barcelone. Marie me souligne que la visite eu lieu en dehors des heures d'ouverture des salles, mais **« de ce qui m'a été dit, c'est plutôt un public précaire, à la rue. Les structures ont été implantées dans des lieux historiquement connus pour être des lieux de consommation, de deal. Mais plus occasionnellement, des gens insérés viennent entre midi et deux ou le soir. »**

Lorsqu'on aborde la question de l'ancienneté des consommations des usagers, Marie me dit qu' **« il y a aussi des primo-injecteurs qui se présentent, qui s'apprêtent à s'injecter pour la première fois, avec une demande de conseils et d'accompagnement .»** Je lui demande alors quelle est la réponse qu'apportent les professionnels. **« L'idée c'est toujours de proposer une alternative comme le sniff ou de fumer, de repousser au max le passage à l'injection sans être draconien. »**

En discutant de ce qu'elle trouve positif dans ce type de structures, elle me dit qu'elles **« favorisent le repérage des personnes vulnérables, à risques. »**

En poussant un peu la conversation, on arrive à discuter de certains profils d'usagers, comme les femmes enceintes qui souhaiteraient venir dans une salle de consommation. **« Même si c'est limite aux yeux de la loi, de la morale ou de l'éthique, c'est un moyen pour entrer en contact. De toute façon, si elles ne le font pas là, elles le feront ailleurs...qu'est ce qui est pire ? »**

Enfin, je lui demande, qu'est-ce qui, selon elle, expliquerait le retard qu'on peut avoir sur ce sujet en France. Marie me dit qu'elle n'a pas trop d'idées mais que **« comme tous les sujets qui frôlent les questions d'éthique comme le don d'organes, le mariage pour tous, les PMA (Procréations Médicalement Assistées)...on est toujours un peu frileux en France. »**

L'entretien touche à sa fin, je remercie Marie pour le temps qu'elle m'a accordé et nous retournons à l'accueil du CEID.

ENTRETIEN AVEC :
ANAÏS, INFIRMIERE DIPLOMEE D'ETAT

Date : 03 Juillet 2013

Lieu de rencontre : centre Planterose

Son rôle au CEID :

Anaïs est infirmière et travaille depuis deux ans au CEID après y être passée en tant que stagiaire ; c'était un vrai projet professionnel que de travailler pour cette association. En effet, Anaïs me souligne que pour elle, il était primordial d'être dans une structure à la fois médicale et psychosociale, « **sans blouse blanche.** » Quant à la population des toxicomanes, c'était là aussi pour elle un intérêt que de travailler auprès d'un public précaire avec des problématiques d'addictions et dans une structure qui permettait « **une prise en charge globale qui ne se fait nulle part ailleurs.** »

Anaïs m'explique dans les grandes lignes ses missions à la fois au CSAPA et au CAARUD. Elle assure notamment la gestion des traitements de substitution, la prévention, le dépistage et les soins somatiques des usagers, participe au suivi des patients infectés par l'hépatite C. Elle accompagne les usagers dans leurs sevrages, et également présente sur le bus de programme d'échange des seringues et lors de soirées pour des missions de prévention. Anaïs propose également une formation aux premiers secours aux usagers dans le cadre de demi-journées thématiques.

POURQUOI VOUS INTERESSEZ-VOUS AUX DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE ?
COMMENT EN ETES-VOUS ARRIVE A VOUS POSITIONNER SUR CETTE QUESTION ?

« **Parce que c'est une question d'actualité, médiatique oui, mais au quotidien pour nous.** »

Anaïs a eu l'occasion de participer à des journées d'information sur ce sujet. « **Quand ils nous parlent des conditions d'injection, je me dis qu'il faut un endroit adapté, c'est l'étape suivante pour accompagner. Il ne s'agit pas d'inciter mais d'aller dans la continuité, c'est un service supplémentaire à celui de la distribution de matériel.** »

En tant qu'infirmière, Anaïs est amenée à délivrer du matériel aux usagers mais aussi à assurer des soins souvent en rapport à des dommages liés à l'injection. « **Ça se voit que les injections ne sont pas faites dans des conditions d'hygiène et d'asepsie.** »

Anaïs me souligne que c'est pour elle une réelle implication professionnelle que de militer pour l'ouverture de salles de consommation à moindre risque. Mais elle remarque que cette volonté lui est personnelle. « **Après chacun se sent plus ou moins à l'aise. L'injection ne me dérange pas.** » Je lui demande si elle accepterait de travailler dans un espace de consommation « **Oui, je m'y impliquerai au même titre que les autres missions. Il ne faudrait pas non plus que tout tourne autour des salles de conso.** »

Anaïs me raconte qu'elle a eu l'occasion d'intervenir sur un squat bulgare, dans le but d'y promouvoir l'utilisation des Sterifilt®. Elle m'explique que la population bulgare qui

fréquente le CAARUD n'utilise que très peu de filtre, alors qu'ils injectent en grande partie du Subutex®. *« Il y a encore tellement de boulot à faire. »* Quand je lui demande ce qu'elle entend par là, elle me raconte comment s'est déroulée la visite au squat. *« On avait demandé à un bulgare qui utilisait le Sterifilt® de montrer aux autres comment il faisait. Il y avait 5 ou 6 autres personnes qui se sont injectées pendant qu'on était là...aucune n'a utilisé le Sterifilt®. J'ai pu assister à la préparation de l'injection, et les voir s'injecter. J'ai même accompagner un des usagers qui voulait s'injecter et qui ne trouvait pas de veine. J'ai bien vu que c'était pas le cadre idéal. »* Quand je lui demande ce qu'elle a ressenti au moment où elle est intervenu pour que cet usager puisse s'injecter correctement, elle me dit *« ça ne m'a pas dérangé. C'était une des premières fois où je voyais quelqu'un s'injecter, c'est quand même un peu perturbant. Je ne savais pas trop ce que je faisais là, je ne m'étais pas préparée à ce qui allait se passer. »* Anaïs me raconte qu'en fait c'est plutôt après coup, en discutant avec d'autres professionnels qu'elle a réalisé que ce n'était pas si évident pour ses collègues, tous ne seraient pas intervenus. *« S'il y avait une salle je serais beaucoup plus à l'aise pour conseiller, accompagner...et de sentir que ça suit (auprès de l'équipe). Pour l'instant c'est un peu clandestin, j'ai un peu l'impression de faire cavalier seul. »*

Ce qui semble intéresser Anaïs dans l'opportunité d'ouvrir des salles de consommation, c'est de *« pouvoir être présente de la préparation à l'injection, et même après l'injection. Ça ne doit pas être juste un lieu de passage pour s'injecter, mais un endroit où on accompagne l'injection et l'après injection. C'est pour ça qu'il y a un motif à appeler ça des salles de consommation et pas d'injection. On encadre l'injection.»*

D'APRES VOUS EN QUOI EST-CE UNE REPONSE APPORTEE AUX USAGERS ? A QUELS BESOINS POURRAIENT-ELLES REpondRE OU NE PAS REpondRE ?

« Ce n'est pas un besoin pour tous. La consommation c'est personnel et très intime, l'injection notamment. Ça ne conviendra pas à tout le monde, je ne suis pas sûre qu'on récupère tout le monde. Même si je suis persuadée de l'intérêt, ça ne pourra pas être le lieu unique d'injection. »

On aborde les freins qui, selon elle, ralentissent l'implantation de ces salles de consommation en France. *« C'est pour des enjeux politiques que ça freine. Le problème vient de notre politique sur les drogues, il y a tellement de répression. D'ailleurs, est-ce que les gens n'auraient pas peur de venir consommer dans une salle ? Et vu la manière dont sont perçus les toxicos, souvent les gens ont peur. Et ça peut mettre à mal notre santé publique. Il y a une nécessité à ce qu'il y ait un engagement politique et un message clair. La politique actuelle renforce les représentations négatives des usagers de drogues par les français. Si le discours était plus rassurant peut-être que ces salles seraient plus facilement implantées.»*

Quand je demande à Anaïs quels seraient, d'après elle, les points forts de ces SCMR, elle me répond : *« Ce sont des conditions adaptées à une consommation à moindre risque. Et puis c'est reconnaître la problématique, accepter que les usagers de drogues ont besoin de cette salle. »* Je lui demande ce qu'elle entend par « problématique » : *« Et bien, l'existence d'injecteurs...pour n'importe quel problème somatique ou psychique on propose quelque*

chose. Ça serait un pas en avant par rapport au CAARUD...ce public existe et n'a pas actuellement les conditions idéales pour injecter. J'en ai marre de voir des usagers avec des bras défoncés...»

Quant aux points faibles : *« L'ouverture d'une salle regroupera surement du monde autour...c'est un autre endroit où il peut potentiellement y avoir du trafic. C'est déjà un peu le cas au CAARUD. »* Anaïs évoque aussi le fait *« de se limiter à une seule manière de consommer »*, et par là de laisser un peu de côté les autres modes de consommation de drogues et donc les autres usagers.

QUE PENSEZ-VOUS DE L'EXPERIMENTATION D'UNE SALLE DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE A PARIS ?

« C'est bien, c'est une expérimentation, mais on avance ! Il faut attendre les retours, savoir si c'est pertinent. »

Justement, j'évoque avec elle d'éventuels résultats négatifs quant à cette expérimentation, et si cela pourrait changer son point de vue : *« J'y croirai toujours, je ne conçois pas que ça ne marche pas. On a le même public, les mêmes problématiques que dans d'autres pays européens où ces salles existent. Si ça ne marche pas, je pense qu'il faut revoir notre politique, et puis il faut laisser aux gens le temps de venir, d'avoir confiance. Si ça ne marche pas, il faudra continuer mais proposer différemment. »*

QUE PENSEZ-VOUS DES EXPERIENCES INTERNATIONALES SUR CE THEME ?

Anaïs m'explique que bien qu'elle n'ait pas encore eu l'occasion d'aller visiter des structures de consommation à moindre risque à l'étranger, elle a pu assister à des formations, des journées thématiques, et voir un film sur la salle de Barcelone.

Je lui demande si selon elle, de tels dispositifs pourraient être adaptables en France. *« Pour Bordeaux, ce serait plus judicieux qu'il y ait un bus, un dispositif mobile, car il n'y a pas d'endroit repéré comme des scènes ouvertes. Dans une ville comme Paris, il pourrait y avoir les deux (une salle fixe et une unité mobile). Il ne fait pas penser pour toute la France, mais en fonction des villes. De même, qu'il n'y en aura pas dans toutes les villes...De toute façon il faut demander aux usagers. Il faudrait qu'il y ait un comité ou un groupe d'usagers pour discuter avec les professionnels. Il faut essayer de monter ça avec eux ! C'est pas un projet qui se monte entre professionnels. »*

L'entretien est terminé, je remercie Anaïs pour le temps qu'elle m'a accordé et nous retournons à l'accueil du CAARUD.

ENTRETIEN AVEC : BRIGITTE, MEDECIN ADDICTOLOGUE

Date : 03 Juillet 2013

Lieu de rencontre : centre St Pierre

Son rôle au CEID :

Brigitte est médecin généraliste addictologue et travaille depuis 2009 au centre Planterose du CEID, à la fois au CSAPA où elle est responsable de l'unité méthadone et au CAARUD dont elle est également la directrice.

En tant que médecin, Brigitte assure les suivis addictologiques des usagers et réalise les évaluations somatiques et psychiatriques des patients qu'elle rencontre. Elle est médecin généraliste spécialiste de la précarité et des usages de drogues, et par là des dommages liés à l'injection.

C'est après avoir fait une vacation avec l'association Médecins du Monde auprès de personnes précaires qu'elle a souhaité travailler avec la population des usagers de drogues.

En sa qualité de directrice du CAARUD elle décide, avec son équipe, des grandes orientations des services de réduction des risques que propose le centre.

POURQUOI VOUS INTERESSEZ-VOUS AU SUJET DES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE ? COMMENT EN ETES-VOUS ARRIVE A VOUS POSITIONNER SUR CETTE QUESTION ?

« C'est avant tout le cheminement d'une réflexion. Et lié aux constats que nous donnent à voir les usagers : les dommages liés à l'injection, comme les abcès, les contaminations au VIH et au VHC, mais aussi le fait que, dans les structures, les gens s'injectent, souvent à l'abri des regards. Et puis ce que disent les usagers sur leurs pratiques, on se rend compte qu'il y a une méconnaissance des gestes techniques, des prises de risques majeures, une méconnaissance sur l'utilisation du matériel...et les conditions sanitaires dans lesquelles ils font leurs injections sont, pour la plupart, médiocres. »

D'APRES VOUS EN QUOI EST-CE UNE REPONSE APPORTEE AUX USAGERS ?

« C'est une avancée dans la réduction des risques. En plus d'échanger du matériel, on donne la possibilité aux usagers de venir s'injecter dans de meilleures conditions. »

Je demande à Brigitte quels seraient, selon elle, les points forts de ces salles de consommation : *« D'après l'expertise INSERM, ces salles permettent un meilleur accès aux soins, une diminution des abcès, un meilleur accès au dépistage. Et puis il n'y pas d'augmentation des pratiques d'injection. Et là où il y a des scènes ouvertes, il y a une diminution des nuisances publiques. »*

Pour les points faibles, Brigitte évoque *« d'éventuelles nuisances publiques pour la voisinage de la salle. »* Elle insiste aussi sur un autre aspect : *« Par contre, il ne faut pas considérer que c'est parce qu'on a ouvert une salle de consommation qu'on a tout fait en RdR. Il faut penser à d'autres programmes comme Break the cycle, les alternatives à l'injection... Toutes les villes et toutes les structures ne vont pas avoir une salle, et vont devoir trouver des alternatives aux salles, comme la possibilité d'ouvrir des unités d'injection dans les CSAPA et les CAARUD. »* Brigitte me raconte qu'elle a pu aller visiter les SCMR à Barcelone ; *« Les espaces de consommation dans ces structures, c'est quelque chose auquel il faudrait réfléchir. »*

Pour ce qui est de savoir si ces salles peuvent répondre aux besoins des usagers ou non, Brigitte me dit : *« Il y aura toujours des usagers qui n'iront pas dans cette salle, car ils sont trop marginalisés. Et puis, il y a des pratiques à risques qui ne sont pas nécessairement liées à l'injection, comme le fait de faire des mélanges par exemple...ça ne répondra pas à tout. Ça va être un outil en plus, ce n'est pas le chaînon manquant, parce qu'il en manque toujours... »*

QUE PENSEZ-VOUS DE L'EXPERIMENTATION D'UNE SALLE DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE A PARIS ?

« C'est bien qu'il y ait une expérimentation...Dommage qu'il n'y ait qu'un lieu. Du coup il y a une cristallisation sur ce lieu, c'est compliqué politiquement. »

Brigitte évoque le projet élaboré par le CEID de créer une unité mobile de consommation à moindre risque. *« A Bordeaux, un bus répond à des nécessités locales : il n'y a pas vraiment de scènes ouvertes, il faut s'adapter aux réalités du terrain, sans stigmatiser un endroit. »*

Je demande à Brigitte ce qu'elle penserait si les résultats de l'expérimentation étaient négatifs. *« Je ne vois pas dans quelle mesure ça ne pourrait pas marcher. Les expérimentations internationales montrent que là où il y a des scènes ouvertes ça marche. Je pense que ça va être un plus. »* Elle m'explique que si les résultats n'étaient pas concluants, elle ne changerait pas d'avis sur la question : *« je penserais que le projet de départ n'est pas en accord avec les besoins. »*

QUE PENSEZ-VOUS DES EXPERIENCES INTERNATIONALES SUR CE THEME ?

Brigitte me raconte qu'elle a pu voir, mais seulement de l'extérieur, la salle qui existe à Genève : *« tout ce que j'ai vu c'est qu'il n'y avait pas de nuisances publiques autour de la salle. »*

Elle a également été voir les structures de Barcelone : *« On voit comment ça peut fonctionner de façon pratique. »* Elle a pu visiter trois types de structures : *« Une salle de conso à moindre risque là où il y avait des scènes ouvertes, un espace de conso dans un CSAPA et un bus. »*

Puis la discussion continue sur les espaces de consommation au sein des CSAPA et des CAARUD, selon elle, cet espace serait compatible avec ces structures. « *Sur le CSAPA peut-être plus quelque chose qui reprendrait un projet type AERLI, puisqu'on a des demandes par rapport à des techniques d'injection.* » Brigitte m'assure qu'elle inciterait les usagers à y venir « *car il y a beaucoup de dommages liés à l'injection.* »

Je lui demande maintenant qu'est ce qui pourrait expliquer le retard sur cette question des SCMR en France : « *On n'est pas assez pragmatique dans nos réponses de RdR...il y a des dommages, comment faire avec ?* » « *Je mets ça sur le même plan que le mariage pour tous, les PES en milieu carcéral...En France on réfléchit trop au sens de tout, on complique tout. On s'arrête aux réticences idéologiques et pas pragmatiques.* »

L'entretien touche à sa fin, je remercie Brigitte pour cet échange et nous allons en réunion.

ENTRETIEN AVEC :
AGNES, EDUCATRICE DE RUE

Date : 12 Juillet 2013

Lieu de rencontre : centre St-Pierre

Son rôle au CEID :

Agnès est éducatrice de rue depuis treize ans au CEID. Elle assure un travail de rue, est présente sur une salle culturelle à Bordeaux et également sur le bus de Programme d'Echange des Seringues. Elle travaille également autour d'un projet récemment expérimenté par le CEID qui cible les jeunes en errance.

QUEL EST VOTRE AVIS SUR LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE ?
COMMENT EN ETES-VOUS ARRIVEE A VOUS POSITIONNER SUR CETTE QUESTION ?

Agnès m'explique qu'elle a toujours été une fervente partisane de la Réduction des Risques : *« et pourtant à mes débuts à Planterose, la RdR c'était pas gagné. J'étais la plus RdR à l'époque...et pourtant sur ce sujet j'ai un avis ambivalent. Les salles de conso, là où il y a des scènes ouvertes, ou sur des lieux consacrés à la consommation ou au deal et où il y a des seringues un peu partout, là oui, je trouve que ça a son intérêt. A Bordeaux, il n'y a pas de scènes ouvertes. »*

Agnès poursuit : *« L'injection c'est quelque chose de très intime, qui ne se partage pas avec tout le monde. Des salles vouées à l'injection, oui, pour les plus précaires, ça peut permettre d'éviter des nuisances publiques. Mais ceux qui s'injectent avec des amis, en squat, je pense qu'ils ne viendront pas, ils n'ont pas envie de partager ça avec des professionnels. Les professionnels ont envie d'aller vers ces usagers, mais est-ce que les usagers en ont envie ? Ils ont envie d'aller vers les populations les plus cachées... Je trouve que c'est pas la place des professionnels. Y'a quelque chose qui me dérange, qui est de l'ordre de l'intime. »*

On évoque avec Agnès toute la difficulté de la politique actuelle de la lutte contre la drogue et la toxicomanie. Elle me souligne, au sujet de l'ouverture de ces SCMR : *« Ça me pose d'autres interrogations, d'autres problèmes...On est actuellement dans une totale répression sur le cannabis, c'est tolérance zéro. Voilà, j'entends aussi les deux discours : tolérance zéro d'un côté et ouverture d'une salle d'injection de l'autre. Pour les salles d'injection si l'argument c'est la nuisance publique, ok, on parle là de grands précaires. Mais l'argument c'est pas celui là, c'est de toucher une population cachée. »*

LE PROJET DU CEID ETAIT DE DEVELOPPER UN BUS QUI IRAIT A LA RENCONTRE DES USAGERS ET DANS LEQUEL ILS POURRAIENT FAIRE LEURS INJECTIONS ? QU'EN PENSEZ-VOUS ?

« Le bus, c'est moins stigmatisant. Comme c'est mobile ça ne stigmatise pas un endroit. Et puis il y a davantage de possibilités d'ajuster son intervention au lieu qui pose problème. »

QUE PENSEZ-VOUS, CETTE FOIS, DE CREER DES ESPACES DE CONSOMMATION AU SEIN DES STRUCTURES CSAPA OU CAARUD ?

« Pour moi c'est toujours un lien entre les grands précaires et les nuisances publiques. Oui, si ça se passe aux alentours du CAARUD, pour ceux qui ne peuvent pas faire autrement. »

Je demande à Agnès ce qu'elle entend par « grands précaires » : *« Ceux qui ne sont pas en squat, les gens comme X qui vit sous un pont, ou ceux qui sont tellement nombreux dans leur logement, ... ceux qui sont vers le parking Victor Hugo, qui sont à la rue, vraiment. C'est différent des squats, par exemple un des derniers squats qu'on a ouvert, on a pu aménager un espace de récupération de matériel. En fait je fais le distinguo entre un squat organisé et...des trucs plus trashes. »*

On continue un peu la conversation, sur les différents dispositifs qui pourraient être mis en place : *« Il faut donner un sens aux choses, se poser les bonnes questions. »*

L'heure tourne, Agnès doit déjà filer. Je la remercie pour le temps qu'elle a bien voulu m'accorder, elle qui ne passe souvent qu'en coup de vent à Planterose, et d'avoir partagé sa vision des choses avec moi.

ENTRETIEN AVEC : OLIVIER, PSYCHOLOGUE

Date : 10 Juillet 2013

Lieu de rencontre : centre St-Pierre

Son rôle au CEID :

Olivier est psychologue, psychothérapeute au centre St-Pierre rattaché au CSAPA du CEID. Il y travaille depuis vingt-et-un ans, et assure les suivis thérapeutiques des patients.

Olivier m'explique que ce poste a été le premier de sa carrière professionnelle.

QUEL EST VOTRE AVIS SUR LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE ? COMMENT EN ETES-VOUS ARRIVE A VOUS POSITIONNER SUR CETTE QUESTION ?

« Ce sont des approches vis-à-vis desquelles je n'ai pas encore de recul mais j'ai quand même un avis : ça nécessitera de la part du personnel beaucoup de professionnalisme, un personnel très qualifié, mais aussi...qu'on prenne soin de ce personnel. Ce que je vois dans le milieu des addictions, c'est que ça se joue sur les émotions, plus on est en première ligne, plus il est important qu'il y ait des supervisions. Si c'est un lieu qui est bien pensé, encadré, c'est un paradoxe qui peut devenir aidant...mais il peut devenir tuant. Il ne faut pas que nous, on soit dans le paradoxe. »

QUE PENSEZ-VOUS DE LA CREATION D'ESPACES DE CONSOMMATION AU SEIN DES STRUCTURES CSAPA OU CAARUD ?

Olivier me dit que sur cette approche là, il est bien plus réservé : *« Il y a quand même une promiscuité avec les gens avec lesquels on travaille, ce sont des gens pris par l'environnement, qui sont beaucoup sous influence. A ce titre la promiscuité (dans ces espaces réservés) pourrait suggérer un paradoxe pour le patient et un paradoxe non aidant dans ce cas. Ce que l'on a à proposer c'est un lieu sécurisé. On touche à l'essentiel, ce sont des gens très insécures. Quand on propose un espace bancal, ça n'est pas sécurisant. J'ai pas de pouvoirs sur ce qu'ils font à l'extérieur...je vois seulement qu'il y a des espaces qu'il faut protéger. Y'a des limites à pas dépasser, et là on les dépasse. »*

LE PROJET DU CEID ETAIT DE DEVELOPPER UN BUS QUI IRAIT A LA RENCONTRE DES USAGERS ET DANS LEQUEL ILS POURRAIENT FAIRE LEURS INJECTIONS ? QU'EN PENSEZ-VOUS ?

« Je sais plus quoi en penser. J'ai l'impression qu'on s'adapte à la demande. »

Je souligne à Olivier que selon les professionnels et l'avis qu'ils ont sur la question des SCMR le choix des mots est différent : les partisans ont tendance à dire que l'on s'adapte à

des « besoins » là où les opposants utilisent le mot « demande ». On discute alors rapidement de la différence entre demande et besoin : « *On touche à l'idéologie, à la philosophie, on touche au mythe personnel, au mythe de chacun...Ce qui est mis en place aujourd'hui, je ne sais pas si c'est pour le bien être de la personne ou des autres autour. Ça n'est pas évident de prendre en charge ces personnes qui vont jouir ailleurs et autrement : ils déstabilisent aussi les professionnels. »*

L'entretien avec Olivier aura été assez court mais suffisant pour m'apporter des éléments de réflexion et des idées de lecture. Je le remercie pour cet échange et nous partons déjeuner.

ANNEXE N°3 : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX USAGERS DU CENTRE PLANTEROSE

OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN

Qui ?

Rencontre avec les usagers injecteurs de drogues du CEID, à la fois du CSAPA (patients sous traitements de substitution) et du CAARUD (usagers bénéficiant des programmes d'échanges de seringues, n'étant pas dans une démarche de soins)

Pourquoi ?

Appréhender les pratiques des usagers et les raisons pour lesquelles ils viennent au CEID.

Recueillir leurs avis sur les SCMR.

Evoquer un éventuel espace de consommation au sein du CEID ou dans une structure annexe et relever leurs attentes et critiques.

CONDITIONS DE L'ENTRETIEN

Entretien semi-directif : questions ouvertes servant de guide pour (éventuellement) recentrer le thème de la conversation ou évoquer des points qui ne seraient pas abordés spontanément.

Durée : 45 minutes à 1 heure

GRILLE D'ENTRETIEN

« Bonjour, je suis depuis quelques mois en stage au CEID (centre Planterose). Dans le cadre de mon master de Santé Publique, je dois réaliser un mémoire autour d'un thème de mon choix.

J'ai choisi de traiter la question des salles de consommation à moindre risque et tente de comprendre en quoi leur ouverture pourrait répondre aux besoins des UDVI. »

1. Vous vous injectez des produits, pouvez-vous me raconter comment ça se passe pour vous ?

- fréquence des injections / lieux des injections / conditions de l'injection
- partage des seringues
- les effets (positifs et négatifs sur le plan somatique, psychologique, social)
- la satisfaction par rapport à ces services (échanges de seringues etc.)

2. Pourquoi venez-vous au CEID ?

3. Une SCMR à ouvert ses portes à Paris, qu'en pensez-vous ?

- présence de professionnels / quartier de la gare, voisinage proche

4. Le CEID avait pour projet de développer un bus où serait possible l'injection, qui irait directement à la rencontre des usagers, qu'en pensez-vous ?

5. Si vous l'acceptez, pouvez-vous me dire votre :

- Age / situation sociale : hébergement, revenus
- mode d'entrée dans la consommation et types de consommations

6. Clôture de l'entretien

- remarques, questions

Remerciements

ANNEXE N°4 : RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS MENES AUPRES DES USAGERS

ENTRETIEN AVEC : THOMAS, 26 ANS, USAGER DU CAARUD

Date : 08 Juillet 2013

Lieu de rencontre : centre Planterose

Thomas vit en squat depuis quatre ans dans la banlieue proche de Bordeaux. Il occupe seul ce lieu avec ses deux chiens.

VOUS CONSOMMEZ DES PRODUITS, POUVEZ-VOUS M'EXPLIQUER COMMENT ÇA SE PASSE POUR VOUS, LES CONDITIONS DANS LESQUELLES VOUS CONSOMMEZ?

« La plupart du temps, je consomme tout seul, chez moi comme en teuf. Ça dépend des drogues et de la manière de les consommer. La MD je la fume, le speed non, et puis d'autres fois j'injecte. »

Je demande à Thomas s'il peut m'expliquer un peu plus, dans quelles conditions il s'injecte. *« L'injection c'est plutôt seul. Chaque fois, dans le milieu il y a que moi qui fait ça. Ça dépend de qui il y a autour. »* Thomas m'explique que les amis avec lesquels il passe des soirées ne s'injectent pas, et que certains ne préfèrent pas assister à ses injections. *« Mes potes n'aiment pas que je le fasse. »*

Je lui demande s'il dispose toujours du matériel propre pour faire ses injections : *« Non, pas tout le temps. Les rares fois où j'ai pas eu de matériel propre, soit je savais pas que j'allais avoir de la drogue, on me l'a proposé, comme ça...soit c'est parce que je suis chez moi et que j'ai pas assez de matos, alors je réutilise. »* Puisqu'on parle de matériel je demande à Thomas, s'il utilise les filtres, il me dit qu'il utilise ceux en coton, qu'il peut garder après avoir consommé, et récupérer du produit un jour où il en a envie.

On aborde maintenant ce qui l'incite à injecter certaines des drogues qu'il consomme. *« Ben pour l'effet. Avec l'injection, il y a des effets que tu peux avoir que comme ça. C'est l'effet que je recherche, le shoot quoi, que ça vienne d'un coup. »* En insistant un peu sur les effets qu'il recherche, Thomas me dit que les produits qu'il injecte actuellement ont une visée récréative, *« Je fais pas ça pour m'isoler. Je suis pas quelqu'un qui parle beaucoup avec les gens, j'ai besoin de boire ou de me droguer pour me lâcher. »* Je lui demande s'il ressent des effets négatifs pendant ou après l'injection : *« Non, j'ai jamais fait de bad trip. »*

SI UNE SALLE DE CONSOMMATION, DANS LAQUELLE VOUS POURRIEZ FAIRE VOS INJECTIONS, ETAIT OUVERTE A BORDEAUX, EST-CE VOUS PENSEZ QUE ÇA CHANGERAIT QUELQUE CHOSE POUR VOUS ? QUE PENSEZ-VOUS DE CES SALLES ?

« Je me vois mal avoir ma montée dans un truc comme ça, avoir mon délire dans cet endroit. Je crois que je préfère encore les chiottes publiques et avoir mon délire. Dans une salle, t'es conditionné. Je pense que l'effet ne sera pas pareil. »

Thomas me dit qu'il n'est *« pas tellement pour »* ces salles de consommation. Il pense que ces structures peuvent *« faire appel d'air »*, entraîner de nouveaux consommateurs, *« et puis le business autour, c'est inévitable. »*

Par contre, lorsque je lui demande si la présence de professionnels pourrait le déranger, lui qui s'injecte la plupart du temps seul, Thomas me répond qu'il ne serait pas embarrassé par cette supervision.

POURQUOI VENEZ-VOUS AU CEID ? COMMENT AVEZ-VOUS DECOUVERT CETTE STRUCTURE ?

Thomas vient d'Amiens et fréquentait déjà là-bas une structure semblable à celle du CEID de Bordeaux, mais dans laquelle il était possible de dormir et de manger, ou du moins de grignoter.

Il ne se souvient plus tellement comment il a découvert le CEID de Bordeaux. Je lui demande ce qu'il vient y trouver ici : *« J'y viens parce que j'ai que ça à faire, ici les gens je les connais. J'avais rien besoin de faire aujourd'hui, pas besoin de douche, ni de machine à laver... »*

CERTAINES STRUCTURES COMME LE CAARUD VEULENT DEVELOPPER DES ESPACES DE CONSOMMATION, QU'EN PENSEZ-VOUS ?

« Ça serait plus avec les trucs qui font pas effet, comme le Sub ou le Skenan, les drogues de rue quoi. Plus pour ceux qui sont accro au geste et pas à la drogue. » En effet, pour Thomas, il y a deux catégories d'injecteurs distinctes : ceux qui recherchent les effets d'une drogue et ceux qui sont dépendants du geste lié à l'injection, d'après lui les injecteurs d'opiacés appartiennent à cette seconde catégorie. *« Le Sub on se le tanke parce qu'on est accro. »*

Par là, Thomas différencie aussi les usages en fonction des produits utilisés : *« Les opiacés c'est une drogue personnelle, pas pour faire la fête, ni pour parler aux gens. »*

Thomas m'explique que selon lui, ces espaces pourraient avoir un intérêt pour montrer la bonne technique, avec du matériel propre, pour éviter certaines infections. Il me dit que lui n'a eu que très rarement des complications liées à une injection, hormis *« une fois, des poussières, j'ai eu de la fièvre, mais rien de jamais très grave. »*

ET SI UN LIEU, UN BUS PAR EXEMPLE, DANS LEQUEL IL SERAIT POSSIBLE DE FAIRE VOS INJECTIONS, AVEC DU MATERIEL PROPRE ET ENCADRE PAR DES PROFESSIONNELS VENAIT DIRECTEMENT A VOTRE RENCONTRE, EN TEUF PAR EXEMPLE OU PRES DES SQUATS, QU'EN PENSEZ-VOUS ?

« En teuf c'est déjà arrivé, il y avait une grande tente, très basse, tu peux pas voir ce qu'il se passe dessous. »

Thomas me raconte que lorsqu'il a vu cette tente, a priori encadrée par des professionnels de santé, lui, ne s'injectait pas. Il n'y ait donc pas entré, mais aujourd'hui s'il le pouvait *« dans la tente, j'irai, tu sors c'est la teuf. »*

Par contre, concernant le bus qui pourrait s'implanter un peu partout dans la ville, il me dit qu'il s'y rendrait pour déposer les seringues, et récupérer du matériel propre, mais pas pour s'injecter. *« C'est trop voyant pour les flics, après t'es fiché, je préfère être dans un chiotte que dans le bus. »*

L'entretien touche à sa fin, je continue un peu à discuter avec Thomas, et aborde quelques points que je n'avais pas prévus. Thomas me raconte qu'il a pendant longtemps injecté du Subutex® puis a définitivement arrêté. Il est aujourd'hui sous Suboxone® et s'injecte notamment de la cocaïne. Sa première injection, c'est des amis qui l'ont initié, en lui montrant les gestes techniques. Il me dit d'ailleurs que si une salle de consommation avait été disponible à ce moment là et que ses amis lui avaient proposé, Thomas y serait allé.

Je lui dis que dans certaines salles à l'étranger quelques unes permettent de consommer des drogues par d'autres voies, fumée notamment. Thomas fume de la MDMA et même s'il n'est pas contre le principe, m'indique qu'il préfère partager ce moment avec d'autres personnes, et n'aurait pas envie de s'isoler pour consommer.

Je remercie Thomas pour le temps qu'il m'a accordé et l'échange que nous avons pu avoir et nous retournons à l'accueil.

ENTRETIEN AVEC :
ANNE, 50 ANS, USAGERE DU CSAPA

Date : 09 Juillet 2013

Lieu de rencontre : centre Planterose

Anne vit en appartement dans la banlieue bordelaise. Elle a vécu pendant très longtemps en squat ou en camion.

VOUS CONSOMMEZ DES PRODUITS, POUVEZ-VOUS M'EXPLIQUER COMMENT ÇA SE
PASSE POUR VOUS, LES CONDITIONS DANS LESQUELLES VOUS CONSOMMEZ?

Anne m'explique qu'elle est actuellement sous traitement par méthadone gélules et ne consomme plus de produits. Elle a cependant injecté du Skenan® pendant près de vingt ans. Elle accepte de revenir sur cette période de sa vie.

« Je connaissais pleins de gens qui le faisaient. J'ai commencé avec mon copain, dès que j'ai su faire toute seule, je l'ai fait. Au début j'étais à 100 mg par jour, à la fin, c'était une dizaine de cachets de 100 mg par jour, plus alcool et tabac. Au début je me droguais de temps en temps, je ne m'injectais pas, mais j'avais des amis qui le faisaient...c'était légalement faisable, j'ai abusé...c'est pas à cause du médecin. Tu fais plusieurs médecins, plusieurs villes s'il faut, pour le matériel tu vas dans les centres. Tu vas pas bien. Je l'ai fait parce que j'avais pas le choix, même à l'hôpital j'avais envie de rentrer chez moi pour consommer. Des amis ont essayé de mettre des barrières mais tu peux pas, c'est trop fort. »

Je la questionne sur les effets qu'elle recherchait lors de ses consommations : *« ça me donnait un coup de fouet, un peu comme avec la cocaïne, ça me donnait envie de sortir. Le matin tant que je l'avais pas fait, je faisais rien. J'avais l'impression d'être normale, j'imaginai pas vivre sans. »* Anne me raconte qu'après son hospitalisation elle a dû arrêter toutes ses consommations. *« Je me suis dit : je ne me pique plus, je ne fume plus, qu'est ce que je vais pouvoir faire de mes mains ? J'y pense toujours mais ça ne me manque plus. Ça me dérange pas, j'ai des amis qui injectent devant moi. »*

Je reviens avec elle sur les conditions dans lesquelles elle a pu consommer. *« Je l'ai fais partout, dans la gare, sous un duvet, devant le monument aux morts...Quand t'as envie tu shootes n'importe où. Je le faisais à ma façon. Même en squat là où je le faisais, c'était propre. »*

Je la questionne sur d'éventuelles complications liées à l'injection, Anne a fait des poussières.

Je reviens un peu avec Anne sur la manière dont elle a été initiée à l'injection : *« J'ai sniffé pendant très longtemps. On s'est shooté à deux. »* Je lui demande si elle-même a déjà initié quelqu'un : *« J'ai jamais fait un shoot à quelqu'un, c'est trop personnel. »*

SI UNE SALLE DE CONSOMMATION, DANS LAQUELLE VOUS AURIEZ PU FAIRE VOS INJECTIONS A L'EPOQUE, AVAIT ETE OUVERTE A BORDEAUX, EST-CE VOUS PENSEZ QUE ÇA AURAIT CHANGE QUELQUE CHOSE POUR VOUS ? QUE PENSEZ VOUS DES SALLES D'INJECTION ?

« C'est un endroit où tu peux te shooter dans des conditions propres. »

Je lui demande si, à l'époque où elle injectait, elle avait pu aller dans une salle d'injection supervisée, ce qu'elle aurait fait : **« A l'époque, je pense que j'y serais allée, dans une ville que tu connais pas, pour connaître des gens. C'est aussi un bon endroit pour trouver du produit. »**

Elle évoque aussi le fait que ces salles seraient un bon moyen pour que les usagers ne laissent pas trainer leur matériel après leurs consommations.

Je lui demande ce qu'elle pense de l'accompagnement par les professionnels dont il serait question dans les SCMR, notamment sur la question de l'orientation vers un sevrage. **« Ça dépend sur qui tu tombes. Y'en a qui vont accepter de parler pour s'en sortir, d'autres ne demanderont rien d'autre que je viens chez toi parce que j'ai besoin de shooter. »**

Je la questionne sur ce qui pour elle a été une motivation pour arrêter ses consommations : **« Je me suis fait peur et j'ai fait peur aux gens. Je sais pas ce qu'il faut pour arrêter. A part la peur, je sais pas ce qui m'aurait arrêté...oui, la peur de faire peur aux gens, pas de mourir. »**

Anne a été hospitalisée pendant plusieurs mois pour des complications cardiaques et pulmonaires, hospitalisation à la suite de laquelle elle a stoppé toutes ses consommations.

POURQUOI VENEZ-VOUS AU CEID ? COMMENT AVEZ-VOUS DECOUVERT CETTE STRUCTURE ?

« J'ai été une des premières ici. C'était en arrivant à Bordeaux, en 95. »

Anne m'explique qu'elle continue à venir au CEID pour y chercher une ordonnance de méthadone, traitement qu'elle va ensuite chercher en pharmacie. **« Ça m'oblige à sortir. »**

Anne s'est également investie à sa manière pour le CEID : **« Et puis je dessine pour le CEID »**. En effet, elle a étudiée les beaux arts, et met aujourd'hui à disposition ses qualités de dessinatrice pour élaborer les plaquettes d'informations par exemple, comme les livrets d'accueil du CEID.

Elle a également pu partir en Afrique, séjour de rupture proposé par le CEID à des usagers stabilisés dans leurs traitements et leurs consommations.

Je lui demande si elle concevrait un espace réservé à l'injection dans les murs du CEID. Anne me dit que oui, **« il faut avoir des gens pour aider à cadrer, c'est faisable mais si il y a un encadrement, des règles. »** Je lui demande si en tant qu'ancienne consommatrice, elle ne serait pas dérangée par un tel endroit : **« Non, ça ne me tenterait pas. C'est fini pour**

moi...mais j'irais pas aider non plus. Comme je te disais j'ai des amis qui injectent ; ils me demandent si ça dérange pas, si les gens se respectent ça marchera. »

QUE PENSEZ-VOUS DE L'EXPERIMENTATION DE SALLE DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE A PARIS ?

Anne a entendu parler de ce projet, elle me questionne sur le lieu d'implantation de la salle. Je lui dis qu'elle est gare du Nord. « *Gare du Nord ? Ah d'accord, tous les gens de passage vont venir faire un shoot. L'endroit est peut-être pas idéal : c'est un quartier craignos, de passage. Je pense que ça peut être que du positif, mais il va y avoir beaucoup de passage, c'est risqué...* » Elle m'explique qu'elle trouve que le quartier bénéficie déjà d'une mauvaise réputation : « *On met les rebus avec les rebus* ». En parlant des professionnels qui vont y travailler, elle me dit : « *J'espère qu'ils sont armés (pour ouvrir une telle salle).* »

Je lui dis qu'à Barcelone par exemple, un vigile est présent à l'entrée de salle de consommation, vigile a priori très intégré à l'équipe et bien vécu par les usagers. « *Et oui, parce qu'en même temps, si c'est trop fliqué les gens préféreront se shooter ailleurs, par peur d'être dénoncés. J'arrive pas à comprendre comment ça va se faire, il faut voir comment ils font ailleurs.* »

Je lui évoque le projet d'unité mobile de consommation qu'a élaboré le CEID : « *ça c'est moins con, c'est moins dangereux, il y aura moins de monde, donc moins de rassemblement, c'est plus rassurant.* »

L'entretien touche à sa fin. Je remercie Anne pour le temps qu'elle a bien voulu m'accorder, ainsi que d'avoir pu parler librement avec moi d'une période qui est derrière elle.

ENTRETIEN AVEC :
ANTOINE, 31 ANS, USAGER DU CSAPA ET DU CAARUD

Date : 17 Juillet 2013

Lieu de rencontre : centre Planterose

Antoine vit en squat depuis 2 ou 3 mois. Avant ça il vivait en camion.

VOUS CONSOMMEZ DES PRODUITS, POUVEZ-VOUS M'EXPLIQUER COMMENT ÇA SE
PASSE POUR VOUS, LES CONDITIONS DANS LESQUELLES VOUS CONSOMMEZ?

Antoine me raconte qu'il injecte de la cocaïne, pratique qu'il fait le plus souvent dans son squat, *« même si j'ai une chambre, les conditions d'hygiène sont déplorables »*.

Antoine partage son squat avec d'autres personnes, je lui demande s'il réalise ses injections plutôt seul ou entouré : *« Les deux, seul et entouré, seul c'est plutôt quand j'ai un coup de blues. Et puis, quand on galère, vaut mieux s'isoler, reprendre son calme...quand je galère jveux qu'il y ait personne autour de moi, avoir un endroit confiné c'est important. »* Je le questionne sur des éventuels partages de matériel : *« Non, je ne partage pas, je préfère pas prendre la pompe. Une fois j'avais pas mon matériel, je l'ai repris dans mon container, javelisé et chauffé. »*

Je lui demande comment il voit ses consommations : *« Maintenant ça reste festif, quand j'ai l'argent, si l'occas' se présente. »* Je lui demande quels effets il recherche lors de ses consommations : *« Je prends pas de LSD, ni de MD, ni de psychotrope, je me fais des extras de speed ou de cocaïne, pour le côté euphorique, dynamisant et convivial. »*

Je questionne Antoine sur les conditions qui l'ont amené à s'injecter : *« C'était en 2009, et c'était pour essayer de récupérer ma petite copine. J'étais déjà sous métha, mais j'injectais du Skenan que je trouvais à la rue, puis j'ai pu avoir des prescriptions. C'est un ami qui m'a initié, je voulais savoir ce que ça faisait, je prenais déjà du Sken par voie orale ou en sniff, ça s'est très bien passé, j'ai beaucoup aimé malheureusement. J'ai appris très vite à me shooter tout seul. »*

SI UNE SALLE DE CONSOMMATION, DANS LAQUELLE VOUS POURRIEZ FAIRE VOS
INJECTIONS, ETAIT OUVERTE A BORDEAUX, EST-CE VOUS PENSEZ QUE ÇA
CHANGERAIT QUELQUE CHOSE POUR VOUS ? QUE PENSEZ-VOUS DE CES SALLES ?

Antoine me raconte, qu'il a eu l'occasion d'aller dans une des salles de consommation de Barcelone il y a quelques années de cela avec son amie de l'époque.

« Moi, ce que je pense de ces salles c'est que ça serait un très bon point. Si on peut faire tester les produits avant l'injection, et puis l'accompagnement pendant l'injection...oui moi je suis totalement pour une salle à Bordeaux. C'est un milieu sain, y'a moins de bactéries, moins de conneries qu'au squat. » Je demande à Antoine s'il a déjà eu des complications liées à ses injections : *« Mon ex a attrapé un staph à cause d'une injection, ça a commencé par une pneumonie, moi j'ai eu des abcès. »*

Je reviens avec lui sur son expérience à Barcelone, les interventions des professionnels, ses ressentis, comment il a connu l'existence de cette salle. « *Je suis resté un mois à Barcelone, à l'époque j'injectais de l'héroïne. C'est quelqu'un qui consommait aussi qui m'a orienté vers la salle. J'y suis allé plusieurs fois après ça, à n'importe quelle heure...c'est pratiquement ouvert h 24. J'y allais pour chercher du matos surtout et j'en profitais pour m'injecter.* »

Antoine me raconte qu'à chacune de ses visites, son produit était testé : « *J'avais 23% de produit pur.* » Il me raconte qu'à cette époque là il allait s'injecter de l'héroïne comme de la cocaïne, « *peu importe le produit.* »

Je discute avec lui de ses impressions quant au lieu : « *En fait c'est caché derrière un château fort. C'est très discret. La première fois, j'étais angoissé à la sortie, j'avais peur qu'il y ait les flics. Mais il y a un commun accord avec eux pour pas qu'il y ait d'arrestations.* » Je lui demande si la salle était loin de l'endroit où il passait le reste de son temps, il m'explique que oui, mais qu'il était « *prêt à faire un certain trajet pour [se] rendre à la salle.* »

Je questionne Antoine sur les points forts qu'il a trouvés à l'existence de cette salle en Espagne : « *C'est plus convivial, t'as pas de stress par rapport à la police, t'as donc moins de chance de te rater. L'intérêt c'est de déstresser l'utilisateur et de le rassurer par la présence médicale. C'est accueillant, on se sent en sécurité, un apaisement total quand tu rentres, même si on connaissait pas. On avait une petite appréhension au début, savoir s'ils allaient peut-être nous garder la drogue...J'ai très bien vécu ce moment là.* »

Je lui demande comment les professionnels l'ont accompagné dans son injection : « *J'ai été aidé par un infirmier une fois, après il faut leur demander, et comme je parle pas espagnol, j'ai peut-être été moins accompagné. Avant l'injection t'es évalué par un médecin ou un infirmier...pour la tension, le cœur. Après l'injection, il y a une salle de repos, le temps que le flash monte on peut rester sur place.* » Concernant cette évaluation à laquelle il a eu droit, je lui demande s'il aurait accepté que les professionnels lui déconseillent l'injection qu'il s'appropriait à faire : « *J'aurais écouté mais pas accepté. Si le danger avait été réel oui, si le produit n'était pas bon par exemple, là oui.* »

Je demande à Antoine, si après ces quelques visites à la salle d'injection de Barcelone, il a changé quelque chose dans ses pratiques. « *Oui, ça a changé quelque chose...sur le nettoyage après l'injection, avant je le faisais pas ou je donnais un coup de salive, maintenant c'est devenu un réflexe (de le faire avec une lingette nettoyante.)* »

ET SI UN LIEU, UN BUS PAR EXEMPLE, DANS LEQUEL IL SERAIT POSSIBLE DE FAIRE VOS INJECTIONS, AVEC DU MATERIEL PROPRE ET ENCADRE PAR DES PROFESSIONNELS VENAIT DIRECTEMENT A VOTRE RENCONTRE, PRES DES SQUATS PAR EXEMPLE, QU'EN PENSEZ-VOUS ?

« Un bus...c'est un oui catégorique ! Je préfère shooter dans le bus que dans ma chambre, et c'est à portée de main. »

CERTAINES STRUCTURES COMME LE CAARUD VEULENT DEVELOPPER DES ESPACES DE CONSOMMATION, QU'EN PENSEZ-VOUS ?

« Dans les mêmes murs qu'ici...ben y'a déjà le container dans les toilettes, c'est un peu de l'incitation...ça devient un peu une salle d'injection. »

POURQUOI VENEZ-VOUS AU CEID ? COMMENT AVEZ-VOUS DECOUVERT CETTE STRUCTURE ?

Antoine m'explique que c'est un ami qui lui a fait connaître le CEID. *« Je venais de Bretagne, j'avais pas de traitement métha. »*

Quand je lui demande ce qu'il vient chercher au CEID, Antoine me répond : *« C'est bien, c'est un moment de répit dans sa vie, un soulagement, où on peut souffler, être encadré : vous êtes là pour nous, pour nous aider à résoudre un problème, pour un sourire... »*

« Et puis la CASE ou le CEID, j'y vais pour le matos...D'ailleurs je sais pas qui se charge de remplir les distributeurs qu'il y a en ville mais c'est pas réapprovisionné, celui de St André est tout le temps vide. »

L'entretien touche à sa fin, je remercie Antoine d'avoir partagé ses expériences avec moi et pour le temps qu'il m'a accordé alors qu'il est très attendu par un de ses amis. Nous sortons du bureau et il s'en va.

ENTRETIEN AVEC :
YOHAN, 27 ANS, USAGER DU CSAPA ET DU CAARUD

Date : 17 Juillet 2013

Lieu de rencontre : centre Planterose

Yohan est actuellement en placement extérieur (aménagement de peine après condamnation) et bénéficie d'un hébergement grâce à l'association du PRADO.

VOUS CONSOMMEZ DES PRODUITS, POUVEZ-VOUS M'EXPLIQUER COMMENT ÇA SE
PASSE POUR VOUS, LES CONDITIONS DANS LESQUELLES VOUS CONSOMMEZ?

Yohan injecte de la cocaïne en intraveineux et de la kétamine en intramusculaire.

« J' préfère que ça soit festif, plutôt qu'enfermé, j' préfère rester avec des personnes. C'est pas régulier, plutôt le week-end, on s'encadre, on reste en comité. » Quant aux lieux dans lesquels il injecte, Yohan me dit *« ça dépend...ça dépend du comité. Au milieu de la journée ça peut être dans un hall d'immeuble, n'importe où... c'est pas satisfaisant, tu sais que tu peux te faire contrôler à tout moment mais ça fait aussi monter un peu plus l'adrénaline, y'a des avantages et des inconvénients. »*

Je le questionne sur les effets qu'il recherche en consommant par voie injectable : *« L'injection c'est pour avoir une montée plus intense, plus directe, c'est différent de la trace. L'IV c'est direct, pour un effet flash. »*

On aborde avec Yohan la façon dont il perçoit ses consommations. *« De toute façon on est le propre architecte de notre destruction...Y'a plein d'autres addictions...je peux pas dire que je contrôle mais je suis assez excessif. J'aime ça. Sur le moment ça va être bien, mais après ça repart à zéro. On a des fragilités, la drogue c'est un engrenage...le mieux c'est de pas y goûter. »*

Je demande à Yohan s'il utilise du matériel propre et s'il a déjà eu des complications liées à ses injections : *« Oui je prends toujours du matériel propre. J'ai déjà eu des problèmes pour m'injecter, à l'époque où je prenais de l'héroïne, j'ai eu une infection avec un ou deux mois de traitement. On arrive toujours à pousser le bouchon, c'est la nature humaine, on y peut rien. »* Il m'explique que depuis qu'il s'injecte de la cocaïne et de la kétamine il n'a pas eu de problème particulier. On revient sur les produits qu'il a pu consommer : *« En IV j'ai tout essayé : keta, MD, LSD, Sub...la keta à de grosses doses, c'est comme le LSD mais les yeux fermés, j'étais plus jeune, j'avais pas de limites, j'ai voulu voir ce que ça faisait, et pas juste les on dit. J'ai arrêté les injections de Sub du jour au lendemain, je travaillais, j'ai eu deux mois difficiles...je sais pas si c'est la seringue qui m'a rappelé... Je me suis déjà fait beaucoup de mal, ça m'a un peu mangé le cerveau. »*

SI UNE SALLE DE CONSOMMATION, DANS LAQUELLE VOUS POURRIEZ FAIRE VOS INJECTIONS, ETAIT OUVERTE A BORDEAUX, EST-CE VOUS PENSEZ QUE ÇA CHANGERAIT QUELQUE CHOSE POUR VOUS ? QUE PENSEZ-VOUS DE CES SALLES ?

« Bien sûr, on est encadré, c'est sécurisé, y'a pas le regard des gens, on sait pourquoi on est là, y'a pas de jugement, même si je m'en fous du jugement. »

Je questionne Yohan sur la présence de professionnels et leur intervention : *« S'ils peuvent m'aider sur la technique, ça m'aidera à m'améliorer. Et en même temps, y'a des points négatifs, c'est un peu un engrenage à y revenir. »*

Je demande à Yohan si, à l'époque où il testait tout ce qui lui tombait sous la main, et s'il avait pu se rendre dans une salle d'injection supervisée, il aurait accepté qu'un professionnel le conseille sur sa manière de consommer, voire lui déconseille de consommer. *« Oui, je cherchais des barrières, j'avais besoin que quelqu'un me stoppe, c'est un point positif des salles, pouvoir être accompagné, c'est bien d'avoir quelqu'un derrière soi, même si ça plaît pas toujours. »*

CERTAINES STRUCTURES COMME LE CAARUD VEULENT DEVELOPPER DES ESPACES DE CONSOMMATION, QU'EN PENSEZ-VOUS ?

« Au CAARUD, ça va être vite la merde...déjà je trouve que c'est déjà la merde. Les gens vont y venir pour vendre aussi, cacher dans la cuvette des WC...ça sera un peu l'orgie. Au niveau de la bière et des chiens, le CEID est déjà souple...mais bon, en même temps ça peut être une expérience. »

Je continue de parler avec Yohan, la discussion s'éloigne un peu. Je le remercie pour cet échange et de m'avoir accordé du temps. Nous sortons du bureau.

ENTRETIEN AVEC :
TITI ET ALICE, 27 ET 29 ANS, USAGERS DU CAARUD

Date : 19 Juillet 2013

Lieu de rencontre : centre Planterose, dans le sas d'entrée

J'ai eu l'occasion de discuter de manière plus informelle que les entretiens précédant avec Titi et Alice, usagers fréquentant le CAARUD, et avec lesquels je ne pouvais m'isoler plus longtemps, pris entre l'attente pour la douche et les chiens à surveiller. Les éléments de cette discussion sont retranscrits ici.

Alice et Titi vivent ensemble dans un camion. Alors qu'Alice ne s'injecte plus, Titi, lui, continue.

VOUS CONSOMMEZ DES PRODUITS, POUVEZ-VOUS M'EXPLIQUER COMMENT ÇA SE PASSE POUR VOUS, LES CONDITIONS DANS LESQUELLES VOUS CONSOMMEZ?

- Titi :

« Je consomme dans mon camion, deux fois par jour : une fois le midi et une fois vers 21h. J'aime bien le faire dans mon coin, tranquillement, je mets du temps, je le fais à ma façon. A côté de ça, je suis pas contre une petite trace de temps en temps. »

Titi m'explique il consomme du Skenan®. Quand je lui demande les effets qu'il recherche en consommant par injection, il me répond : **« C'est pas la même sensation, c'est les petites sensations que ça donne, ça t'assoupies, t'es un peu plus soft, je suis assez nerveux à la base, j'aime bien quand ça fatigue. »**

Je lui demande s'il peut toujours se procurer du matériel propre pour ses injections : **« Oui, toujours, je fais mon plein ici. Et médecin du Monde passe au squat, j'ai toujours utilisé du matériel propre...faut faire attention quand même. »**

Je demande à Titi, comment il a été amené à injecter ses produits : **« C'était avec la mère de ma petite. On voulait savoir ce que ça faisait. On a essayé une fois, une fois en entraîne une autre. »**

- Alice :

Concernant le matériel, **« j'ai toujours utilisé du matériel propre, la seule fois où j'ai échangé, c'était avec mon ex et j'ai choppé l'hépatite C. »**

Je lui demande dans quelles conditions elle faisait ses injections : **« J'étais seule ou avec plusieurs personnes. T'as la conso journalière, dont t'as vraiment besoin, et celle festive avec les potes. »**

SI UNE SALLE DE CONSOMMATION, DANS LAQUELLE VOUS POURRIEZ FAIRE VOS INJECTIONS, ETAIT OUVERTE A BORDEAUX, EST-CE VOUS PENSEZ QUE ÇA CHANGERAIT QUELQUE CHOSE POUR VOUS ? QUE PENSEZ-VOUS DE CES SALLES ?

- Titi :

« *A Bilbao, y'a des salles d'injection. On devrait aller dans ce sens.* » Titi m'expose son point de vue notamment quant aux seringues souillées qui sont retrouvées dans la rue. « *Rien que le nombre de seringues : c'est à toi. Ouais, pour la sécurité et l'hygiène pour nous et pour l'équipe.* »

Je le questionne sur la présence de professionnels lors de la consommation, lui qui me dit aimer être tranquille lorsqu'il fait ses injections. « *Ça pose pas de problème...On a toujours des questions à poser : sur les produits, sur la technique. Pour le Sken, on le prépare tous différemment. Moi, j'ai toujours chauffé, y'en a qui le font à froid.* »

Je demande à Titi s'il pense qu'il fréquenterait une telle salle s'il en avait l'opportunité : « *Au camion, ça va, si j'avais pas ce camion, ça serait bénéfique. Par contre ça m'a toujours titiller de savoir comment ça marchait, avec les flics et tout ça...y'a beaucoup de monde qui en parle. Y'a déjà eu un essai dans les années 85 ou 90, et puis une fille de 16 ans a fait une overdose non mortelle à l'extérieur de la salle alors ils ont arrêté...dommage !* »

Je le questionne sur ses premières injections, et s'il avait pu avoir l'opportunité, s'il serait aller dans une salle d'injection supervisée : « *Oui, s'il y avait eu un lieu pour, oui. Je me suis planté plusieurs fois avant de trouvé mes veines.* » Comme il me le disait au début, Titi consomme de temps en temps en sniff, je lui demande s'il irait dans une salle pour consommer en sniff : « *Pour le sniff, non. Quand tu prends une trace t'as pas besoin de te poser.* »

- Alice :

Alice m'explique qu'elle est plutôt favorable à l'ouverture de ces salles. Je lui demande si elle aurait accepté l'intervention de professionnels pendant son injection : « *Avant oui, pas pendant. C'est un moment à soi, t'as tes petites manies. S'ils ont des conseils à nous donner, avant, pas après parce que t'es un peu défoncé, t'as pas envie qu'on te prenne la tête.* » On aborde le fait que dans certaines salles il y a une évaluation des professionnels concernant l'état de l'utilisateur : « *Faut pas que ça soit trop contraignant, qu'à tous les coups tu sois obligé de voir quelqu'un.* »

J'aborde avec Alice les points forts et les points faibles de ces salles. Dans les côtés positifs, Alice me souligne : « *C'est propre, t'as toujours du matos propre. Par rapport à la police c'est bien qu'ils fassent un endroit où on vient pas t'embêter. Et en cas d'overdose y'a quelqu'un avec toi.* » Dans les aspects négatifs, elle revient sur la présence des professionnels : « *Il faut pas qu'ils soient trop présents non plus.* »

POURQUOI VENEZ-VOUS AU CEID ? COMMENT AVEZ-VOUS DECOUVERT CETTE STRUCTURE ?

- Titi :

«Mmm...c'était à force d'en entendre parler. Je viens prendre une douche, parler 5 minutes, chercher du matos...y'a toujours une oreille attentive. »

LE PROJET DU CEID ETAIT DE DEVELOPPER UN BUS QUI IRAIT A LA RENCONTRE DES USAGERS, QU'EN PENSEZ-VOUS ?

- Alice :

« Non, je serais plus pour la salle fixe, le bus ça bouge trop. La salle il faudrait qu'elle soit ouverte 7 jours sur 7, ça serait mieux. »

Alice et Titi doivent repartir, il est l'heure pour eux d'aller faire la manche. Je les remercie de cet échange et leur souhaite une bonne après-midi.

ANNEXE N°5 : GRILLE DE QUESTIONNAIRE DESTINE AUX USAGERS DU CENTRE PLANTEROSE

« Bonjour, je suis depuis quelques mois en stage au CEID. Dans le cadre de mes études, je dois réaliser un mémoire autour d'un thème de mon choix.

J'ai choisi de traiter la question des salles d'injection (« salles de shoot ») et tente de comprendre si elles seraient utiles et acceptées par les usagers. »

LE QUESTIONNAIRE EST ANONYME

Vous injectez des produits :

1. Dans quelles conditions injectez-vous la majeure partie du temps ?

- a. Plutôt :
seul ☐ à plusieurs ☐
- b. Plutôt :
dans un lieu abrité ☐ dans la rue ☐ autre (précisez) ☐
- c. Plutôt avec du matériel stérile :
tout le temps ☐ quand vous pouvez ☐ jamais ☐

2. Vous est-il arrivé d'injecter vos produits dans les toilettes ou la salle de douche du CEID ?

oui ☐

non ☐

Si oui, pourquoi ?

Si non, pourquoi ?

3. **Si un espace était réservé à l'injection, encadré par des professionnels, au sein du CEID, y viendriez-vous ?** oui ☐ non ☐
Pourquoi ?

4. **Pensez vous qu'un espace réservé à l'injection aurait sa place au sein d'une structure comme le CEID ?** oui ☐ non ☐
Pourquoi ?

5. **Si une salle d'injection était créé en dehors du CEID, en centre ville par exemple, y viendriez-vous ?** oui ☐ non ☐
Pourquoi ?

6. **Si un bus dans lequel vous pourriez injecter vos produits venait directement à votre rencontre aux alentours des squats par exemple ou des festivals ou du parking Victor Hugo y viendriez-vous ?** oui ☐ non ☐

Pourquoi ?

7. **Connaissez-vous dans votre entourage des personnes qui consomment des drogues et qui ne fréquentent aucune structure distribuant du matériel stérile ?**

oui ☐

non ☐

Si oui, pensez-vous que ces mêmes personnes viendraient au CEID si un espace de consommation était présent ?

oui ☐

non ☐

ou dans une salle extérieure au CEID ?

oui ☐

non ☐

ou si un bus venait directement à leur rencontre ?

oui ☐

non ☐

8. **Sexe :** Homme ☐ Femme ☐

9. **Age :**ans

10. **Avez-vous un hébergement ?** oui ☐ non ☐

Si oui, quel genre ?.....

11. **Êtes-vous sous traitement de substitution** (méthadone, subutex®, suboxone®) ?
oui ☐ non ☐

Merci pour votre participation !

ANNEXE N°6 : QUESTIONNAIRES RECUEILLIS AUPRES DES USAGERS

Les originaux des questionnaires remplis ont été scannés et sont intégrés page suivante.

RESUME en français :

La politique de Réduction des Risques (RdR) développée à l'égard des usagers de drogues depuis les années 1980, a permis la mise en place de mesures visant à prévenir les dommages liés à la consommation de substances psychoactives. Pour s'adapter au mieux aux besoins des usagers, la RdR doit sans cesse innover.

A travers le monde, plusieurs villes ont expérimenté des dispositifs permettant aux usagers de venir consommer leur produit dans des conditions sanitaires convenables. Ces Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR) ont montré leur efficacité en termes de santé publique. A l'heure où la France se questionne sur le bien-fondé d'une telle expérimentation, ce travail de thèse propose une réflexion et une enquête de terrain réalisée auprès de professionnels et d'usagers sur ces dispositifs.

Titre anglais : Drug consumption in reserved areas : a concrete answer to public health issues

Résumé en anglais :

The harm reduction policy developed towards drug users since the 1980s, allowed the implementation of measures to prevent damages coming from the consumption of psychoactive substances. In order to suit as good as possible to drug users needs, the policy has to innovate constantly.

Several cities around the world have experimented devices to allow users to consume their product in suitable sanitary conditions. These Supervised Injection Centers (SIC) have shown their efficiency in terms of public health. Now that France is asking for the legitimacy of such an experiment, this thesis work offers a reflection and a ground investigation about these devices, investigation carried out with professionals and drug users.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Pharmacie

MOTS-CLES : Addictologie, Réduction des risques, Salles de Consommation à Moindre Risque, Drogues, Santé publique

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

UNIVERSITE PAUL SABATIER TOULOUSE III

Faculté des Sciences Pharmaceutiques

35 chemin des Maraîchers

31062 TOULOUSE cedex 09 – France

DIRECTEUR DE THESE : Pr Anne ROUSSIN