

ÉTUDE SUR L'ÉCHANGE DE SERINGUES DANS L'AIN

DÉCEMBRE 2011



Ce travail a été réalisé par l'**Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes** :

Patricia MEDINA, sociologue

Denis FONTAINE, médecin de santé publique, directeur d'étude

**Avec le soutien de la Direction Territoriale Départementale de l'Agence
Régionale de Santé dans l'Ain et de la Mission Interministérielle de
Lutte contre les Drogues et Toxicomanies**

Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'ORS Rhône-Alpes : www.ors-rhone-alpes.org

REMERCIEMENTS

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes tient à remercier ici toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude sur l'échange de seringues dans l'Ain, et tout particulièrement :

- Les membres du comité de pilotage, placé sous la présidence de Madame Maréchal, Responsable du service Prévention et Promotion de la Santé et de la Cellule de Veille et de Gestion des alertes sanitaires à la Délégation Territoriale Départementale de l'Ain de l'ARS (DTD 01), de Mme Hamel médecin inspecteur de santé publique à la DTD de l'Ain, de Madame Caresse, assistante du Service Prévention et Promotion de la DTD de l'Ain, et de Monsieur Harmel, Conseiller Jeunesse à la Direction départementale de la Cohésion Sociale de l'Ain,
- Monsieur Colombani, directeur du CSAPA Accueil Aide aux Jeunes, ainsi que son équipe, pour leur aide précieuse dans l'évaluation du programme d'échange de seringues du Pays de Gex,
- Les responsables des différents programmes d'échange de seringues interrogés : Mme Argoud (directrice du CSAPA Sitoni – Nord-Isère), Monsieur Bonnet (directeur du CAARUD Passerelles 39 – Jura), Madame Guiguet (coordinatrice de l'association Loiréadd - Loire), Madame Labarrière (Coordinatrice de l'Association Réseau Annecien Ville Hôpital de lutte contre le VIH et les Hépatites – Haute-Savoie), Monsieur Martel (Chef de service au CAARUD Ruptures – Lyon), Monsieur Reulier (directeur-adjoint du CSST/CAARUD Le Pélican -Savoie), Monsieur Trilles (coordinateur départemental AIDES, délégation de l'Isère), pour leur accueil, leur disponibilité et leur aide dans notre recherche d'informations de « terrain »,
- Les pharmaciens participants au programme d'échange de seringues du Pays de Gex pour leur collaboration à la démarche d'évaluation du PES de ce territoire,
- Les usagers de drogues par voie intraveineuse qui ont accepté de répondre à nos questions, en entretien ou par questionnaire, ainsi que tous les professionnels des champs de la santé et du médico-social et les bénévoles qui ont accepté d'être interviewés dans le cadre de cette étude,
- Les membres du Centre d'Information sur les Drogues et Dépendances de Rhône-Alpes (CIRDD RA), et notamment Catherine Miachon (directrice) ainsi que Nadine Chamart (documentaliste), pour leur aide dans la recherche documentaire,
- Pascal Pourtau, coordonnateur du Centre Régional de Prévention et d'information sur le Sida (CRIPS), pour son aide dans la recherche documentaire,
- Marie Jauffret-Roustide, sociologue à l'InVS (Institut de Veille Sanitaire), pour ses informations sur le système Siamois et pour l'extraction des données infra-départementales pour l'Ain.

SOMMAIRE

Introduction.....	5
1. Synthèse bibliographique.....	7
1.1. La notion de réduction des risques : au-delà de l'objectif de « guérison »	7
1.2. Les impacts connus des programmes d'échanges de seringues	12
1.3. Les acteurs de la réduction des risques autour de l'injection.....	14
2. Evaluation du programme d'échange de seringues du Pays de Gex	19
2.1. Le cadre logique du programme	19
2.2. Données d'évaluation disponibles et perception du programme par les acteurs d'AAJ	23
2.3. Méthodologie de l'évaluation.....	25
2.4. Résultats de l'enquête menée auprès des pharmaciens du Pays de Gex.....	27
2.5. L'enquête auprès des usagers du PES du Pays de Gex.....	41
3. Capitalisation d'autres expériences de Programme d'Echange de Seringues.....	43
3.1. Autant de PES différents que de territoires	43
3.2. Sur le terrain : le sens des programmes d'échanges de seringue	47
3.3. Les territoires et les publics d'UDVI (usagers de drogues par voie intraveineuse).....	49
3.4. Points forts et points faibles des pharmacies en matière de fonctionnement des PES	52
3.5. Les outils d'un programme d'échange de seringue	54
3.6. Les pharmaciens et les programmes d'échanges de seringues	62
3.7. Monter et animer un programme d'échange de seringues	64
3.8. Une autre forme d'échange : les automates (ou « échangeurs-récupérateurs »)	67
4. Analyse des besoins sur le bassin burgien.....	73
4.1. Données nationales : l'usage de produits psychoactifs injectables	73
4.2. Les indicateurs sur les produits psychoactifs injectables dans le département de l'Ain	78
4.3. Données nationales sur les dommages associés aux produits psychoactifs injectables	85
4.4. Données du département de l'Ain sur les surdoses et les infections au VIH, VHC et VHB	91
4.5. Accueil, soin et réduction des risques : les ressources du bassin burgien pour les UDVI	94
4.6. La question des seringues usagées dans les espaces publics et de leur élimination	102
4.7. La question des seringues usagées dans les lieux d'accueil et de résidence des publics fragiles : haltes de jour et CHRS.....	104
4.8. Les publics d'usagers de drogues par voie intraveineuse du bassin burgien.....	106
4.9. Les besoins du bassin burgien en terme d'échange de seringues	111

5. Synthèse	113
5.1. La réduction des risques (RdR) : de l'objectif de « guérison » à celui d'évitement de l'aggravation des problèmes de santé	113
5.2. L'évaluation du Programme d'Echange de Seringues du Pays de Gex	114
5.3. Capitalisation d'autres Programmes d'Echanges de seringues.....	115
5.4. Les besoins du bassin burgien en matière de réduction des risques	118
6. Propositions d'action	123
Bibliographie	126
Annexes	129
Guides d'entretien et questionnaire	129

Pour une lecture rapide du rapport, reportez-vous directement à la synthèse et aux propositions d'actions (chapitres 5 et 6)

INTRODUCTION

LA DEMANDE D'ETUDE ET LES OBJECTIFS

Un programme d'échange de seringues (PES) en officines existe depuis plusieurs années dans le Pays de Gex, qui a pour but la réduction des risques chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Par ailleurs, un nouveau programme de ce type est en projet dans le bassin burgien.

Cette étude, élaborée avec la Délégation Territoriale de l'Ain de l'ARS et avec la Direction Départementale de la Cohésion Sociale de l'Ain, a pour but de répondre aux questions suivantes :

- Comment fonctionne le PES du Pays de Gex et quelles sont les leçons à tirer de cette expérience ?
- Quelles sont les leçons tirées d'autres expériences semblables ou autres (automates par exemple) ?
- Quels sont les besoins des usagers de drogues par voie intraveineuse dans le bassin burgien ?

Les objectifs de l'étude se déclinent donc en trois points :

- Evaluer le PES du Pays de Gex, afin d'en analyser les leçons,
- Capitaliser l'expérience d'autres PES, notamment en Rhône-Alpes,
- Analyser les besoins des usagers de drogues par voie intraveineuse du bassin burgien, pour apporter des éléments d'information sur l'opportunité d'un PES sur ce territoire.

LA METHODOLOGIE

La mise en œuvre de l'étude a comporté 3 volets correspondant aux 3 objectifs :

1. L'évaluation du fonctionnement du programme d'échange de seringues du Pays de Gex (volet 1) s'est appuyé sur des entretiens qualitatifs réalisés avec le porteur du projet et son équipe sur des données de fonctionnement interne (accompagnement du porteur de projet), ainsi que sur des entretiens menés avec des pharmaciens participant au PES du Pays de Gex (principalement par téléphone) et, par le biais d'une enquête par questionnaires, auprès d'usagers du PES (caractérisation de la file active, perception du PES).
2. L'analyse d'autres PES (volet 2) s'est basée sur un recensement des PES de Rhône-Alpes incluant des pharmacies d'officine, et ce à partir d'entretiens qualitatifs réalisés avec les coordonnateurs de ces PES.

Une synthèse bibliographique a également été réalisée pour mettre en perspective les résultats des volets 1 et 2 de l'étude
3. L'analyse des besoins sur le bassin burgien (volet 3) s'appuiera quant à elle, sur une recherche de données dans les systèmes d'information existants et auprès d'acteurs locaux par entretiens qualitatifs.

Au début de l'étude, un **comité de pilotage** a été mis en place, notamment pour préciser les personnes à interroger et les données à recueillir.

Un **comité technique**, incluant les partenaires de terrain du bassin burgien a également été constitué afin notamment de préparer le troisième volet de cette étude

LE PLAN DU RAPPORT

Ce rapport présente les résultats des trois volets de l'étude sur l'échange de seringues dans l'Ain.

Il débute par une **synthèse bibliographique** qui expose, dans ses grandes lignes, la notion de réduction des risques, les impacts connus des programmes d'échanges de seringues et présente les principaux acteurs de ces programmes.

Le deuxième chapitre est consacré à **l'évaluation du Programme d'échange de seringues du Pays de Gex**, porté par le CSAPA Accueil Aide aux Jeunes.

Le troisième chapitre présente la capitalisation sur le **fonctionnement des programmes d'échange de seringues en Rhône-Alpes** (et dans le Jura) qui s'appuient sur les officines.

Enfin, le quatrième chapitre présente les résultats de **l'analyse des besoins du bassin burgien**, avec les indicateurs statistiques disponibles, et les besoins vus par les professionnels sur le terrain et des usagers de drogue par voie intraveineuse.

Le rapport se termine par une **synthèse et des propositions de pistes d'action**.

1. SYNTHÈSE BIBLIOGRAPHIQUE¹

1.1. La notion de réduction des risques² : au-delà de l'objectif de « guérison »

1.1.1. L'usage de stupéfiants en France : le cadre légal³

La loi actuellement en vigueur en France en matière d'usage de stupéfiants est la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 (publiée au J.O. du 2 janvier 1971), qui instaure une double série de mesures, sanitaires, d'une part, et répressives, d'autre part. Elle a toutefois fait l'objet d'évolutions depuis.

Philosophie de la loi de 1970

La loi de 1970 considère l'usager de drogues comme un individu à la fois malade et délinquant. Délinquant puisqu'elle incrimine spécifiquement l'usage solitaire et prévoit une peine d'emprisonnement ferme. Malade puisqu'elle prévoit une exemption de poursuites pénales pour les toxicomanes usagers "simples" qui acceptent de se soumettre à une cure de désintoxication.

La loi de 1970 est une loi qui, en rupture avec les lois antérieures, vise les personnes plus que les produits. Elle confirme un principe de prohibition (elle interdit tout usage de stupéfiant, même privé) et d'abstinence, à laquelle les toxicomanes doivent être contraints, au besoin, par le biais de l'injonction thérapeutique. Son principe contribue à renforcer la différenciation entre les usagers dépendants de produits illicites et des usagers dépendants de drogues légales (alcool notamment).

De fait, la loi de 1970 est appliquée à des usagers de drogues, et, dans la majorité des cas, à des usagers de cannabis. Cette loi ne prévoit rien lorsque l'usage est associé au trafic. La circulaire du 17 septembre 1984 fut la première à distinguer usager-simple et usager-trafiquant, cette dernière catégorie étant reprise par la loi du 31 décembre 1987 pour l'écarter de l'alternative sanitaire.

Volet sanitaire de la loi de 1970

Les dispositions sanitaires constituent l'article premier de la loi et prennent place dans le Code de la Santé Publique sous le titre de "Lutte contre la toxicomanie" (art. L.355-14 à L.355-21 C.S.P.). Ces articles proposent des dispositions substitutives et alternatives à la répression de l'usage.

En cas de présentation spontanée dans un dispensaire ou un établissement hospitalier, aucune mesure de contrôle ou d'injonction thérapeutique judiciaire ou émanant des autorités sanitaires, du fait de l'usage de stupéfiants, n'est envisagée. L'intéressé peut, s'il le désire, être admis anonymement, cet anonymat ne pouvant être levé en vue d'une poursuite judiciaire concernant l'usage des stupéfiants.

Pour rendre ces mesures opérationnelles, les soins sont gratuits : l'État assure la totalité du financement des frais afférents à ces prises en charge. Diverses institutions ouvertes directement dans le contexte de la loi de 1970, dont l'exemple type est le Centre Marmottan, ont pu constituer ainsi des espaces protégés pour la prise en charge des toxicomanes dans un contexte général de répression.

¹ Voir la liste des ouvrages consultés en annexe

² Ce chapitre reprend, sous forme synthétique, plusieurs passages de l'ouvrage de J Derricott, N. Hunt et A. Preston : L'injection à moindre risque, Apothicom CILDT, 2008

³ Ces informations sont directement issues du site internet de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies : <http://www.drogues.gouv.fr/nc/haut-de-page/lexique/mot/loi/lettre//>

1.1.2. La dépendance aux stupéfiants : du « vice » à la « maladie », de la « guérison » à la « RdR »

La notion de réduction des risques (« RdR ») est relativement récente dans le champ de la santé publique et constitue une approche pragmatique qui n'est plus uniquement centrée sur le soin et l'objectif d'arrêt de la consommation de drogues. Il s'agit de réduire les « dommages » d'une pratique sur la santé (« *harm reduction* » est la terminologie utilisée en Grande Bretagne), d'éviter une aggravation des problèmes de santé en sortant de la logique des politiques de santé aux ambitions élevées et non-négociables qui ont longtemps considéré le sevrage et l'abstinence comme les seuls objectifs sanitaires possibles.

Cette nouvelle posture à la fois philosophique, sanitaire et politique ne s'est pas imposée sans difficultés. Ainsi, une grande partie des acteurs impliqués dans les dispositifs de lutte contre la toxicomanie qui avaient été créés dans les années 70, avaient pour objectif l'arrêt de la consommation chez les usagers de drogues. Cette approche elle-même avait pourtant constitué un progrès historique au regard d'époques antérieures où l'usager de drogues (tout comme « *l'alcoolique* » d'ailleurs) était vu comme une personne à la fois faible et dépravée, écrasée par ce qu'on nommait alors, entre autres, le « vice », un individu intrinsèquement délinquant voire, criminel. Considérer désormais les usagers de drogues comme des « malades » constituait donc une réelle victoire sur tous les jugements moraux, les stigmatisations sociales qui frappaient ces personnes. Il ne s'agissait plus, ou plus seulement, de punir, d'enfermer ou d'exclure ces personnes, mais de poser comme principe que la dépendance aux substances psychoactives était une « maladie », qu'il était possible de soigner et de guérir, la guérison recherchée ne pouvant être atteinte que par l'arrêt total de consommation de drogues.

Ainsi, lorsqu'il commence à être question, dans les années 80, de faciliter l'accès aux seringues et de développer les traitements de substitution pour les toxicomanes, notamment avec l'objectif de réduire les décès par overdose, cette approche entre en totale contradiction avec le principe d'abstinence et celui de la « loi symbolique » qui constituait l'un des fondements de l'approche « psychanalytique » du traitement de la toxicomanie. Comment guérir ces « malades » si on les fournit en seringues et en produits (même de substitution) ? Ne s'agit-il pas d'un pis-aller qui finalement maintiendra ces personnes dans la maladie et la dépendance ?

Après de rudes oppositions entre militants de l'une et l'autre position, la réduction des risques sera néanmoins reconnue comme une stratégie essentielle dans le plan gouvernemental de lutte contre la drogue de 1993-1995 et dans le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances pour la période 1999-2001.

Auparavant, il faut rappeler que le décret n°87-328 du 13 mai 1987 avait suspendu le décret de 1972 qui restreignait fortement l'accès aux seringues en pharmacies : en 1987 il redevient en effet possible d'acheter des seringues en pharmacie sans prescription. Les services d'échanges de seringues seront eux, officialisés, par la parution d'un décret en date du 7 mars 1995, qui autorise les associations menant des programmes de prévention à délivrer des seringues aux toxicomanes, et ce gratuitement.

Reste que la mise en place de ces changements et de ces plans a fait l'objet de vives résistances, notamment de la part de médecins et psychanalystes centrés sur une vision de l'usager de drogues, du « toxicomane » comme étant un « malade » qu'il faut guérir. Le meilleur moyen d'éviter les overdoses restait ainsi pour ces acteurs l'arrêt de la consommation de drogues.

Finalement, c'est l'épidémie de Sida qui accélérera ce renversement de « paradigme » : le problème sanitaire n'est plus alors seulement la dépendance et l'overdose chez les usagers de drogues, notamment par voie intraveineuse : l'urgence est de parvenir à stopper l'avancée du VIH qui peut concerner tout un chacun, qui fait des ravages parmi les toxicomanes, et qui peut être transmis par eux, entre autres.

En France, c'est donc véritablement l'épidémie de sida qui a permis l'acceptation tardive de cette nouvelle stratégie sanitaire dans les années 2000 : la réduction des risques entre alors

officiellement dans le code de la santé publique en 2004, et le décret du 4 avril 2005 approuve le référentiel national des actions de réduction des risques.

Notons que, parallèlement à la libéralisation de l'accès aux seringues, les prises en charge d'usagers de drogues par voie intraveineuse (UDVI) par traitements de substitution se développent partout, entraînant une baisse très importante des décès par overdose. En ce qui concerne les seringues, si leur accès est libéré, les programmes de délivrance doivent en principe être assortis d'une politique d'encouragement au retour des seringues usagées. En effet, dans les années 90 les cas de contamination accidentelles au VIH, par blessure avec des déchets piquants/tranchants, et notamment avec des seringues, dans les espaces publics ou dans les entreprises de traitement des ordures font de la récupération des seringues usagées un enjeu important.

1.1.3. Les principes qui sous-tendent l'approche pragmatique de la réduction des risques

En France, dès le milieu des années 80, la Direction Générale de la Santé définit le lien qui unit la réduction des risques au soin. Ainsi, sans renoncer à l'objectif de soin et d'arrêt de la consommation de stupéfiant chez les UDVI, la DGS évoque l'acceptation de la notion de dépendance chez les UDVI et parallèlement à l'objectif de soins, elle pose un objectif de réinsertion sociale. De manière sous-jacente on observe par ailleurs que cette définition implique également l'acceptation de la longue durée dans le parcours des UDVI vers la « guérison » : en attendant le sevrage et l'abstinence, il s'agit d'aider les UDVI à se « garder en bonne santé » :

« La politique de réduction des risques ou des dommages, terme plus adapté, est bien plus qu'une simple dispensation de matériel d'injection stérile. Elle consiste à accepter la dépendance des usagers de drogues afin de permettre, voire de provoquer, le contact avec ceux d'entre eux qui sont les plus marginalisés, les plus vulnérables, à l'écart de la prévention et du soin. Aussi pragmatique qu'elle soit, cette politique de réduction des risques ne cherche en aucun cas à cautionner des pratiques toxicomaniaques. Elle réalise plutôt un équilibre fondé sur un impératif de prévention (**les aider à se garder en bonne santé en attendant qu'ils trouvent une voie de sortie de la toxicomanie**) et une logique thérapeutique (intentionnalité de soins et de réinsertion sous-jacent dans les programmes). Au-delà de la prévention de la contamination virale par les virus du sida et des hépatites B et C se profile la notion d'accompagnement vers les soins et d'aide à la réinsertion sociale des usagers avec l'ultime objectif de réduire la toxicomanie elle-même. Objectif qui devient réaliste avec la prise en compte institutionnelle des usagers à laquelle concourt l'ensemble du dispositif réduction des risques – créer du lien-. » (Direction Générale de la Santé, 1986)⁴

Cette définition posée par la DGS permet, en France, de résoudre, par le détour de la longue durée, la contradiction que certains intervenants en toxicomanie dénonçaient entre l'objectif de soin et de sevrage et celui de la réduction des risques, qui « risquerait surtout » de maintenir des UDVI dans la toxicomanie. La RdR devient acceptable par tous (« politiquement correcte » dirions-nous aujourd'hui), puisqu'elle est ici posée comme une étape, avant d'atteindre « l'idéal », qui lui, ne change pas.

Parallèlement, on notera qu'en Grande-Bretagne, le *Advisory Council on the Misuse of Drugs* formulait (dès la fin des années 80) les objectifs concrets suivant :

- Réduire le partage du matériel d'injection
- Réduire les complications de l'injection
- Réduire l'utilisation des drogues de rues
- Réduire les mésusages des drogues prescrites

⁴ Cité par G. Le Naour dans : Lutte contre le sida : reconfiguration d'une politique de « réduction des risques liés à l'usage de drogues à Marseille (voir bibliographie)

- Favoriser l'abstinence

C'est cependant véritablement à partir des années 90 que la philosophie militante de l'échange se développe, notamment dans les pays anglo-saxons, avec une approche « *user friendly* » où l'abstinence n'est plus une condition à l'accès aux soins. Certains principes fondamentaux sont posés comme incontournables pour parvenir à des échanges réussis :

- Pas de liste d'attente
- Demander un minimum d'information aux usagers de drogues
- Pas d'autres critères d'accès que l'usage de drogues
- Accès physique facile
- Pas d'exigence vis-à-vis de l'injecteur de changer son mode d'administration, c'est-à-dire d'arrêter l'injection
- Etre en capacité de fournir des informations exactes sur les risques de l'usage de drogues par injection
- Encourager l'adoption de pratiques d'injection à moindre risque

L'échange doit donc éviter une aggravation des problèmes de santé des injecteurs, encourager les changements de comportements vers un meilleur « soin de soi », au travers même des pratiques d'injection. L'échange doit par ailleurs être un vrai moyen d'établir et de maintenir le contact avec les populations à risques, souvent éloignées du droit commun.... A travers l'échange, c'est ainsi la question de la clandestinité et de ses effets délétères sur la santé qui est posée : le public des UDVI, au-delà de la stigmatisation sociale qui les frappe comme tous les individus dépendants à des substances psychoactives, sont dans une consommation illégale et donc dans une pratique « délinquante ». Cette pratique entraîne une clandestinité, qui constitue un facteur aggravant dans l'éloignement des ressources de droit commun, notamment les ressources de soin. Dans ce contexte, l'accès à des seringues stériles gratuites de façon légale, crée une brèche qui permet aux UDVI d'entrer en contact, sans risque d'être arrêté etc., avec des professionnels de la prévention et du soin.

C'est autour de ces préceptes que se développe ce que l'on pourrait appeler le « modèle sanitaire de réduction des risques » et c'est à partir de cette approche que des investigations et une analyse plus poussée autour des pratiques d'injection voient le jour. Ainsi il devient évident que les pratiques d'injection ne sont pas seulement des pratiques individuelles : elles s'initient et se diffusent dans les réseaux relationnels des injecteurs. Les comportements à risques se diffusent d'usagers à usagers, de même pour les changements de comportements. Donc une politique de santé publique dite de « réduction des risques » ne peut plus être fondée sur la pathologie individuelle, comme cela avait été prôné dans les décennies précédentes. Une stratégie de réduction des risques exige une approche collective, qui prend aussi en compte le contexte de l'injection.

Depuis 2004, l'Organisation Mondiale de la Santé a repris à son compte les principes fondant la réduction des risques (traitement de substitution, délivrance de matériel stérile). De même, la déclaration de Dublin de février 2004, placée sous l'égide de l'ONUSIDA regroupe 53 pays d'Europe et reconnaît les principaux facteurs contribuant à l'incidence du VIH : elle souligne le besoin d'étendre les interventions de réduction des risques, le but étant que les programmes d'échanges de seringues atteignent au moins 60 % des UDVI.

Aujourd'hui, la réduction des risques s'étend aux risques infectieux globaux liés à l'injection et à toutes les pratiques qui peuvent détériorer la santé : au-delà du sida, c'est maintenant aussi sur l'hépatite C que l'attention est portée, l'hépatite B devenant également un problème de plus en plus reconnu en ce qui concerne les risques liés à l'injection. Enfin, les infections par bactéries, champignons, qui peuvent entraîner des abcès, mais aussi dans les cas les plus sévères, des septicémies, sont pris en compte concrètement. C'est ainsi que les kits d'injection stérile se sont enrichis au fil du temps, et en sus de seringues stériles, de coupelles stériles pour préparer le produit à injecter, de filtres stériles pour éviter que les toxicomanes ne s'injectent, en même temps que le produit, des « poussières » extrêmement dangereuses pour l'épiderme et pour les veines.

Et on voit apparaître maintenant les dosettes stériles d'acide citrique pour dissoudre l'héroïne, destinées à éviter la réutilisation de citrons, conservés de manière aléatoire et se transformant rapidement en « bouillons de culture »

La gestuelle autour de l'injection fait également aujourd'hui l'objet de recherches spécifiques (Aides 38, ORS PACA et Inserm notamment), l'objectif étant de mettre en place une sorte « d'éducation thérapeutique » pour que les injecteurs préservent leur capital veineux et, plus globalement, évitent les risques inutiles liés à des conditions d'injection déficientes en matière d'hygiène.

Enfin, la question de la réduction des risques et notamment de l'injection à moindre risque a ouvert le débat sur la pertinence des salles d'injection supervisée (« SIS »), parfois appelée également « salles de shoot ». Ces salles existent déjà dans certains pays (Suisse notamment) et font actuellement l'objet de vifs débats en France, mais aussi de recherches qui tendent à montrer un impact sanitaire positif de ces dispositifs⁵. Ce n'est pas l'objectif ici de développer plus avant ce thème ni d'entrer dans ce débat, mais il est important d'avoir à l'esprit le fait que l'usage de seringues stériles constitue en fait, au regard des militants de la RdR, une première étape, mais que l'on peut encore progresser dans la préservation du capital santé des UDVI.

Le soin et le sevrage ne sont pas, aujourd'hui, éliminés des objectifs des intervenants de terrain : ils constituent l'ultime étape d'une démarche personnelle, au sein d'un contexte collectif, que certains UDVI souhaitent atteindre, mais pas tous. Pour ceux qui ne veulent pas ou ne peuvent pas abandonner leur consommation, pour ceux aussi qui ne se considèrent pas comme des « malades », il s'agit alors de leur donner les moyens de préserver au maximum leur capital santé, de développer des stratégies de soin de soi, malgré une pratique qui continue à présenter des risques forts pour la santé psychique et physique.

Même si pour certains professionnels du champ de la toxicomanie, la finalité de ces dispositifs est toujours, à terme, l'abstinence, celle-ci soit être obtenue de manière progressive pour qu'elle soit la plus durable possible. Dans le prolongement de la position de la DGS en 1986, une approche « gradualiste » permet ainsi d'inscrire la réduction des risques dans un continuum et non dans une opposition avec la prise en charge de la dépendance.

Enfin, si la réduction des risques recouvre une grande diversité de conceptions philosophiques et politiques et soulève de nombreux débats concernant la place de l'abstinence, de la morale, du sens de la loi, elle croise également les problématiques de réduction des inégalités sociales et sanitaires. La question est donc – aussi – de savoir comment améliorer l'accès aux soins (et pas seulement les soins concernant la toxicomanie) de ces publics souvent fragiles et parfois socio-économiquement très défavorisés.

Un point nous semble cependant, à ce jour, mal éclairci, celui du sens du retour des seringues usagées, dans le cadre des programmes d'échanges. Si l'utilité sanitaire de la délivrance gratuite de seringues stériles semble aujourd'hui relativement acceptée et partagée, la question du sens du retour du matériel usagé pour les UDVI est peu explorée.

La problématique des seringues usagées abandonnées dans les espaces publics ou jetées sans protection dans les ordures ménagères pose la question des risques de contamination par accident pour la population générale (notamment au VIH et VHC). Le retour des seringues usagées à des professionnels, en charge de les collecter et d'assurer leur élimination de manière sécurisée, constitue donc une mesure de protection évidente face à ce risque. De ce point de vue, on peut faire l'hypothèse que le retour du matériel usagé peut avoir un effet « responsabilisant » de prise de conscience « citoyenne » sur les UDVI : on observe d'ailleurs que plusieurs associations insistent sur ce point auprès des UDVI, pour qu'ils ne « *mettent pas les autres en*

⁵ Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study, The Lancet, 2011 (voir bibliographie)

danger »⁶. Néanmoins, nous n'avons pas trouvé de résultats de recherches spécifiques sur le sens du retour du matériel usagé pour les UDVI. On ne connaît pas, globalement, l'impact, au plan psychologique et sociologique, pour les UDVI, de la condition du retour du matériel usagé dans le cadre des programmes d'échanges de seringues. Est-ce que cela a un effet socialement « intégrateur » pour les UDVI, qui acceptent, par le retour des seringues, de « protéger les autres » ? Est-ce que cela contribue à modifier l'image qu'ils ont d'eux-mêmes ou qu'ils pensent que les autres ont d'eux-mêmes ? Est-ce que cela modifie quelque chose à l'étiquette de « toxicomanes » ou de « malades », qu'ils acceptent ou non, par ailleurs ? Il serait véritablement intéressant d'affiner cette question par une exploration spécifique auprès d'UDVI.

1.2. Les impacts connus⁷ des programmes d'échanges de seringues

En France, il apparaît que le pourcentage de sujets séropositifs parmi les UDVI est en baisse depuis la mise en place des programmes de réduction des risques, et ce notamment du fait de la diminution des pratiques de partage des seringues chez les injecteurs. Ainsi, aujourd'hui, les injecteurs de drogues ne représentent plus que 2% des cas de nouvelles contaminations au VIH, contre 30% au milieu des années 90.⁸

Cette baisse significative du risque infectieux en ce qui concerne le VIH est beaucoup moins évidente pour le VHC. Les effets des PES sur la prévalence et l'incidence du VHC semblent faibles. Il faut néanmoins rappeler que ces deux virus vivent et se comportent différemment : les modes de contamination au VHC sont beaucoup plus difficiles à contrôler et l'usage de préservatifs et de matériel d'injection stérile ne préviennent pas tous les risques en la matière.

Plusieurs études internationales montrent ainsi que la prévalence du VIH peut être stabilisée ou réduite quand les UDVI ont accès à suffisamment de seringues stériles : les comportements changent et le partage du matériel n'est plus une évidence pour les injecteurs. Néanmoins, la littérature met également en évidence quelques contre-exemples qui ont été repérés ces dernières années, sans que l'on comprenne bien les contextes dans lesquels ces PES avaient été créés. D'autres études enfin, tendent à montrer que les PES sont plus efficaces s'ils sont associés à un encouragement vers l'accès aux soins et notamment aux traitements de substitution.

Certains médecins et intervenants dans le champ des toxicomanies ont longtemps redouté que les PES n'aient un effet inverse de celui qui était espéré : qu'ils entraînent une augmentation de l'usage de drogues injectables et qu'ils favorisent l'initiation de nouveaux injecteurs. Globalement, on observe en réalité que la pénurie de matériel stérile ne parvient pas à contenir le développement de l'injection, développement qui se fait alors sur le mode du partage du matériel. Par ailleurs, les PES entraînent des bénéfices secondaires qui n'avaient pas toujours été envisagés au départ, et notamment le fait que l'échange assure un meilleur contact des professionnels de santé avec les toxicomanes, encore souvent socialement stigmatisés, et notamment avec les pharmaciens. Ce contact avec les pharmacies, ressources de santé du droit commun qui s'inscrivent dans le quotidien, permet aux UDVI de sortir, au moins momentanément, de la clandestinité. Il y a peu très d'études semble-t-il sur l'évolution des représentations des UDVI qui utilisent les pharmacies pour se fournir en matériel d'injection stérile et gratuit, mais il serait pertinent d'explorer plus avant quel est le sens, pour les UDVI, de l'accès aux seringues par les pharmacies, mais aussi de l'accès aux seringues en CAARUD, afin de mieux connaître ce que l'un et l'autre peuvent apporter aux UDVI. Il faudrait également pouvoir mettre à jour si ce « retour » vers le droit commun, même modeste, entraîne la mise en place d'autres représentations en

⁶ Voir le site de l'association d'auto-support des usagers de drogues ASUD et notamment le « Manuel du shoot à moindre risques » : <http://www.asud.org/>

⁷ Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations. INSERM. Coll expertise Collective, 2010

⁸ Par ailleurs, on notera qu'en France, les surdoses ont été réduites de 80% depuis le milieu des années 90, ce qui semble directement lié à la mise en place des traitements de substitution (source : OCRTIS, 2004)

matière d'estime de soi et d'autres pratiques, voire « réflexes » en matière de pratiques d'injection, mais aussi de soin de soi et de pratiques de santé d'une manière plus générale.

Reste que certaines études montrent également que pour les publics très désinsérés, marginalisés, que l'on retrouve plutôt dans les zones urbaines, il reste difficile de pousser la porte des pharmacies. Pour ces publics, les ressources de droit commun restent difficiles à utiliser au plan symbolique, et les CAARUD apparaissent comme plus adaptés.

Enfin, les démarches de réduction de risques tendent également à éduquer les UDVI autour de la question de l'élimination « propre » du matériel d'injection. Ainsi, de nombreuses études montrent que la réduction des risques favorise l'élimination du matériel usagé sans risque. Les UDVI sont ainsi encouragés, oralement et par les messages d'information glissés dans les kits d'injection, à ne pas jeter leurs seringues telles quelles, dans les ordures ménagères ou dans les espaces publics, mais à les introduire d'abord dans une bouteille en plastique ou dans une canette, en veillant à ce qu'elles n'en ressortent pas, puis à les jeter dans les ordures.

Enfin, sur les territoires où il y a des programmes d'échanges de seringues, les études montrent que l'on ne constate pas d'augmentation de la fréquence d'injection, d'augmentation de l'usage de drogue, ou encore du prêt de seringues à d'autres usagers. Les professionnels ne repèrent pas non plus d'augmentation de l'initiation à l'injection ou encore d'augmentation des délits liés à l'acquisition de drogues. Les PES n'aggravent donc pas les pratiques délinquantes ou dangereuses pour la santé.

Du côté des UDVI, deux enquêtes menées à Marseille et à Québec montrent que plus les enquêtés considèrent l'usage de drogue comme relevant d'une responsabilité sociale et collective, plus ils tolèrent la réduction des risques. A l'inverse, plus ils considèrent l'usage de drogues comme relevant de la responsabilité individuelle plus la réduction des risques est critiquée. Ceci étant, en France, globalement il semble que les démarches de réduction des risques soient bien acceptées par les UDVI.

Plus récemment, le rapport d'information⁹ sur les toxicomanies produit par la Mission d'information sur les toxicomanies et composée de députés et de sénateurs appartenant à la majorité et à l'opposition souligne que :

Les diverses actions de réduction des risques ont, indéniablement, eu un impact positif en matière de santé publique. Comme l'a indiqué M. Serge Longère, président de l'Association française pour la réduction des risques, « *la création des [centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues] a permis à plusieurs associations de poursuivre leurs actions de façon pérenne auprès des usagers de drogues. Grâce à ce cadre institutionnel, les usagers de drogues en rupture avec le droit commun ont eu accès à une prise en charge plus globale – échange de seringues dans le cadre de pratiques à moindres risques, meilleures conditions d'hygiène ou prise en charge sociale* ».

En effet, non seulement les actions de réduction des risques ont amélioré la situation sanitaire des usagers de drogues, mais elles ont aussi offert aux plus précaires une porte d'entrée dans le système de soins.

Au bilan, l'impact des programmes d'échanges de seringues apparaît clairement comme positif : contrairement à ce que certains avaient pu croire lors de leur mise en place ils n'encouragent pas les UDVI à consommer davantage et, au contraire, ils favorisent la mise en place de pratiques, d'habitudes, « d'injection propre » qui se sont traduites, entre autre, par une forte réduction des cas de contamination au VIH.

⁹ Rapport d'information sur les toxicomanies. Mission d'information sur les toxicomanies, Enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 30 juin 2011 (n°3612), enregistré à la présidence du Sénat le 30 juin 2011 (n°699)

1.3. Les acteurs de la réduction des risques autour de l'injection

Avant d'entrer plus avant dans la question du sens et du fonctionnement des programmes d'échanges de seringues, il est sans doute nécessaire de rappeler quels sont les acteurs effectifs ou potentiels dans ce champ, qui sont à même de délivrer gratuitement des seringues, et notamment des kits stériles, à des usagers de drogues par voie intraveineuse.

1.3.1. Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)¹⁰

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) sont issus de la loi du 9 août 2004 qui visait notamment à regrouper les dispositifs de réduction des risques (boutiques, bus, automates, « sleep in ») au sein de structures uniques.

Les CAARUD peuvent être portés par des structures associatives ou des établissements publics de santé, sous réserve que ces derniers gèrent également un Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes (CSST) ou un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA).

Ces structures ont été mises en place pour répondre aux besoins des usagers de drogues qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins ou à ceux dont les modes de consommation ou chez qui les drogues consommées exposent à des risques majeurs (infections, notamment hépatite C, VIH, accidents, etc.). Dans les CAARUD, une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés et les plus socio-économiquement défavorisés (sans domicile fixe, sans emploi, en errance, ...).

L'article R.3121-33-1 du code de la santé publique (CSP) fixe aux CAARUD les missions suivantes :

- l'accueil, l'information et le conseil personnalisé des usagers de drogues
- l'aide à l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles...)
- le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle
- **la mise à disposition de matériel de prévention des infections** (trousse d'injection, préservatifs, boîtes de récupération du matériel usager, jetons pour l'automate)
- l'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers
- le développement d'actions de médiation sociale.
- Ils peuvent également participer au dispositif de veille en matière de drogues et toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Aujourd'hui, les CAARUD sont des acteurs-phare de la réduction des risques par la délivrance de matériel d'injection stérile. D'après une enquête inter-associative portant sur le dispositif national de réduction des risques de juin 2007, la majorité des structures réalisant des actions de RdR sont des associations indépendantes du secteur du soin, dont plus de 50% ont le statut de CAARUD.

¹⁰ Les informations de ce paragraphe sont issues du site de l'association Drogue Info Service (<http://www.drogues-info-service.fr>)

1.3.2. Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)¹¹

Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) sont des structures résultant du regroupement des services spécialisés dans les addictions et consommations problématiques d'alcool et de drogue (CCAA et CSST)¹², prévu par le décret du 14 mai 2007. La plupart ont été constitués en 2010, quelques-uns sont encore en cours.

Ce sont des centres médico-sociaux, qui peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la loi du 1er Juillet 1901, sous condition de l'obtention d'un conventionnement avec le ministère de la santé.

Les missions des CSAPA sont :

- L'accueil, l'information, l'évaluation médicale, psychologique et sociale et l'orientation de la personne concernée ou de son entourage. Ils peuvent également aider au repérage des usages nocifs.
- **La réduction des risques liés à la consommation ou au comportement en cause**
- La prise en charge médicale (bilan de santé, sevrage) et psychologique (soutien, psychothérapie individuelle ou familiale, groupes de parole)
- La prescription et le suivi de traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés,
- La prise en charge sociale et éducative, qui comprend l'accès aux droits sociaux et l'aide à l'insertion ou à la réinsertion.

La plupart des CSAPA sont généralistes mais certains peuvent conserver une spécialisation de leur activité en direction de certaines drogues ou conduites addictives spécifiques.

Les centres assurent soit des soins ambulatoires, soit un hébergement individuel ou collectif. Dans ce dernier cas, le séjour doit permettre la consolidation du sevrage, la restauration de l'équilibre personnel et l'insertion professionnelle.

La circulaire DGS/MC2 no 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA précise que, conformément au décret du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique, les CSAPA « **doivent mettre à disposition de leurs usagers des outils de réduction des risques** ».

Alors que les textes concernant les CAARUD précisent clairement que la mission de réduction des risques passe par la mise à disposition des UDVI du matériel de prévention des infections, ils sont moins explicites en ce qui concerne les CSAPA : les « *outils* » de la réduction des risques peuvent être multiples, pas forcément matériels, ce qui laisse une certaine marge d'interprétation et de manœuvre. A ce jour, la délivrance de matériel stérile d'injection par les CSAPA n'est donc pas une évidence comme c'est le cas pour les CAARUD. Les missions des structures dites de « bas seuil d'exigence » comme les CAARUD restent fondamentalement différentes de celles des CSAPA, largement centrées sur le soin. Or le soin, la prise en charge médicale, sont souvent considérés comme la première étape d'un parcours qui devrait pouvoir mener au sevrage. Il semble ainsi que pour une partie des soignants, la distribution de matériel d'injection aux toxicomanes (notamment s'ils sont sous traitement de substitution) soit une démarche contradictoire avec l'objectif de soin et l'objectif, plus ou moins éloigné ou implicite, de permettre à la personne de sortir de son addiction...

¹¹ Les informations de ce paragraphe sont issues du site de l'association Drogue Info Service (<http://www.drogues-info-service.fr>)

¹² CSST : Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes, CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie

1.3.3. Les médecins libéraux

Les médecins généralistes¹³ occupent aujourd'hui en France une place centrale dans la prescription des traitements de substitution. Depuis 1996, ils ont la possibilité de prescrire en première intention de la Buprénorphine Haut Dosage ou BHD (Subutex®, puis buprénorphine Arrow® et buprénorphine Mylan®) aux patients dépendants aux opiacés. Ils peuvent également prolonger la prescription de méthadone après initiation du traitement dans un centre spécialisé (CSAPA), à l'hôpital ou en milieu pénitentiaire. Les médecins généralistes ont en outre, souvent, une position de recours auprès de patients qui débutent leur consommation de drogues illicites.

Le cadre de prescription de la buprénorphine et de la méthadone est donc précisément règlementé. La buprénorphine peut être prescrite par tout médecin généraliste, pour 28 jours maximum, sans contrôle urinaire. La méthadone ne peut être primo-prescrite que dans les centres de soin, pour une période de 14 jours maximum, avec un cadre souvent très strict, qui peut comprendre des contrôles urinaires et parfois des « punitions » si l'utilisateur consomme des produits illicites¹⁴.

En outre, un dialogue peut s'établir entre le médecin généraliste et l'utilisateur de drogue qui peut favoriser des pratiques de réduction des risques chez les UDVI. En revanche, les médecins ne délivrent pas de matériel d'injection.

1.3.4. Les pharmacies d'officines

Les pharmacies d'officines se trouvent à la croisée de la « gestion » des risques, du côté des UDVI avec la notion de « réduction des risques », mais aussi du côté de la protection de la population générale. En effet, au-delà de leur rôle de ressource dans l'accès aux seringues stériles, la question des seringues usagées dans les espaces publics ou dans les déchets ménagers pose également la question du risque d'accident, et donc finalement des acteurs possible de la collecte de ces déchets.

Les pharmacies et la délivrance de seringues neuves

Initialement en vente libre dans les pharmacies, les seringues sont devenues d'un accès plus contraint suite au décret du 13 mars 1972 « règlementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales, en vue de lutter contre la toxicomanie ». A partir de cette date, l'accès aux seringues est soumis à prescription : l'objectif de cette mesure était de « protéger » les toxicomanes d'une tentation accrue à s'injecter du fait de cette facilité d'accès aux seringues... Et ce, jusqu'à ce que le décret n°87-328 du 13 mai 1987 suspende le décret de 1972 et redonne un accès libre aux seringues. Une suspension qui sera pérennisée par le décret n°89-560 du 11 août 1989. En effet, l'épidémie de Sida qui débute dans les années 80 touche particulièrement les toxicomanes et après de nombreux et virulents débats, le constat est clairement posé que le partage de matériel usagé par différentes personnes accroît massivement le risque de transmission du VIH.

On peut donc dire que c'est par la question de l'accès aux seringues que les pharmacies sont depuis longtemps impliquées, au moins de manière indirecte, dans la politique de réduction des risques. Par ailleurs, la délivrance de Subutex ou de méthadone sous ordonnance (depuis le début des années 90) a créé un espace de rencontre (de dialogue et parfois de tensions) entre pharmaciens et UDVI.

¹³ Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies. <http://www.drogues.gouv.fr/etre-aide/lieux-daccueil/structures-de-prise-en-charge-des-usagers/>

¹⁴ La substitution aux opiacés. Le point de vue des usagers. Pierre Chopard 26 janvier 2009. Association ASUD. <http://www.asud.org/substitution/index.php>

De nombreuses études ont montré que les risques d'infection et de contamination ne concernaient pas uniquement les seringues, mais également tous les outils habituellement utilisés dans l'injection : cotons, coupelles ou cuillers, citron. Il est donc peu à peu devenu évident que la réduction des risques concernant l'injection devait également inclure ces outils « annexes » à la seringue elle-même... C'est ainsi qu'en 1992, l'association Apothicom¹⁵ a conçu un programme de prévention du Sida chez les toxicomanes autour de la création d'un kit de prévention, le Stéribox® qui a succédé à une précédente opération, le Képa menée en 1991 par la Mission Toxicomanie - Sida avec les pharmaciens de la commune d'Ivry. Le programme Stéribox a été adopté par le Ministère de la Santé et étendu au plan national en 1994. Face à l'importance des contaminations virales notamment l'Hépatite C chez les toxicomanes, Apothicom a mis au point en 1998, un nouvel outil le Stéricup® visant à promouvoir l'usage unique et le non partage de la coupelle pour préparer l'injection, également facteur de risque de contamination. Le Stéricup® a ainsi été intégré par les pouvoirs publics dans les Stéribox® de deuxième génération.

La fabrication des Stéribox® est entièrement financée par l'Etat et il est recommandé aux pharmaciens de le vendre au prix de 1 euro le kit. Néanmoins, les différentes personnes interviewées dans le cadre de la présente évaluation font état de pharmacies en Rhône-Alpes qui ne participent pas à des programmes d'échanges de seringues et, par ailleurs, vendent les Stéribox® plus cher que ce qui est préconisé : 2 euros, voire 4 euros. Il semblerait qu'il s'agisse là d'une sorte de stratégie de limitation (voire de dissuasion) de la clientèle d'UDVI.

Aujourd'hui, là où il n'y a pas de programme d'échange de seringues en officine, les UDVI peuvent se fournir en seringues gratuitement dans les CAARUD, s'il y en a sur leur territoire, ou en achetant des Stéribox® ou encore de simples seringues pour diabétiques en pharmacies. Néanmoins, on sait qu'il ne suffit pas d'avoir une seringue stérile pour éviter les contaminations : le coton, la coupelle sont également des vecteurs potentiels d'infection. C'est pourquoi les kits qui comprennent notamment une coupelle et un filtre stérile (Stérfilt®), en sus des seringues, offrent les meilleures garanties en termes de réduction des risques pour les UDVI (Kit + notamment...).

Les pharmacies et la collecte de seringues usagées¹⁶

La question de la collecte des seringues usagées et plus largement des déchets d'activité de soin à risque infectieux (DASRI), et notamment ceux provenant des patients en auto-traitement (DASRI PAT) à longterm constitué un objet de débat, voire de conflit entre pharmacies d'officine, collectivités locales et parfois hôpitaux. Si ce sont bien les collectivités locales qui ont en charge la collecte et le traitement des déchets ménagers, les DASRI n'entrent pas dans cette catégorie du fait du risque sanitaire spécifique qu'ils présentent, notamment en matière de risque de contamination par les déchets piquants et tranchants. Ainsi, les maires notamment, qui sont chargés de l'organisation de la collecte des déchets des ménages, ont une obligation de protection des employés municipaux chargés de la collecte et une obligation d'information de leurs administrés : ils peuvent à ce titre favoriser ou organiser la mise en place de collectes sélectives ou de dispositifs d'apport volontaire des déchets piquants ou coupants des malades en auto-traitement et des professionnels de santé, mais ils n'ont pas d'obligation à le faire.¹⁷

Les DASRI produits par les patients en auto-traitement sont donc, jusqu'à ce jour, de leur propre responsabilité. L'article R1335-2 du Code de la santé publique précise ainsi que la responsabilité de l'élimination des DASRI produits dans le cadre du traitement à domicile incombe "à la personne physique qui exerce l'activité productrice de déchets".

Un arrêté de 1999 précise par ailleurs les obligations quant à la nature du lieu d'entreposage des DASRI en pharmacie d'officine. Jusqu'à une période récente, les pharmaciens n'étaient pas tenus de les collecter, néanmoins, s'ils recueillaient des DASRI, ils devaient disposer d'un local bien ventilé, indépendant de l'officine, aux parois lavables et muni d'une évacuation vers le réseau des

¹⁵ Apothicom. Association pour la Prévention, la pharmacovigilance et la Communication. Association loi 1901

¹⁶ Ces informations sont pour l'essentiel issues du bulletin de l'Ordre des Pharmaciens « Les nouvelles pharmaceutiques » n°373 du 15/01/2009

¹⁷ Voir l'étude de l'ORS Rhône-Alpes sur l'Evaluation du gisement de DASRI (déchets d'activité de soin à risques infectieux) produits par des patients en auto-traitement réalisée en 2005 (cf. bibliographie)

eaux usées. Des conditions matérielles contraignantes qui ne sont pas toujours réunies dans les pharmacies. Par ailleurs, en cas de contamination (accidentelle, avec un déchet piquant ou tranchant notamment), la responsabilité du pharmacien serait engagée, sans qu'il y ait, en amont, de vraies possibilités d'assurance professionnelle quant à ce risque.

De leur côté les hôpitaux et les professionnels de santé (médecins, dentistes, infirmières, ...) gèrent leur propres DASRI mais ne sont aucunement obligés de collecter les autres DASRI, notamment des patients en auto-traitement.

La législation a cependant évolué : l'article 30 de la loi de finances de 2009 prévoit maintenant que les pharmacies d'officines, les pharmacies à usage intérieur et les laboratoires de biologie médicale récupèrent les DASRI en l'absence de filière de collecte de proximité. Enfin, le décret n°2010-1263 du 22 octobre 2010 prévoit que les officines de pharmacie remettent gratuitement aux patients dont l'auto-traitement comporte l'usage de matériels ou matériaux piquants ou coupants un collecteur de déchets d'un volume correspondant à celui des produits délivrés. A partir du 1^{er} novembre 2011, date d'application du décret, les pharmaciens seront donc tenus de délivrer des boîtes de collecte des DASRI ou s'exposeront à une contravention de 3^{ème} classe.

Ce décret prévoit par ailleurs, dans le cadre de la REP (Responsabilité Élargie du Producteur) que les fabricants de médicaments et de dispositifs médicaux à l'origine des DASRI piquants ou coupants, assurent gratuitement la fourniture de conteneurs de collecte vides aux pharmacies. Une fois ces conteneurs pleins, les officines auront la charge de les récupérer en l'absence d'un autre dispositif local de collecte. Suivant le même principe de responsabilité élargie des producteurs, ce sont les industriels qui sont censés prendre en charge financièrement la filière de collecte et d'élimination de ces DASRI en France.

Il semble que le Laboratoire Sandoz ait été l'un des premiers à investir les possibilités ouvertes par la nouvelle législation : il a mis en place des bornes de collecte « Réalisons la santé durable », à installer dans les officines. Ces bornes sont en principe à disposer dans « l'espace patient » où, une fois enregistré (avec son identité ainsi que le code barre de la boîte de seringue) le patient peut se débarrasser de ses DASRI. Ce laboratoire délivre également gratuitement des conteneurs de 1 litre, que les patients en auto-traitement injectable (diabétiques notamment) peuvent emporter chez eux, puis rapporter à la pharmacie. Or, d'après les informations recueillies auprès de pharmaciens de la région munis de ces « bornes Sandoz », celles-ci ne s'ouvrent que si elles peuvent reconnaître le code barre de la boîte de seringues (alors usagées) : ceci permet une traçabilité du matériel d'injection, mais également de la personne utilisatrice de ce matériel.

On peut alors faire l'hypothèse que ces conteneurs gratuits peuvent constituer pour les pharmacies un élément de fidélisation supplémentaire des patients en auto-traitement, mais que pour l'instant, étant donné le système de traçabilité mis en place, qui élimine toute possibilité d'anonymat, ces « bornes » ne peuvent convenir aux UDVI qui restent, malgré tout, dans une pratique illégale et ne souhaitent pas être repérés ou « fichés » par ce biais.

1.3.5. D'autres associations délivrent du matériel d'injection

Selon l'article D3121-27 du Code de la Santé publique, les seringues et les aiguilles destinées aux injections peuvent être délivrées à titre gratuit par toute association à but non lucratif menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques chez les usagers de drogues répondant aux conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces associations ne sont pas obligatoirement des CAARUD ou même des CSAPA : il peut s'agir d'associations d'usagers de drogues (ASUD, par exemple) ou encore de défense et soutien de certains publics spécifiques (AIDES pour les victimes du VIH, Keep Smiling, pour le milieu des usagers de drogues « Teufeurs », Cabiria pour les prostituées de Lyon, ...). Le plus souvent cette délivrance semble s'accompagner de récupération de matériel d'injection usagé, mais de façon non systématique (sans qu'il s'agisse d'une condition *sine qua non* de l'échange) et dans des conditions très variables selon les associations, que nous n'avons pas pu explorer plus avant dans la présente étude.

2. EVALUATION DU PROGRAMME D'ÉCHANGE DE SERINGUES DU PAYS DE GEX

Ce chapitre analyse le programme d'échange de seringues du Pays de Gex. Dans un premier temps, le cadre logique du programme est présenté, puis les données d'évaluation disponibles ainsi que le point de vue des acteurs d'AAJ sont exposés.

Enfin, la méthodologie d'évaluation et le résultat des entretiens menés avec des pharmaciens participants au PES du Pays de Gex, ainsi que le point de vue des usagers de drogues par voie intraveineuse, interrogés par questionnaires anonymes, sont présentés dans la dernière partie du chapitre.

2.1. Le cadre logique du programme

2.1.1. Le diagnostic

Plusieurs éléments sont repérés comme ayant constitué des déclencheurs du besoin de mettre en place un programme d'échange de seringues dans le Pays de Gex.

En 1992, une enquête a été demandée par le Conseil général à l'ADSEA¹⁸ à la suite du décès de plusieurs UDVI¹⁹ par overdose, sur le territoire du Pays de Gex. A la suite de cette enquête une réflexion a été lancée, en collaboration avec différents partenaires dont l'association de prévention DIRE²⁰, les CAARUD²¹ APRETO²² et AIDES 38 et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, et également un pharmacien en officine du Pays de Gex, afin de définir des outils pour mieux prendre en charge les usagers de drogues injectables du territoire.

Cette réflexion a par ailleurs été menée dans un contexte national marqué par la lutte contre le SIDA, et dans un contexte local où il existait une réelle problématique de seringues usagées laissées par les toxicomanes dans les espaces publics, notamment énoncée sous forme de plainte par les habitants et par les élus locaux. Notons également que des pharmaciens se plaignaient du comportement des UDVI, parfois agressif, notamment en matière d'accès aux produits de substitution.

Par ailleurs, certains des pharmaciens du territoire étaient demandeurs d'un système d'échange de seringues pour ne plus être sollicités pour récupérer les seringues usagées, et ce, souvent de manière « artisanale », dans des bouteilles en plastique par exemple. Enfin, certains pharmaciens manifestaient également le désir d'aider les UDVI, dont l'état de santé se dégradait (rappelons qu'il n'y avait pas de traitement contre le sida à l'époque). Notons encore qu'un programme d'échange de seringues existait déjà à Genève : il semble que les UDVI du Pays de Gex ramenaient relativement facilement les seringues au bus BIPS²³.

On soulignera également que les UDVI du Pays de Gex étaient repérés comme un public plutôt inséré socialement (avec la plupart du temps un logement et des revenus), les UDVI plus désinsérés voire marginalisés vivant essentiellement à Genève.

¹⁸ ADSEA : Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence

¹⁹ UDVI : Utilisateurs de Drogues par Voie Intraveineuse

²⁰ DIRE : association Drogue Information Réflexion Entraide (Pays de Gex)

²¹ CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogue

²² APRETO : Association pour la Réhabilitation des Toxicomanes (Annemasse)

²³ BIPS : Bus Itinérant de Prévention du Sida

Eu égard à ces constats, Accueil Aide aux Jeunes a proposé en 1993 un projet de programme d'échange de seringues qui sera retenu, avec financement d'un poste dédié de trois-quarts équivalent temps plein (qui sera de fait occupé par une psychologue intervenant à AAJ). M. Barbottin, pharmacien à Saint-Genis-Pouilly, a été dès lors mandaté pour présenter ce projet d'échange de seringues, qui prend la forme d'une recherche-action, aux pharmaciens du Pays de Gex et qui débute en 1994.

2.1.2. L'objectif général

L'objectif de ce programme d'échange de seringues est la réduction des risques pour les consommateurs de drogues qui s'injectent les produits, et notamment les risques concernant la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC).

2.1.3. Les objectifs spécifiques

Plusieurs objectifs spécifiques ont également été évoqués :

- Donner aux UDVI la possibilité de « s'injecter propre »
- Responsabiliser les UDVI par rapport à la question des seringues usagées abandonnées dans les espaces publics, en les encourageant à les rapporter dans les pharmacies, dans une logique d'échange des seringues usagées par des seringues neuves.
- Au-delà de l'échange de seringues, il s'agissait également d'informer les UDVI de l'existence du CSAPA Accueil Aide aux Jeunes (notamment via l'adresse d'AAJ, collée sur les boîtes de seringues) et de mieux les orienter vers le soin.

2.1.4. Les autres effets envisagés

D'autres effets pouvaient être envisagés avec la mise en œuvre de ce programme :

- Une libération de la parole entre UDVI et pharmaciens qui pouvait favoriser davantage de dialogue, un autre regard des pharmaciens sur les UDVI et inversement.
- Résoudre le problème des seringues usagées dans les espaces publics
- Améliorer les relations entre le CSAPA AAJ et les forces de police ainsi que la Justice
- Renforcer l'accompagnement des UDVI vers les soins et, en aval, vers la reconnaissance de leur identité de malade, une identité de malade qui pouvait dès lors prendre le pas sur celle de délinquant.

2.1.5. Les activités

Plusieurs activités ont été et sont réalisées pour la mise en œuvre du PES :

➤ **Mise en place d'un comité de pilotage au démarrage de la réflexion**

Un Comité de pilotage a été mis en place qui comprenait : la DDASS, le Centre Psychothérapique de l'Ain, l'association Drogue Information Réflexion Entraide (DIRE), l'ADSEA, la CPAM, des élus.

➤ **Consultation et recrutement des pharmaciens au démarrage du programme d'échange de seringues**

Prise de contact avec les pharmaciens pour repérer leurs attentes dans ce domaine et leur proposer de participer au programme d'échange de seringues.

La psychologue a eu différents temps d'échange avec les pharmaciens pour leur expliquer le fonctionnement du programme, répondre à leurs questions, etc. Elle leur a expliqué que le principe était de ramener des seringues usagées en échange de nouvelles boîtes. Il s'agit d'amener les UDVI à « s'injecter propre ».

➤ **Coordination et suivi du programme d'échange de seringues**

Le suivi du programme consiste notamment à se rendre dans toutes les pharmacies participantes pour leur livrer les kits (boîtes et enveloppes) : les pharmaciens appellent AAJ lorsqu'ils se trouvent à cours de kits. Les livraisons sont faites dans la semaine après l'appel. Il n'y a jamais de situation de « grande urgence » : en cas de rupture de kits, les consommateurs sont orientés vers d'autres pharmacies du Pays de Gex. Une fois par mois, toutes les pharmacies sont appelées pour savoir s'il y a des besoins de livraison de kits. Les livraisons constituent des opportunités d'échange avec les pharmaciens, les préparateurs.

Ce suivi consiste également à discuter - *de visu* ou par téléphone - avec les pharmaciens et les préparatrices sur le fonctionnement du programme, les utilisateurs de drogues injectables, et rappeler si besoin, les principes du PES.

Il faut également être en contact avec l'entreprise qui s'occupe de la collecte des conteneurs.

➤ **Réalisation des kits**

Au début du programme, les kits (contenant des seringues de 1ml) étaient fournis par AIDES. A partir de 1994, c'est AAJ qui porte complètement le programme et c'est le Centre Psychothérapeutique de l'AIN (CPA) qui achète le matériel (notamment les seringues de 2 ml) : les premières années, c'étaient les professionnelles d'AAJ qui fabriquaient elles-mêmes les kits (à partir des documents et informations fournis par le BIPS de Genève). Dans un deuxième temps, le CPA a embauché une personne, spécifiquement dédiée à la préparation des kits.

➤ **Réalisation d'affiches et de messages d'information**

Des affiches avaient été réalisées par AAJ pour être mises dans les pharmacies, afin d'informer les UDVI que ces officines participaient au PES. Par ailleurs, un message d'hygiène concernant l'injection était collé sur le kit.

➤ **Distribution et collecte des conteneurs de seringues usagées**

Au démarrage du PES, les pharmaciens auraient été interpellés par l'Ordre des pharmaciens, défavorable à la récupération des déchets par les officines (une récupération qui n'est d'ailleurs pas légale, à proprement parler)... Néanmoins, cela n'a pas réellement freiné la mise en place du PES.

Les premiers temps la récupération des conteneurs (remplis de seringues usagées) a été assurée par le personnel d'AAJ (avec un véhicule personnel, puis un véhicule de la CPAM).

Puis, ce furent des employés de l'Hôpital de Saint-Julien en Genevois qui récupéraient les conteneurs. Néanmoins, un accident s'est produit : l'un des chauffeurs s'est piqué. Après cet accident, l'hôpital a refusé de poursuivre la récupération des conteneurs.

Aujourd'hui, des conteneurs sont livrés aux pharmacies selon leur demande (3 litres, 7 litres) par AAJ. On repère des moments clefs dans l'année où les conteneurs seraient plus vite remplis : le mois de septembre ou lors de certains festivals en été.

C'est un prestataire (l'entreprise PRIS) qui récupère les conteneurs des seringues usagées d'UDVI dans les pharmacies (pas de seringues de patients diabétiques par exemple).

Certaines pharmacies choisissent des conteneurs à garder en officine (les plus gros sont de sept litres). Mais des UDVI ont demandé à pouvoir emmener des conteneurs chez eux (de 3 litres), il s'agirait plutôt de gros consommateurs. Point de vigilance : il est arrivé que certains pharmaciens demandent des conteneurs et pas des seringues : pour récupérer (et faire récupérer par le PES) des seringues de patients diabétiques peut-être...

Par ailleurs, on note que la communauté de communes a mis en place un bus de ramassage de déchets de patients en auto-traitement (le Médibus). Cependant, pour pouvoir déposer des déchets dans ce bus, il est nécessaire que les personnes s'inscrivent nominativement, en présentant un document attestant de leur domiciliation dans le Pays de Gex, ce qui ne convient pas forcément aux UDVI qui recherchent plutôt l'anonymat. Les professionnels d'AAJ pensent de ce fait que le Médibus est peu ou pas utilisé par les UDVI.

2.1.6. Les ressources

2.1.6.1. Les moyens humains :

➤ **Le personnel du CSAPA**

En 1994, le programme démarre avec 0,75 équivalent temps plein de psychologue pour s'occuper du programme (contact avec les pharmaciens, livraisons des kits...).

Depuis 2005 le temps de la psychologue dédié au PES est intégré à l'activité du CSAPA.

Il y a aujourd'hui principalement dans ce programme une psychologue et une assistante sociale. Il semble que le temps consacré par ces professionnelles soit moins important aujourd'hui qu'à son démarrage (aujourd'hui le temps de coordination, de gestion, et de contact avec les pharmaciens représente environ 10 à 12 heures par mois).

➤ **Un salarié du Centre Psychothérapique de l'Ain**

Un salarié du CPA réalise les kits (il met le matériel d'injection dans des boîtes ou des enveloppes).

➤ **Les pharmaciens**

Douze pharmacies avaient initialement été contactées avec l'idée de créer une sorte de réseau. (à noter : les médecins généralistes n'ont pas été sollicités dans le cadre de la mise en place du PES). Puis des pharmaciens nouvellement installés sont entrés dans le programme... Cependant, il semble que quelques pharmaciens aient intégré ce programme surtout sous la pression du groupe de confrères et qu'ils en soient finalement sortis quelque temps après... On notera que le fait que les UDVI puissent s'injecter du Subutex, parallèlement à leur utilisation du PES peut constituer un frein pour certains pharmaciens... Il faut leur expliquer qu'ils s'injectent aussi de l'héroïne, et que dans tous les cas, il existe des risques de contamination si les seringues ne sont pas neuves et stériles. On leur rappelle ainsi que l'essentiel est la réduction des risques et pas ce que l'on met à l'intérieur des seringues : il s'agit pour les UDVI « d'injecter propre ».

Aujourd'hui, 19 pharmacies participent au PES (pas de participation à Lelex)

➤ **L'entreprise de collecte de conteneurs de seringues usagées**

L'entreprise PRIS collecte les conteneurs des seringues usagées dans les pharmacies (seringues d'UDVI uniquement : les seringues des diabétiques et autres patients en auto-traitement ne sont pas concernées). C'est le Centre Psychothérapique de l'Ain qui gère les relations avec PRIS.

2.1.6.2. Les moyens matériels :

➤ **Les kits de matériel d'injection stérile**

Au début du programme, pendant les trois premiers mois, les kits contenaient des seringues de 1ml fournies par AIDES.

A partir de 1994, les kits contenaient deux seringues de 2 ml, 1 préservatif, 2 tampons alcoolisés, du sérum physiologique, le tout inséré dans une enveloppe. Soulignons que les seringues des Stéribox® sont de 1 ml, mais que les UDVI ont semblé, au démarrage du PES, préférer les seringues de 2 ml (qui leur permettaient d'injecter plus facilement différents produits...).

Aujourd'hui AAJ propose aux pharmaciens des sachets (contenant deux seringues de 2 ml) et des boîtes (Stéribox® contenant deux seringues de 1 ml).

Deux étiquettes sont apposées sur ces kits : l'une comportant un logo spécialement créé pour la PES, l'autre comportant les coordonnées de l'antenne du CSAPA à Gex.

On notera qu'il ne semble pas y avoir sur le Pays de Gex de demande pour des « *roule ta paille* », utilisés pour sniffer des substances psychoactives.

➤ **Des affiches et un message d'information sur le kit**

Des affiches ont été réalisées au démarrage du programme pour être mises dans vitrines des pharmacies, afin d'informer les UDVI que ces officines participaient au PES.

➤ **Les conteneurs de récupération des seringues utilisées**

Le coût des conteneurs et de l'élimination des déchets doit être inclus dans la réflexion sur un montage de PES car il peut constituer un obstacle.

Deux types de conteneurs sont proposés aux pharmacies : des conteneurs de 3 litres et des conteneurs de 7 litres. Il y a aussi des demandes pour des conteneurs de 1 litre (soit environ 250 seringues), non prévus dans le PES du Pays de Gex, mais que les UDVI pourraient peut-être plus facilement emmener chez eux...

2.1.6.3. Les moyens financiers

Depuis 2010 le financement du PES du Pays de Gex est inclut dans le budget du CSAPA.

2.2. Données d'évaluation disponibles et perception du programme par les acteurs d'AAJ

2.2.1. Données d'évaluation recueillies par AAJ

- Les données concernant le nombre de seringues distribuées et récupérées depuis la création du programme, fournies par AAJ, sont dans le Tableau 1 :

Tableau 1 : Activité du PES du Pays de Gex depuis sa création – Source : AAJ

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
SERINGUES DISTRIBUEES	8832	11916	6116	3804	8044	15820	21328	17266	13310	14262	12562	9122	7240	6572	8224	6642
SERINGUES RECUPEREES (Estimation)	6500	9000	5600	3000	2500	13270	13338	14759	12420	13800	12040	6730	3760	4170	7400	8202
% RECUPERATION	73,6	75,5	91,6	78,9	31,1	83,9	62,5	85,5	93,3	96,8	95,8	73,8	52	63,5	90	123

En 2010, le nombre de seringues distribuées était de **6 462** et le nombre estimé de seringues récupérées était de **8 202** seringues : il y aurait donc **davantage de seringues récupérées que de seringues distribuées** dans les kits gratuits par les pharmacies.

Il semble cependant difficile d'évaluer exactement le retour des seringues usagées des UDVI. En effet, AAJ connaît le nombre de seringues livrées aux pharmacies et le nombre de conteneurs qui y sont déposés, mais il reste malaisé de savoir quel est le nombre réel de seringues usagées ramenées en pharmacies. L'entreprise prestataire transmet les bordereaux de collecte au Centre Psychothérapique de l'Ain qui récupère de fait les

conteneurs et les traite avec les autres déchets de l'hôpital. Ces conteneurs sont pesés par le CPA, qui estime ainsi le nombre de seringues ramenées : on peut en effet établir une correspondance entre le poids d'un conteneur plein et le nombre de seringues qu'il peut contenir. Néanmoins, ces conteneurs ne sont pas ouverts pour vérifier quel est le matériel qui s'y trouve effectivement. On peut ainsi faire l'hypothèse que les pharmaciens utilisent également ces conteneurs pour débarrasser certains de leurs clients en auto-traitement (diabétiques notamment) de leurs seringues usagées, voire qu'ils y introduisent d'autres types de déchets. Cette pratique n'est pas isolée, d'une manière générale : tolérée dans certains PES, refusée dans d'autres, elle ne remet pas en cause la notion de réduction des risques et d'utilité de la distribution de matériel d'injection stérile, mais elle peut fausser la compréhension et l'interprétation que l'on peut avoir de la pratique et du sens du retour du matériel usagé par les UDVI.

- Une enquête a été réalisée par AAJ auprès des pharmaciens en 2010, notamment pour savoir s'ils étaient toujours mobilisés sur la question du programme d'échange de seringues. Les questionnaires retournés par les pharmaciens ont permis de faire une évaluation du taux de récupération, qui semble faible (contrairement à ce que laisserait penser les chiffres concernant le poids des conteneurs collectés). Globalement, il reste donc difficile pour les UDVI de rapporter les seringues usagées en pharmacie, en partie pour des raisons de confidentialité et d'anonymat. Les pharmaciens déclarent en effet que, très souvent, les UDVI ne ramènent pas les seringues. L'échange, *stricto sensu*, est devenu problématique.

Les résultats de cette enquête sont par ailleurs positifs : le PES est devenu une évidence, c'est un acquis pour les pharmaciens qui ont répondu au questionnaire et qui semblent disposés à continuer à participer à ce PES.

Cependant, à terme, si l'ensemble des pharmaciens ne sont pas remobilisés, le programme risque de véritablement s'essouffler et de s'arrêter. Et ce, d'autant plus que certains pharmaciens se sentent assez seuls face aux UDVI, et que les médecins généralistes ne les aident pas toujours. Certains pharmaciens exprimeraient le besoin d'avoir un appui.

A noter : aucun pharmacien n'a assisté à la dernière réunion organisée par AAJ pour restituer les résultats de l'enquête réalisée par questionnaire.

- AAJ a réalisé une enquête avec le BIPS de Genève : 10 % du matériel français usagé serait ramené en Suisse.

2.2.2. Autres constats réalisés par les acteurs d'AAJ :

- On trouve aujourd'hui beaucoup moins de seringues usagées dans les espaces publics.
- Les pharmaciens n'ont plus peur des UDVI, il n'y a pas de rejet systématique de cette population.
- Quelques UDVI arrivent au CSAPA d'AAJ, orientés par les pharmaciens. C'est de plus en plus le cas avec les plus jeunes usagers. Les « anciens » acceptaient moins facilement l'idée de soins.
- Il y a aujourd'hui au CSAPA moins de patients atteints du VIH.
- Le PES a également permis d'améliorer les contacts avec la police et la gendarmerie : ils ont maintenant bien compris que la réduction des risques, fondement d'un PES, est légale.
- Certains policiers ont pu, ponctuellement, appeler AAJ pour récupérer des seringues : il a fallu leur expliquer que telle n'est pas la mission d'AAJ.

2.2.3. Perspectives pour le programme d'après les acteurs d'AAJ:

Il n'y a pas de projet de distribuer des kits au CSAPA : l'objectif reste de ne pas « mélanger » le soin avec la réduction des risques, car un CAARUD n'est pas un CSAPA. Dans le cas contraire il y aurait un risque de délivrer un message confus aux patients. Il est difficile de faire en même temps du soin (qui doit mener à l'arrêt de la consommation) et un travail de réduction des risques .

Globalement, il serait intéressant de mieux comprendre pourquoi les pharmaciens restent dans ce programme sans véritablement s'y impliquer fortement (notamment en ce qui concerne le retour du matériel usagé)... Peut-être que la participation des pharmacies du Pays de au PES est devenu une sorte de « norme » ? (Ce qui n'est par ailleurs pas le cas dans les territoires où nous avons examiné le fonctionnement d'autres PES...).

Il apparaît nécessaire de remobiliser les pharmaciens, et notamment ceux qui n'étaient pas là au moment du lancement du PES (il y a un fort turn-over des pharmaciens, et encore plus des préparateurs, dans le Pays de Gex). Parallèlement, AAJ connaît une importante hausse du nombre de patients en substitution (+ 17%), ce qui, à moyens constants, ne permet pas de dédier, en interne, davantage de temps pour remobiliser activement les pharmaciens participant au PES, car il s'agit d'un travail individuel, auprès de chacun d'entre eux, en même temps qu'un travail d'animation de réseau.

On note enfin qu'il y a eu une convention avec les pharmaciens, autour du PES, mais que celle-ci n'existe plus... Il y a donc une réflexion à mener sur les moyens de réimpliquer plus fortement les pharmaciens dans le PES.

2.2.4. Les questions d'évaluation pour les acteurs d'AAJ

1/ Quel est réellement le taux de retour de matériel utilisé ?

(Cela est difficile à savoir car les conteneurs ne sont pas pesés, AAJ n'a pas les bordereaux de l'entreprise de ramassage et le nombre de seringues ramenées n'est pas relevé par les pharmaciens).

2/ Qu'est-ce que le PES apporte aux pharmaciens

(La situation semble paradoxale : ils sont nombreux à être dans le PES sans pour autant s'y impliquer fortement... Souhaitent-ils jouer un rôle en tant qu'acteurs de santé publique ?)

3/ Comment mieux organiser l'interface entre les pharmaciens et Accueil Aide aux Jeunes ?

2.3. Méthodologie de l'évaluation

2.3.1. La question d'évaluation du PES du Pays de Gex

La question d'évaluation qui correspond aux objectifs de l'étude est : **quel est le fonctionnement du programme d'échange de seringues du Pays de Gex, quelle est sa pertinence pour les usagers de drogues par voie intraveineuse ?**

2.3.2. Critères et indicateurs de l'évaluation

Plusieurs critères et indicateurs ont été retenus pour apporter des réponses à la question d'évaluation. Ils ont été utilisés pour :

- élaborer le guide d'entretien utilisé pour interviewer les pharmaciens du Pays de Gex qui participent au programme d'échange de seringues
- élaborer le questionnaire destiné à recueillir l'opinion et les pratiques des UDVI participant au programme d'échange de seringues²⁴

Ces critères sont les suivants :

1/ La file active des UDVI participant aux PES, dans les pharmacies du territoire

- Leur nombre et leur rythme de passage en pharmacie
- Leur profil en termes de sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle
- Leur comportement des UDVI en pharmacie, d'après les pharmaciens

2/ La livraison des kits d'injection stériles en pharmacie

- **Mesures quantitatives et qualitatives de la livraison en pharmacie des kits d'injection dans le cadre du PES**
 - Le nombre de boîtes ou enveloppes délivrées, par mois, par an
 - Le rythme de livraison par AAJ
- **Les points forts ou points faibles de la livraison par AAJ**
 - Réactivité, délais,
 - Gestion de la rupture de stocks de kits

3/ Les kits d'injection stériles

- Correspondance avec les pratiques des UDVI (boîtes, enveloppes)
- Correspondance avec les attentes des UDVI (contenu, présentation, ...)

4/ Le retour de matériel utilisé

- **Les conteneurs de seringues usagées : leur taille, leur place dans la pharmacie, leur manipulation par les pharmaciens et par les UDVI**
- **Mesures quantitatives et qualitatives du retour en pharmacie des seringues usagées prises dans le cadre du PES :**
 - Taux de retour des seringues usagées : estimation de la proportion de seringues ramenées par rapport aux seringues délivrées par les pharmaciens. Volume de seringues usagées récupéré par les pharmacies (évaluation du nombre de seringues rapportées, notamment selon le remplissage des conteneurs en fonction de leur litrage).
 - Le poids des conteneurs pleins (seringues usagées) collectés dans les pharmacies (bordereaux des transporteurs, pesée des conteneurs, ...)
 - Pratiques habituelles des UDVI en ce qui concerne leurs seringues après usage
 - Leviers ou freins pour les UDVI à rapporter les seringues usagées en pharmacie.

5/ Le recueil des conteneurs

- Organisation, contraintes ou avantages pour les pharmaciens
- Rythme de passages en pharmacies
- Autres problématiques autour des conteneurs (systèmes concurrents ex : Laboratoires Sandoz ...)

²⁴ Le guide d'entretien et le questionnaire sont accessibles en annexe.

6/ Apport du PES aux pharmaciens

- Les freins et leviers pour intégrer le PES pour les pharmaciens
- Les freins et les leviers pour se maintenir dans le PES pour les pharmaciens
- Les contacts et les rapports entre pharmaciens et UDVI dans les officines
- Le sens donné aujourd'hui au PES et à la réduction des risques par les pharmaciens.

7/ Apport du PES aux UDVI

- Apports sur les pratiques de consommation, d'injection (réduction des risques)
- Apports au plan symbolique, des représentations (de soi, de sa santé, de l'accès aux soins...)

8/ L'interface entre Accueil Aide aux Jeunes et les pharmaciens

- Attentes exprimées des pharmaciens par rapport à AAJ au niveau du PES (contacts, livraison des kits, retour des seringues usagées, disponibilité,
- Informations souhaitées sur des thèmes concernant les drogues / les consommateurs, et supports d'information souhaités

2.3.3. Outils et méthode pour répondre à la question d'évaluation

Afin de répondre à la question d'évaluation, deux investigations ont été menées, selon deux approches différentes :

- Une **enquête par entretiens semi-directifs auprès de pharmaciens du Pays de Gex participant au programme d'échange de seringues**, à partir d'un guide d'entretien. Ces entretiens ont été réalisés par téléphone. (Un courrier d'information avait été envoyé aux pharmaciens du PES par le CSAPA AAJ, mais tous ne l'avaient pas reçu : dans ce cas, l'objet de l'enquête a été expliqué par téléphone. Le choix des pharmacies a été fait de telle sorte que les principales communes du Pays de Gex soient représentées.)
- Une **enquête par questionnaires auprès des UDVI participant au PES du Pays de Gex**, remplis par les UDVI eux-mêmes, en pharmacie, à l'occasion de la délivrance des kits.

Les résultats de ces deux enquêtes sont présentés dans les deux paragraphes suivants.

2.4. Résultats de l'enquête menée auprès des pharmaciens du Pays de Gex

2.4.1. Echantillon et méthodologie de l'enquête auprès des pharmaciens

Une enquête par entretien semi-directifs a été menée auprès de quatorze pharmacies du Pays de Gex, sur les 17 véritablement actives qui participent au programme d'échange de seringues :

- Pharmacie Villard-Petelaux, Gex
- Pharmacie des Vertes Campagnes, Gex
- Pharmacie des Hautains, Saint-Genis Pouilly
- Pharmacie Bessenay-Barbottin, Saint-Genis Pouilly
- Pharmacie Cottin, Prévessin
- Pharmacie De La Forge, Versonnex
- Pharmacie Dupont, Collonges
- Pharmacie Val Santé, Thoiry
- Pharmacie Hybord-Clément, Segny

- Pharmacie des Arcades, Ornex
- Pharmacie de la Poterie, Ferney-Voltaire
- Pharmacie Revol, Ferney-Voltaire
- Pharmacie du Levant, Ferney-Voltaire
- Pharmacie des Bains, Divonne-les-Bains

Les entretiens ont été menés par téléphone et ont été d'une durée variant entre 15 minutes et 45 minutes, sur la base d'un guide d'entretien²⁵

Les personnes interrogées étaient les responsables de pharmacie et dans quelques cas, des préparateurs.

Dans tous les cas, l'anonymat des réponses a été garanti.

Toutes les personnes interrogées ont donné leur accord pour participer à l'enquête par questionnaire qui a été réalisée auprès des clients UDVI utilisant le programme d'échange de seringues en pharmacie : il s'agissait en effet pour les pharmaciens de proposer aux UDVI utilisant le PES de remplir le questionnaire, puis de renvoyer les questionnaires remplis (et mis sous enveloppe cachetée par les UDVI eux-mêmes) à l'ORS Rhône-Alpes.

Il a été nécessaire de préciser aux pharmaciens et aux préparateurs que cette enquête s'adressait aux personnes utilisant le PES, qu'elles suivent ou non un traitement de substitution : en effet, spontanément, pour beaucoup de professionnels, l'objectif semblait de réaliser une évaluation auprès des patients substitués. Cela révèle peut-être que la question de la délivrance des traitements de substitution en pharmacie représente un enjeu ou une difficulté plus importante pour les pharmaciens que leur participation au programme d'échange de seringues.

On notera qu'environ un tiers des pharmacies contactées pour un entretien ont fait l'objet d'une reprise dans les cinq dernières années, c'est-à-dire que la pharmacie a changé de responsable, au moins une fois, depuis la mise en place du programme d'échange de seringues dans le Pays de Gex.

Au-delà des 14 pharmacies contactées pour un entretien, on notera que deux autres pharmacies participant au PES déclarent ne plus recevoir, depuis plusieurs mois, d'UDVI en demande de kits d'injection gratuits.

Enfin, il est nécessaire de préciser que bien souvent, au sein d'une même pharmacie, le niveau d'information entre différents professionnels (pharmaciens ou préparateurs) est extrêmement variable, certains semblant parfois beaucoup plus informés (et sans doute plus impliqués) que d'autres.

Par ailleurs, et afin de compléter les éléments d'information recueillis auprès des pharmaciens nous avons également interrogé monsieur Henri Redier de la Villette, directeur du CHRS de l'Accueil Gessien (CHRS diffus du Pays de Gex), ainsi que Mme Samyn, agent de la Communauté de Commune du Pays de Gex, assistante au service de gestion des déchets.

2.4.2. La motivation des pharmaciens à entrer dans le programme d'échange de seringues (PES) du Pays de Gex

Deux cas de figures dominent en la matière : les pharmaciens qui sont entrés dans le programme dès sa mise en place et ceux qui ont repris la pharmacie et qui ont, en quelque sorte, « hérité » du programme d'échange en même temps.

Dans le premier cas, certains expliquent que leur adhésion au PES s'est imposée comme une évidence, la plupart des pharmaciens du Pays de Gex y participant : globalement, il semblait pertinent d'aider à réduire les risques de contamination chez les UDVI, et d'aider à réduire la

²⁵ Cf. Voir en annexe

présence de seringues usagées dans les espaces publics... Quelques personnes interviewées ont même l'impression qu'il n'y avait pas de réel choix à faire : il semblait normal ou du moins incontournable de faire partie de ce programme...

Néanmoins, une autre partie des pharmaciens engagés dans le programme dès son lancement, évoquent des arguments précis pour justifier leur adhésion :

- Aider les toxicomanes à se réinsérer, à se stabiliser, socialement
- Limiter les risques de transmission du VIH et VHC par l'utilisation de seringues stériles
- Eliminer le problème des seringues usagées dans les espaces publics
- Eviter les conflits avec les toxicomanes : les situations conflictuelles se produisaient régulièrement à l'époque où les seringues n'étaient pas encore en vente libre. La vente libre, puis la gratuité via le PES ont apaisé les relations entre pharmaciens et UDVI sur ce point. Reste la question des « trafics » d'ordonnances de Subutex, autre sujet de friction entre pharmaciens et toxicomanes, toujours d'actualité...
- En favorisant l'accès des UDVI aux seringues stériles, on leur permet également de « *pouvoir consacrer du temps à autre chose* », et donc potentiellement d'avoir plus de temps pour avoir une vie sociale « ordinaire » (la quête du produit constituant, en soi, une activité à la fois absorbante et socialement excluante puisque réalisée dans la clandestinité et l'illégalité.)

Pour les pharmaciens qui ont repris des pharmacies déjà adhérentes au programme, la question ne s'est apparemment pas posée de savoir s'il fallait maintenir l'implication dans le PES ou non. Par défaut, toutes les pharmacies interrogées qui étaient dans ce cas ont continué à participer au PES, comme à une sorte de « routine » parmi d'autres, qui faisait partie du fonctionnement de la pharmacie : cela n'a, semble-t-il pas donné lieu à des débats ou à des réflexions particulières.

2.4.3. La motivation à se maintenir dans le PES

On sait que quelques pharmacies ont décidé de quitter le PES après quelques mois ou années d'adhésion... Néanmoins, en ce qui concerne les pharmacies interrogées aucune n'avait quitté le programme ou n'envisageait de le faire.

La question se posait donc de savoir si, au cours des années précédentes, les pharmaciens avaient rencontré des difficultés particulières avec le PES qui auraient pu les amener à envisager de se retirer du programme, et également de savoir s'ils avaient une motivation particulière à maintenir leur participation au PES.

Pour toutes les pharmacies interrogées, un même constat émerge : aucun problème ne s'est posé du fait de la participation au programme, et en particulier aucun problème n'a été relevé en ce qui concerne les rapports avec les UDVI et l'échange de seringues. L'exploration menée plus avant fait apparaître des motivations (ou peut-être des « rationalisations a posteriori ») sur les raisons de continuer à participer à l'échange, qui sont relativement proches des raisons qui sont évoquées par certains en ce qui concerne l'entrée dans le programme, c'est-à-dire :

- Aider les toxicomanes pour qu'ils ne se désocialisent pas, ne se marginalisent pas
- Reconnaître les besoins spécifiques des toxicomanes
- Limiter les risques de contamination en ce qui concerne le VIH et le VHC

Pour autant, certains entretiens ont montré que participer à un programme d'échange de seringues ne va pas complètement de soi pour les pharmaciens, car cela implique aussi de se positionner par rapport à la question de l'addiction à un produit illicite et à la question du sevrage des toxicomanes... Le sentiment affleure d'une contradiction entre d'une part, l'objectif de soigner, d'amener ces publics vers le sevrage (qui apparaît en filigrane comme une mission de santé évidente) et, d'autre part, le fait d'être d'une certaine manière « complice » de la consommation des UDVI en facilitant celle-ci par l'accès gratuit aux seringues. Néanmoins, plusieurs des personnes interrogées résolvent finalement cette contradiction par l'approche pragmatique de la

réduction des risques, où l'échange, mais surtout la distribution gratuite de matériel d'injection, permet d'éviter d'aggraver les problèmes de santé et de désocialisation des toxicomanes :

« C'est mieux que de payer des dealers... Mais c'est un système sans fin... On les aide, ils restent dignes, sinon ils sombreraient dans la déchéance... Si on arrête ce serait la catastrophe par rapport à la transmission du VIH et du VHC. »

« Le principe est très bien : les kits stériles, ça limite la contamination par rapport au VIH, VHC... La gratuité ça se discute... On peut dire qu'on cautionne le fait qu'ils consomment de la drogue... Mais si on les mets payants [les kits], ils en prendront moins. D'un point de vue de santé publique, c'est positif, même si on n'a pas le retour des seringues. Et de toute façon on ne peut pas les forcer à arrêter de consommer. »

« C'est un service rendu. C'est notre rôle. On a de bons rapports avec eux, on essaye aussi de les aider dans la gestion du Subutex, à respecter les doses. Même s'ils font des bêtises, on veut pas leur faire la morale. »

« Si nous on abandonne, qui va le faire ? »

Enfin, d'autres personnes interrogées n'expriment pas de motivation particulière à maintenir leur participation au PES. Certains, à la question de savoir pour quelle raison ils se maintenaient dans le programme, ont ainsi déclaré d'emblée ne pas savoir pourquoi et ce, d'autant plus, que pour ces pharmaciens, leur crédibilité face aux toxicomanes, pour les conseiller et les aider, leur semble très faible. Finalement, il s'agit pour eux, là encore, d'une sorte de routine, qui n'interfère pas avec l'activité habituelle de la pharmacie et qui est donc maintenue car elle n'est pas perturbante :

« Ça va, ce n'est pas trop lourd à gérer... »

On soulignera par ailleurs que le concept de « réduction des risques » n'est pas connu de tous : certains n'avaient jamais entendu cette formulation. Une fois expliquée néanmoins, cette idée correspond bien à l'utilité qu'ils perçoivent en ce qui concerne le PES.

Reste que l'intérêt à travailler à la réduction des risques semble très variable d'une pharmacie à l'autre, et au sein même des pharmacies, il peut y avoir des écarts très importants entre responsables et préparateurs, dans un sens comme dans l'autre : il apparaît clairement que certaines pharmacies ne seraient pas prêtes à s'investir davantage, à consacrer davantage de temps dans cette activité « *qui est gratuite, qui n'est pas rentable* ».

2.4.4. La file active d'UDVI : profils et pratiques décrits par les pharmaciens

Les pharmacies interrogées ont une file active d'usagers de drogues par voie intraveineuse qui participent au PES relativement modeste à l'échelle de chaque pharmacie. La plupart déclarent avoir entre 2 et 5 toxicomanes qui viennent régulièrement à la pharmacie depuis plusieurs années. Environ un tiers des pharmacies semble avoir entre 5 et 10 UDVI dans leur file active. Précisons que la « file active » est une notion quelque peu élastique pour certaines pharmacies : pour quelques unes, cette file active correspond aux UDVI vus en une semaine, pour d'autres, il s'agit plutôt des UDVI vus en un mois ou plus... Enfin, une minorité de pharmacies semblent avoir une clientèle d'UDVI relativement bien repérée mais qui utilisent la pharmacie de manière quelque peu sporadique.

Parallèlement à cette clientèle relativement régulière et bien repérée, il existe des demandes ponctuelles émanant de personnes qui sembleraient habiter en Suisse, à Bellegarde ou ailleurs (autres départements) qui sont de passage dans le Pays de Gex et ce, peut-être un peu plus souvent en été qu'en hiver. Souvent, ces personnes ne connaissent pas l'existence du PES et demandent spontanément à acheter un Stéribox. Apparemment très peu des pharmacies

interrogées vendent des Stéribox : le plus souvent, les pharmacies délivrent donc à ces personnes un kit gratuit en leur expliquant de quoi il s'agit. Cette pratique n'entraîne pas « d'appel d'air » et n'augmente pas la file active d'UDVI des pharmacies : les usagers « ponctuels », apparemment, ne reviennent pas dans ces pharmacies pour demander d'autres kits.

On peut ainsi faire l'hypothèse qu'il y a globalement deux groupes : les UDVI « réguliers », habitant majoritairement le Pays de Gex, qui sont véritablement vus toute l'année dans une même pharmacie (ou dans deux ou trois pharmacies), et les UDVI « ponctuels », extérieurs au Pays de Gex, qui ne reviennent pratiquement jamais : il n'y aurait pas réellement de public d'UDVI « ponctuels locaux », qui passeraient de manière sporadique dans les pharmacies.

Globalement, les UDVI réguliers des pharmacies interrogées participent au PES depuis plusieurs années, en moyenne entre 2 et 5 ans, et une minorité semble-t-il depuis le démarrage du PES.

En termes de tranches d'âge, il semble qu'il y ait deux grands groupes : des pharmacies qui ont plutôt des UDVI entre 20 et 35 ans et des pharmacies qui ont plutôt des UDVI de 35 à 50 ans, qui sont alors consommateurs de drogues injectables depuis très longtemps parfois.

Sur l'ensemble des pharmacies interrogées, ces UDVI sont majoritairement des hommes. Les femmes qui participent au PES semblent quant à elles, plus souvent avoir des enfants (et vivre avec eux), et elles auraient peut-être davantage tendance à déclarer que ce qu'elles prennent (kits ou Subutex) n'est pas pour elles, mais pour un ou une amie, conjoint, ... On peut faire l'hypothèse que ce type de justification reflète une plus grande difficulté à assumer l'image de toxicomane chez les femmes, un vécu plus important de stigmatisation : « l'acceptabilité sociale » de la femme UDVI serait ainsi encore plus faible que celle des hommes UDVI.... Par ailleurs, les femmes sont décrites comme semblant plutôt moins pressées que les hommes et il serait donc plus facile d'échanger quelques mots avec elles lors de la délivrance de kits, même si globalement, cette action se déroule de manière très rapide et furtive, la discrétion constituant visiblement une attente forte de la part des UDVI.

Le fait que les femmes (ou les hommes) aient des enfants et utilisent également la pharmacie pour prendre des médicaments pour ces derniers, multiplie les occasions d'échange et de dialogue, sans toutefois que ces échanges portent sur la question de la toxicomanie : ce sujet reste généralement difficile à aborder.

On notera ainsi que certains UDVI « utilisent » les pharmacies à la fois pour y obtenir des kits gratuits et pour prendre les médicaments prescrits dans le cadre de la vie courante, pour eux-mêmes ou pour leur famille. A l'inverse, d'autres UDVI ne prennent les kits que dans certaines pharmacies et prennent les médicaments « courants » dans d'autres pharmacies, probablement.

De même, certains UDVI choisissent de prendre les kits et le Subutex prescrit dans la même pharmacie, alors que d'autres n'y prennent que les kits (et ne prennent que le Subutex ailleurs).

En ce qui concerne les UDVI qui prennent en même temps les kits et le Subutex, la question du mésusage du Subutex n'est jamais abordée par les pharmaciens qui estiment qu'ils n'ont pas à « faire la morale » à ces personnes et qu'en tout état de cause, et quoi que les UDVI s'injectent, l'essentiel reste d'utiliser des seringues stériles. Néanmoins, certaines pharmacies ne délivrent ni Subutex ni Méthadone, ou alors uniquement sur commande : les problèmes qui continuent à exister autour de la délivrance du Subutex et des ordonnances « truquées », de l'insistance, voire de l'agressivité, de certains patients (qui arguent par exemple d'un besoin plus important du fait d'un déplacement de plusieurs jours, etc...) ont pu décourager certains pharmaciens. D'autres pharmacies ont développé des stratégies de surveillance en n'hésitant pas à se mettre en contact avec le médecin prescripteur (ou d'autres pharmacies du territoire), si l'ordonnance leur paraît suspecte. En tout état de cause, les pharmacies interrogées estiment à au moins 50% le taux d'UDVI participant au programme qui est en même temps sous substitution.

Cette estimation prolonge le constat des pharmaciens sur le fait que les demandes des UDVI participant au programme sont plutôt stables sur la durée, aussi bien en termes de volume de kits que de doses de Subutex, pour ceux qui le prennent dans la même pharmacie. Très peu de sevrages semblent repérés par les pharmaciens.

Les UDVI du Pays de Gex qui participent au programme sont perçus comme majoritairement socialement insérés : très peu semblent en errance ou vivre sur le mode de la marginalisation. Il

semble que la grande majorité ait un logement dans le Pays de Gex, parfois dans la commune même où se trouve la pharmacie utilisée. Les pharmaciens font l'hypothèse qu'environ 50 % de ces clients auraient une activité professionnelle, notamment dans les secteurs du bâtiment, de la restauration et des transports. Les clients semblent plutôt de statut ouvrier ou employé, un client chef d'entreprise est cependant repéré.

C'est peut-être plutôt dans les communes les plus proches de Genève qu'un public de toxicomanes désinsérés est le plus repéré : ces personnes ne semblent pas habiter le Pays de Gex, auraient une apparence (physique, vestimentaire) plus « typée » et seraient par ailleurs repérées pour faire du trafic de Subutex et de méthadone.

A la lumière de la synthèse bibliographique et des éléments d'informations donnés par les coordonnateurs des autres PES interrogés, il apparaît que les UDVI du Pays de Gex ne constituent pas une population marginalisée, de type « teufeurs » ou « *Jeunes Avec Chiens* » comme on peut en trouver à Bourg-en-Bresse ou sur d'autres grandes villes de la région. Par ailleurs, si on l'en juge par le nombre de kits demandés par semaine (trois boîtes en moyenne semble-t-il) par la plupart des UDVI, on peut faire l'hypothèse qu'il ne s'agit pas, globalement, d'injecteurs très « actifs », tels qu'on peut les décrire sur d'autres sites (et notamment qui fréquentent les CAARUD), qui peuvent s'injecter jusqu'à 10 fois par jour. Il semblerait que l'on ait affaire, pour le public d'UDVI qui fréquentent les pharmacies du Pays de Gex, à une consommation à la fois régulière, installée sur la durée (peut-être avec une consommation plus centrée sur le week-end) et suffisamment « modérée » pour qu'elle n'entrave pas l'accès à un logement et parfois à un emploi (même s'il ne s'agit pas forcément d'emplois stables) ou à un logement pérenne. Néanmoins, sur certaines communes, certaines pharmacies sont fréquentées par quelques UDVI « gros consommateurs » qui peuvent prendre jusqu'à 10 boîtes en une seule fois. Les « gros consommateurs » sont d'ailleurs décrits comme habitant plutôt à Genève ou à Bellegarde.

M. Redier de la Villette, directeur du CHRS²⁶ l'Accueil Gessien, qui accueille des publics ayant des problématiques de désinsertion, de marginalisation, et parfois des personnes qui ont véritablement connu un parcours d'errance, souligne que la question de l'usage de drogues par voie intraveineuse est extrêmement peu repérée parmi les personnes accueillies au CHRS. Les résidents du CHRS auraient davantage tendance à avoir des consommations problématiques d'alcool pour certains, mais aucun n'est repéré comme étant un consommateur de drogues par voie intraveineuse. La question de l'injection, de la réduction des risques et de la gestion des seringues usagées de toxicomanes ne se pose donc pas pour le CHRS.

2.4.5. La délivrance de kits et le rapport aux UDVI

En tout premier lieu, on observera que les UDVI participant au PES du Pays de Gex sont très majoritairement demandeurs de boîtes : les enveloppes (qui ne contiennent qu'une seringue) sont beaucoup moins demandées.

La plupart des pharmacies interrogées déclarent délivrer entre 3 et 6 boîtes en moyenne par semaine, une proportion plus faible d'entre elles délivre entre 8 et 10 boîtes par semaine. Le plus souvent, il semble que les UDVI demandent trois boîtes en moyenne à la fois. Néanmoins dans quelques pharmacies, certaines personnes peuvent demander jusqu'à 6 ou 10 boîtes à la fois, comme on l'a dit précédemment...

En ce qui concerne les enveloppes, certaines pharmacies n'en délivrent plus, les autres en donnent entre une à deux par mois.

Dans tous les cas, il semble qu'il puisse y avoir de fortes variations dans l'année : certaines périodes étant particulièrement « calmes », où les UDVI ne viennent que très peu dans les

²⁶ CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.

pharmacies et d'autres périodes où il y a davantage de passage. Les pharmaciens n'ont pas d'explications concernant ces variations, toujours imprévues et irrégulières.

On note que les demandes pour plusieurs boîtes à la fois se produisent plutôt avant les week-ends, ce qui semblerait conforter l'hypothèse d'une consommation plutôt modérée en semaine, compatible avec une insertion sociale.

Notons que, pour aucune des pharmacies interrogées, il n'y a eu de demandes portant sur plusieurs dizaines de kits, comme cela peut être régulièrement le cas dans certains CAARUD, par des organisateurs de « teufs »²⁷, ou simplement par des personnes têtes de réseau, qui vont délivrer des kits stériles à leurs « pairs »... Dans leur majorité, les UDVI qui utilisent les pharmacies du Pays de Gex ne semblent pas dans ce type de réseaux ni de pratiques, ou alors ont d'autres ressources parallèles en termes de seringues.

Concrètement, en pharmacie, les UDVI demandent simplement et directement un « kit » au pharmacien ou au préparateur. Le plus souvent, cette délivrance se fait de manière rapide, sans discussion. Contrairement à la délivrance du Subutex qui peut devenir problématique lorsque l'utilisateur essaye d'obtenir davantage de produit que ce qui lui a été prescrit, il n'y a aucun problème repéré lors de la délivrance de kits : les UDVI attendent leur tour dans la queue et il n'y a jamais de problème de comportement de leur part s'il arrive que la pharmacie soit en rupture de stock en ce qui concerne les kits. Dans ces cas, les UDVI sont orientés vers les autres pharmacies du Pays de Gex, ou on leur propose, éventuellement, (mais le cas semble rare) de leur vendre des seringues (hors PES).

Au bilan, la délivrance de kits aux UDVI se fait sans aucune difficulté ni tensions et ces clients sont considérés « *comme les autres* » et ne posent pas de problèmes particuliers, notamment s'ils ne sont pas demandeurs de Subutex.

Néanmoins, comme on l'a déjà souligné, ce moment de contact entre pharmaciens ou préparateurs et UDVI est plutôt rapide et furtif et il semble très rare que la question de la consommation de produits psychoactifs soit abordée. De même, les personnes interrogées disent qu'elles ne parlent jamais (ou très rarement) du CSAPA avec les usagers et qu'elles n'orientent pratiquement pas vers celui-ci. Ces personnes ont le sentiment que les usagers connaissent déjà les ressources locales, notamment du fait qu'ils savent aussi comment avoir accès au Subutex.

Si le dialogue avec les UDVI est très limité en ce qui concerne la toxicomanie, les échanges sont plus faciles lorsqu'il s'agit des besoins des enfants, ou d'autres médicaments courants, et globalement, les pharmacies interrogées décrivent une relation avec les UDVI qui sans être amicale est plutôt « *détendue* ». Néanmoins, le rapport aux UDVI reste affaire de personnes et peut varier d'une pharmacie à l'autre.

Enfin, quelques pharmaciens ont précisé que, même si ces clients ne leur posent aucun problème, ils ne souhaitent pas forcément attirer davantage de personnes ayant ce profil dans leur pharmacie.

2.4.6. La livraison des kits par Accueil Aide aux Jeunes

Compte-tenu du faible nombre de kits délivrés (si on le compare avec l'activité des CAARUD notamment), les livraisons de kits aux pharmacies sont peu nombreuses dans l'année. La plupart des pharmacies interrogées parlent de deux ou trois livraisons dans l'année.

L'association qui livre ces kits, Accueil Aide aux Jeunes (AAJ) n'est pas bien repérée par tous : au sein même des pharmacies on note que certains professionnels sont beaucoup moins informés

²⁷ Teuf : fête en verlan

que d'autres (y compris certains responsables), quelques uns confondant AAJ avec DIRE²⁸, par exemple...

La livraison des kits ne comporte aucun problème selon les pharmacies interrogées. La plupart déclare appeler AAJ lorsqu'ils n'ont plus de kits et le délai de livraison apparaît satisfaisant à tous, qui est décrit comme étant de deux ou trois jours généralement.

Les situations de rupture de stock semblent relativement rares et, lorsqu'elles se produisent, les pharmacies n'ont pas d'attentes pour que AAJ les livre plus rapidement (dans la journée par exemple) : elles appellent AAJ et, en attendant la livraison, orientent les UDVI vers d'autres pharmacies du territoire. Il n'y a donc jamais de situations vécues dans la tension ou dans l'urgence du fait de l'absence de kits. On notera que certaines pharmacies sont restées en ruptures de stock pendant une durée pouvant aller jusqu'à un mois, ce qui n'a semble-t-il pas posé de problème dans leur relation avec les UDVI « habitués » de la pharmacie.

Au bilan, toutes les personnes interrogées se déclarent satisfaites du mode et du fonctionnement de livraison des kits.

On soulignera encore que dans certaines pharmacies (peut-être les plus petites en taille et en nombre de salariés), la livraison des kits par AAJ est également repérée comme un moment d'échange possible avec « *la dame qui apporte les kits* » : moment qui permet de faire le point, d'échanger et de voir « *si tout va bien avec le programme* »...

2.4.7. Le retour des seringues usagées en pharmacies

Le retour du matériel usagé apparaît comme le point noir en ce qui concerne le programme d'échange de seringues du Pays de Gex.

En ce qui concerne la plupart des pharmacies interrogées ce retour est faible (inférieur à 50%) voire, pour certaines pharmacies, très faible ou totalement inexistant.

Une seule des pharmacies interrogées déclare avoir 80 % de retour et deux autres appliquent semble-t-il strictement le modèle « 1 pour 1 »²⁹, avec un retour qui serait de 100% : dans ces pharmacies, on délivre autant de seringues gratuites aux UDVI qu'ils ramènent de seringues usagées. Si un UDVI ne rapporte pas ses seringues usagées, il sort du PES et on lui propose alors d'acheter des Stéribox. Pour l'un des pharmaciens en question il ne faut pas que le PES se transforme en une opération « *d'assistantat pur et simple* » : le PES doit également servir à responsabiliser les UDVI par rapport à leurs pratiques d'injection, vis-à-vis des non-consommateurs.

Au bilan, globalement, seuls quelques UDVI du Pays de Gex semblent rapporter régulièrement leurs seringues usagées.

Dans la plupart de ces entretiens on retrouve l'idée que l'échange fonctionnait mieux « *par le passé* » : AAJ insistait, semble-t-il, davantage sur ce point auprès des pharmaciens, et les pharmaciens étaient également peut-être plus soucieux de la question des seringues usagées dans les espaces publics. Aujourd'hui, aucune des pharmacies interrogées, sur aucune des communes où elles sont présentes, n'est alertée sur un problème de risque de contamination dans les espaces publics, du fait de seringues usagées qui seraient laissées ici ou là, sans aucune protection.

De ce fait, il n'y a pas (ou plus) de pression autour de la sécurité des personnes dans les espaces publics pour que l'échange soit effectif : cela ne semble plus être un problème dans les communes où se trouvent les pharmacies (pas de pression des municipalités, des élus, ...). Mme Samyn, du

²⁸ DIRE : Drogue Information Réflexion Entraide, association loi 1901 du Pays de Gex dont l'objectif est la prévention en toxicomanie, mais qui n'intervient pas dans le programme d'échange de seringues.

²⁹ Voir chapitre 3 sur l'enquête auprès des autres PES de Rhône-Alpes

service de gestion des déchets de la Communauté de Communes du Pays de Gex nous a confirmé qu'il ne semblait plus y avoir de problème autour de seringues usagées abandonnées par les UDVI dans les espaces publics : il n'y a pas d'interpellation sur ce sujet de la part des élus ou directement de la part des habitants, et il semble qu'il n'y ait pas eu d'accident signalé du côté de l'entreprise qui collecte et élimine les déchets.

Cette disparition de la problématique des « seringues usagées dans les espaces publics » explique certainement en grande partie le fait que dans certaines pharmacies, le programme d'échange de seringues se soit transformé en « programme de délivrance de seringues ».

Cependant, même si, pour toutes les personnes interrogées, l'essentiel est de limiter les risques de contamination lors de l'injection, et que le socle du programme reste de permettre aux toxicomanes « d'injecter propre », on repère que certains pharmaciens regrettent que le volet concernant le retour du matériel usagé ait été délaissé au fil du temps.

Ainsi, ceux qui sont dans le programme depuis son lancement se souviennent que les kits n'étaient donnés qu'en échange de seringues usagées : il s'agissait d'un passage obligé pour obtenir un kit gratuit. Néanmoins, au fil des années, cette pratique a beaucoup diminué jusqu'à disparaître complètement dans certaines pharmacies. Seuls deux pharmaciens semblent continuer à appliquer la règle de l'échange strictement : une règle qu'ils imposent aux UDVI sans états d'âme apparemment. En cas de non respect de la règle du retour, les UDVI doivent acheter leurs seringues et n'ont plus accès aux kits gratuits.

Au-delà du fait qu'il n'y a pas de « pression » aujourd'hui, pour inciter les pharmaciens à imposer l'échange aux UDVI, une autre raison au délaissement de cette pratique est, pour quelques pharmaciens, le fait qu'ils sont gênés à l'idée de stocker ce type de matériel usagé dans leur officine. Outre le fait que la législation actuelle ne les protège guère en cas d'accident avec ce type de déchet (ni en ce qui concerne les autres DASRI³⁰, d'ailleurs), ils estiment que stocker et gérer ces déchets en officine présente un risque possible pour les autres clients et surtout pour les employés.

Le fait d'accepter les seringues des UDVI a également pu poser problème dans certaines pharmacies, lorsque des personnes atteintes de diabète ont constaté que les pharmacies acceptaient les déchets des toxicomanes, alors que les seringues de diabétiques ne l'étaient pas : le sentiment d'une injustice ou d'un traitement de faveur pour les toxicomanes a été dénoncé par certains diabétiques et a pu provoquer des tensions voire un début de conflit en pharmacie.

Enfin, le manque de temps à consacrer aux UDVI et le fait que le sujet reste difficile à aborder (alors même que la démarche en elle-même n'est pas économiquement rentable) sont également évoqués pour expliquer le peu d'empressement à demander un retour aux UDVI :

« Nous aussi on s'est lassés : on dit rien s'il y a du monde autour... C'est pas facile d'en parler. »

« On dit rien par manque de temps... On donne, c'est tout »

« Ce n'est pas facile de perdre du temps pour un produit qui est gratuit... Surtout quand on est en sous-effectif. »

« C'est pas facile : les usagers veulent pas qu'on leur fasse la morale. »

Par ailleurs, il semble que les UDVI semblent plutôt décliner la proposition d'emporter un conteneur chez eux : ils expliqueraient qu'ils préfèrent emmener le matériel usagé ailleurs (sans véritablement préciser où), ou encore qu'ils insèrent les seringues dans des canettes métalliques ou des bouteilles en plastique, qu'ils jettent ensuite avec les ordures ménagères :

« Quand on essaye de leur donner un conteneur ils n'en veulent pas. »

³⁰ DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux

« Ils nous disent qu'ils ramènent dans une autre pharmacie... »

Si pour certains pharmaciens le non retour du matériel usagé ne constitue absolument pas un problème, d'autres expriment le regret de n'être pas plus performants en la matière... Parallèlement, ils sont conscients du fait qu'inciter les UDVI à ramener les seringues usagées requiert du temps, de l'implication et des explications voire, peut conduire à des tensions ou des conflits avec eux, notamment du fait que certains se sont habitués à ne pas être contraints par une obligation de retour.

Des retours de matériel usagé ont néanmoins lieu, et globalement deux pratiques sont observées :

- Les seringues usagées sont rapportées dans de petits conteneurs (les pharmaciens parlent de conteneurs de 1 litre, alors que les plus petits distribués par AAJ sont de 3 litres) que les usagers emmènent à domicile puis ramènent à la pharmacie
- Les seringues sont rapportées dans des bouteilles en plastique (eau minérale, ...), dans des sacs en plastiques et sont ensuite insérées dans les conteneurs stockés en pharmacie qui sont de 7 litres ou, plus souvent, de 3 litres semble-t-il. Une seule pharmacie a déclaré avoir un conteneur de 10 litres. D'après les entretiens réalisés, cette forme de retour semble majoritaire.

2.4.8. Les conteneurs en pharmacies

Contrairement à ce qui peut être fait dans certaines officines d'autres départements, les conteneurs ne sont jamais laissés en libre accès dans la pharmacie : ils sont toujours « *derrière le comptoir* », parfois même stockés dans une pièce séparée ou mis en hauteur sur des étagères. L'UDVI doit ainsi demander le conteneur puis y insérer lui-même ses seringues : ce ne sont pas les pharmaciens ni les préparateurs qui font cette manipulation.

En ce qui concerne les pharmacies interrogées on ne relève aucun accident dans la manipulation des conteneurs, sauf un cas où le bouchon s'est ouvert, laissant sortir les aiguilles, sans toutefois qu'aucune personne se soit blessée. Globalement, les professionnels n'évoquent pas de difficultés avec ces conteneurs, qu'ils soient « petits » ou « grands ». Néanmoins, plusieurs pharmaciens ou préparateurs ont évoqué le fait que les ouvertures circulaires qu'il faut ouvrir puis reboucher ne sont pas forcément très pratiques. La plupart des personnes interrogées ne connaissent pas d'autres formats de conteneurs, et notamment ceux à ouverture rectangulaire, comportent un clapet de sécurité qui facilite l'insertion mais empêche les seringues de ressortir.

Par ailleurs, il semblerait que les conteneurs de 1 litre plusieurs fois évoqués par les pharmaciens, ne soient pas des conteneurs donnés par AAJ, mais des conteneurs fournis par le laboratoire Sandoz qui offre ce nouveau service dans le cadre de l'évolution de la législation actuelle sur le recueil des DASRI PAT³¹ par les officines³². Néanmoins, pour obtenir un tel conteneur, le patient doit décliner son identité. Par ailleurs, la boîte de seringues neuves (donc officiellement prescrites par un médecin, le plus souvent dans le cas des patients diabétiques en auto-traitement) est marquée avec un code barres qui est scanné par le pharmacien. Pour pouvoir se débarrasser de son conteneur dans la borne « Sandoz » de recueil des DASRI placée dans la pharmacie, le patient doit présenter la boîte face au lecteur de code barre de la borne : une fois le code barre « reconnu » un clapet s'ouvre qui permet au patient d'y jeter sa boîte... Ce système permet de « tracer » les utilisateurs de seringues, qui pourraient être retrouvés en cas de problème avec une seringue usagée (blessure) pour l'un des professionnels qui s'occupe de l'élimination de ces déchets), afin de mettre éventuellement en place les tests de dépistage nécessaire, etc.

Ce type de borne paraît très difficile voire impossible à utiliser par des UDVI : en premier lieu, ils n'ont pas de prescription pour des seringues et en deuxième lieu, ils cherchent généralement à

³¹ DASRI PAT : Déchets d'activité de soins à risque infectieux des personnes en auto-traitement

³² Voir le chapitre de synthèse bibliographique, point 1.2.3 les pharmacies d'officine et évolution de la REP (Responsabilité Elargie du Producteur)

préservé le plus possible leur anonymat. Il paraît donc extrêmement peu probable que les UDVI utilisent les bornes Sandoz... Néanmoins, une certaine confusion peut manifestement exister dans l'esprit de certains pharmaciens ou préparateurs, qui distinguent mal les conteneurs d'AAJ des conteneurs Sandoz...

2.4.9. La collecte des conteneurs de seringues usagées

La collecte des conteneurs de seringues usagées est décrite différemment selon les pharmacies. La plupart convergent sur le fait que ces collectes ont lieu deux à trois fois par an. Une entreprise est chargée de cette opération, qui prévient par un appel téléphonique de son passage. D'autres disent, à l'inverse, que l'entreprise se déplace sur appel téléphonique de la pharmacie. Le nom de l'entreprise est très mal repéré : pour certains, il s'agit de Véolia, pour d'autres de Citamos, et enfin quelques uns pensent que c'est AAJ qui livre les kits et collecte également les conteneurs. Dans l'une des pharmacies interrogées il semble enfin qu'il y ait une « borne DASRI » à l'entrée de la pharmacie, destinée aux patients en auto-traitement, qui serait également utilisée par les UDVI. Tout laisse à penser qu'il s'agit là d'une borne « développement durable » que les laboratoires Sandoz peuvent fournir aujourd'hui, comme ils fournissent aussi semble-t-il de petits conteneurs « individuels » de 1 litre...

On notera que la Communauté de Communes du Pays de Gex a fourni les pharmaciens pendant plusieurs années, jusqu'à la fin de l'année 2010, en petits conteneurs destinés à être remis aux patients en auto-traitement. La Communauté de Communes se chargeait de la collecte de ces conteneurs. Or le retour de ces conteneurs avec les seringues usagées des patients étaient quasiment nul, si bien que la Communauté de Communes a décidé d'arrêter ce dispositif de conteneurs en pharmacie.

Parallèlement, la Communauté de Communes du Pays de Gex s'est dotée d'un système de collecte des DASRI : le Médibus. Ce bus circule dans toutes les communes du territoire et il est destiné à recevoir les déchets des patients en auto-traitement (très souvent les diabétiques). Présent un jour par semaine sur chaque commune du territoire, dans une tranche horaire précise, il semble à la fois apprécié par les patients qui peuvent ainsi facilement se débarrasser de leurs déchets tout en entraînant quelques frustrations en ce qui concerne les tranches horaires, peu adaptées aux personnes qui ont une activité professionnelle à plein temps. Pour utiliser le Médibus il faut pouvoir justifier de son identité (avec une pièce d'identité) et de son lieu de résidence (qui doit se trouver sur le Pays de Gex), mais il n'y a aucune exigence quant à la pathologie dont souffrent les personnes : il n'y a pas de justification à produire (de type certificat médical) quant à la raison qui amène à produire des DASRI. Après enregistrement de l'identité du patient, un conteneur lui est remis : chaque fois qu'il se débarrasse d'un conteneur plein, le Médibus lui donne un nouveau conteneur vide. Le Médibus semble très bien utilisé jusqu'à présent.

Il n'est pas impossible que certains UDVI utilisent le Médibus pour leurs seringues usagées (parfois même sur le conseil de pharmaciens ou de préparateurs...), mais cela semble globalement peu probable, même si ce système de collecte semble un peu moins contraignant que la borne de recueil des seringues de Sandoz. En effet, même s'il n'y a pas de reconnaissance des conteneurs par un code barre, il reste que la « traçabilité » des personnes reste importante, puisqu'elles doivent justifier de leur identité et lieu de résidence. Là encore, ce système ne permet pas l'anonymat des personnes.

Enfin, quelques pharmacies pensent que les UDVI apportent leurs seringues usagées au local d'AAJ, à Gex, ce qui dans la réalité n'est pas possible, puisque AAJ n'est pas habilité à collecter et gérer ces déchets.

Au bilan, un certain nombre de professionnels dans les pharmacies ne savent pas du tout, en réalité, ce que deviennent les seringues usagées des UDVI qui leurs sont délivrées dans le cadre du programme d'échange de seringues.

2.4.10. Les liens entre pharmacies et avec AAJ, entre pharmacies et médecins généralistes : ténus ou inexistant

Si certaines pharmacies repèrent bien AAJ, et même, plus précisément, la professionnelle d'AAJ qui livre les kits, ce n'est pas le cas pour toutes. Le turn-over des préparateurs dans les pharmacies, le fait que plusieurs pharmacies aient changé de responsable/propriétaire au fil du temps expliquent certainement en partie ce phénomène.

Par ailleurs, la plupart des pharmacies interrogées convergent sur le fait qu'elles assistent peu (responsables ou préparateurs) aux réunions organisées par AAJ. Pour certains, cette absence de motivation à participer à des réunions vient du fait que leur participation au PES ne leur pose aucun problème particulier et que, par ailleurs, ils ne ressentent aucun besoin d'avoir davantage d'informations... Enfin le manque de temps est évoqué par plusieurs.

D'autres en revanche, sans exprimer d'attente forte en la matière, pourraient être intéressés par des séances d'informations sur :

- les produits consommés par les UDVI et les tendances dans les consommations
- le nombre et le profil des UDVI du Pays de Gex, ce qu'ils consomment.

Notons que certains sont peu attirés par la perspective de réunions et préféreraient des informations données par écrit.

Quelques personnes déclarent enfin ouvertement qu'ils ne sont absolument pas intéressés par des informations sur ce sujet, quelles qu'elles soient.

Globalement, on sent donc une faible disponibilité des pharmaciens pour approfondir cette thématique (qui reste annexe par rapport à l'ensemble de leur activité) et l'offre de réunions doit donc être proposée avec parcimonie, et doit, le cas échéant, apporter des informations véritablement nouvelles (par exemple sur les nouveaux produits en circulation, les pratiques des UDVI, ...) et en lien avec le public du Pays de Gex.

Il faut souligner par ailleurs que les pharmacies, qui abordent globalement très peu la question de la toxicomanie avec les UDVI, les orientent également peu vers AAJ : la question du soin et globalement des ressources pour UDVI semble trop éloignée de la dimension « réduction des risques ».

Une minorité de pharmaciens exprime le souhait d'être plus souvent en contact avec Accueil Aide aux Jeunes, au moins par téléphone, davantage pour faire le point sur les livraisons, le fonctionnement du programme, que pour avoir des informations plus approfondies sur les publics d'UDVI, les produits etc...

Le programme d'échange de seringues n'a pas suscité de liens ou de travail en réseau entre pharmaciens ou entre pharmaciens et médecins généralistes. C'est essentiellement autour du « trafic d'ordonnance » et du « nomadisme » pour obtenir les produits de substitution, et le Subutex, que des liens se créent entre ces professionnels, afin d'éviter les fraudes. L'Assurance Maladie est également parfois contactée dans ce cadre.

A l'image du dialogue rare et furtif qui peut exister entre pharmaciens et UDVI en ce qui concerne les pratiques de consommation de produits psychoactifs illicites, autour de l'injection, ce thème suscite peu d'échanges entre pharmaciens et entre pharmaciens et médecins généralistes.

2.4.11. Au bilan : un programme perçu comme réellement utile, malgré un retour de seringues usagées très faible

D'après les pharmaciens interrogés, le programme d'échange de seringues du Pays de Gex fonctionne bien en ce qui concerne la délivrance de kits stériles, même si d'après les chiffres

communiqués par AAJ, on observe que le nombre de seringues délivrées est deux fois moins important en 2009 qu'au début des années 2000...

Les kits donnés par AAJ correspondent aux besoins locaux, tant en matière de volume que de type de matériel donné, en sachant que les boîtes sont largement préférées par les UDVI aux enveloppes.

Les pharmaciens expriment globalement leur satisfaction quant à la livraison des kits par AAJ, qui répondent rapidement aux demandes : AAJ peut livrer les pharmacies en 2 ou 3 jours après un appel téléphonique de leur part. Il n'y a jamais de situations de rupture de stock ingérables : lorsqu'une pharmacie n'a plus de kits, elle réoriente ses patients vers les autres pharmacies du Pays de Gex, mais ces situations ne durent pas et ne créent pas de tensions avec les UDVI.

Par ailleurs, les pharmaciens ne rencontrent aucune difficulté avec les UDVI dans le cadre de ce PES. Ceux-ci ont un comportement « normal » en pharmacie : ils ne perturbent en rien le fonctionnement de l'officine ou les autres clients par leur attitude. Leur discrétion et leur comportement font qu'ils se fondent dans la masse des patients. Cela est beaucoup moins vrai en ce qui concerne la délivrance de Subutex, qui peut entraîner des comportements agressifs de la part de personnes qui souhaitent plus de quantités de produit que ce qui a été officiellement prescrit. On notera à cet égard que certains UDVI prennent les kits et le Subutex dans les mêmes pharmacies, sans se justifier auprès des pharmaciens, ces derniers sachant parfaitement que le Subutex sera injecté...

On peut cependant souligner, à l'inverse que, s'il n'y a pas de difficultés avec le comportement des UDVI autour de la délivrance de kits, celle-ci ne suscite pas de dialogue, d'échange particulier. La demande de kit reste globalement rapide, discrète et furtive et n'est pas souvent prolongée de commentaires ou de demandes de conseils de la part des UDVI comme des pharmaciens. Enfin, ces derniers évoquent très rarement avec les UDVI la ressource que constitue le CSAPA porté par AAJ.

Finalement, c'est plutôt autour de besoins « traditionnels » (médicaments pour les enfants, autres traitements, ...) que des échanges peuvent avoir lieu avec les UDVI, qui ont alors un autre statut : celui de père, de mère ou de « patient » ayant une pathologie « socialement acceptable ».

S'il y a très peu d'échanges entre pharmaciens et toxicomanes autour de la consommation de drogue de ces derniers, on soulignera que la file active des UDVI, sans être très importante, semble relativement stable et « fidélisée ». Les UDVI viennent parfois depuis 3, 5 ou même 10 ans dans la même pharmacie pour chercher leurs kits : cela signifie qu'ils s'injectent toujours des produits psycho-actifs, mais également qu'ils ont bien intégré la nécessité d'utiliser du matériel stérile. Par ailleurs, le fait que ces personnes retournent souvent dans les mêmes pharmacies et soient donc bien « repérées » par les pharmaciens montre qu'elles acceptent de sortir de la clandestinité par rapport à leur consommation, et qu'elles sont peut-être à même de - mieux - prendre soin d'elles-mêmes. On peut aussi faire l'hypothèse que cette « fidélité » révèle qu'une certaine confiance s'est installée vis-à-vis du pharmacien.

La délivrance de kits est perçue et vécue comme une activité peu contraignante par les pharmaciens, et en même temps comme une action réellement positive pour la santé des toxicomanes, et qui, en sus, contribue à les faire sortir de la marginalité, à les insérer socialement. Soulignons qu'aucun des pharmaciens interrogés n'a envisagé de sortir du PES : pour tous ce programme est pertinent et utile et ce « service » est bien du ressort des pharmaciens... Dans la mesure où cela ne perturbe pas l'activité « normale » de la pharmacie.

En revanche, le retour du matériel usagé est extrêmement problématique. Hormis quelques exceptions, ce retour est très faible et plutôt mal connu aujourd'hui : AAJ ne récupère pas les bordereaux de l'entreprise qui collecte les conteneurs, qui ne sont d'ailleurs pas pesés semble-t-il, et les pharmacies ne mesurent pas non plus de manière objective ce retour (comptage des seringues rapportées, pesée des conteneurs).

L'échange, au sens propre, à donc peu lieu. Plusieurs pharmaciens regrettent cette situation et souhaiteraient que le retour de matériel usagé soit effectif. Néanmoins, quatre freins apparaissent face à cet « idéal » :

- Il semble qu'il n'y ait plus de problème de seringues usagées dans les espaces publics au Pays de Gex, du moins, les pharmaciens ne sont jamais alertés sur ce point (par d'autres patients, les élus, etc...). Le contexte ne fait pas « pression » sur les pharmaciens de ce point de vue
- Les pharmaciens ne sont pas forcément prêts à prendre plus de temps pour discuter avec les UDVI et tenter de les convaincre de ramener le matériel usagé. Par ailleurs, ils ne sont pas prêts à risquer d'entrer en conflit avec eux (comme ils le sont déjà parfois en ce qui concerne le Subutex)
- L'objectif de réduction des risques pour les UDVI semble atteint : le retour des seringues reste un problème secondaire.
- La gestion et le stockage des seringues usagées comportent toujours un risque, même minime, d'accident que certains pharmaciens ne veulent pas assumer

Le problème du non-retour des seringues usagées est loin d'être spécifique au PES du Pays de Gex. D'après les autres PES de Rhône-Alpes³³ s'appuyant, au moins en partie, sur des officines que nous avons interrogés, il apparaît clairement que la réduction des risques reste centrée sur l'objectif « d'injecter propre » et que la question des seringues dans les espaces publics semble décroître en importance, peut-être du fait d'un changement de comportement des toxicomanes qui seraient de plus en plus sensibilisés et qui se débarrasseraient aujourd'hui de leur matériel « proprement »...

Par ailleurs, il semble que dans les milieux associatifs militants et dans les CAARUD, la réflexion sur la réduction des risques se développe dans le sens d'une injection plus sécurisée : au-delà de la contamination par le VHC ou VIH, d'autres problématiques de santé sont visées (par exemple à travers les infections diverses, la destruction du capital veineux, ...) ainsi que la capacité « de soin de soi » du toxicomane.

Le programme d'échange du Pays de Gex, interroge donc, à son tour, le sens et l'utilité de l'échange, dans un contexte où de nouvelles possibilités de collecte et de destruction des seringues se développent, où la législation évolue, où les consommateurs « stabilisés » développent de nouvelles pratiques d'élimination de leurs seringues (dans des cannettes métalliques, jetées ensuite dans les ordures ménagères...).

Deux questions se posent donc aujourd'hui :

- si l'échange ne fonctionne pas, que devient le matériel usagé ? Y a-t-il réellement des risques pour la population générale, ou pour les professionnels qui traitent ces déchets ?
- Si l'échange ne fonctionne pas cela signifie-t-il pour autant que la démarche de réduction des risques pour les UDVI est moins efficace ?

En ce qui concerne le Pays de Gex, il apparaît, d'après les personnes interviewées, que le non-retour des seringues usagées ne s'est pas traduit par davantage de risques pour la population ou les professionnels intervenant dans le domaine de la collecte et de l'élimination des déchets (ménagers notamment).

En ce qui concerne la réduction des risques de contamination (notamment par VIH et VHC), grâce à l'utilisation de matériel stérile, celle-ci ne semble pas non plus remise en cause : l'utilité de délivrer gratuitement des seringues stériles aux UDVI reste évidente pour tous les pharmaciens ou préparateurs interrogés.

Ces constats sont confrontés aux expériences d'autres programmes d'échanges de seringues en Rhône-Alpes et dans le Jura, dans le chapitre suivant.

³³ Voir chapitre 3 du rapport sur les autres PES de Rhône-Alpes

2.5. L'enquête auprès des usagers du PES du Pays de Gex

2.5.1. Echantillon et méthodologie de l'enquête auprès des usagers

Les usagers du PES ont été interrogés au moyen d'un auto-questionnaire lors de leur passage en officine pour une délivrance de kits, avec ou sans retour de matériel usagé. Une période de 2 semaines a été définie, du 11 au 23 avril 2011, mais devant le faible nombre de questionnaires remplis, une 3^{ème} semaine d'enquête a été rajoutée et le recueil s'est achevé le 30 avril 2011.

Douze questionnaires ont été renvoyés à l'ORS par 6 des 17 officines participant au PES. Par ailleurs, les pharmaciens ont indiqué qu'il y a eu 2 refus de remplir le questionnaire par des usagers qui n'avaient « pas le temps » de s'arrêter pour y répondre. De l'avis de pharmaciens, la période de l'enquête était un moment creux de la fréquentation.

2.5.2. Le profil des usagers et leur participation au PES

Les répondants sont 8 hommes et 4 femmes. Leur âge va de 22 à 45 ans, avec un âge moyen de 35 ans et un âge médian de 37 ans.

Trois vivent avec un ou des enfant(s) de moins de 15 ans (dont deux femmes), et 9 ne vivent pas avec un enfant.

Six n'ont pas d'activité professionnelle rémunérée, et 6 sont salariés (dont 5 en contrat à durée indéterminée).

Neuf ont un logement dans le Pays de Gex, un n'y a pas de logement, et 2 n'ont pas répondu.

En ce qui concerne leur participation au PES, 5 sont des nouveaux (moins d'un an de participation), 4 sont dans le PES depuis 1 à 5 ans, et 3 participent depuis plus de 5 ans.

Tous prennent des boîtes (de deux seringues) plutôt que des enveloppes (d'une seringue).

Sept prennent toujours leurs kits dans la pharmacie où ils ont été enquêtés, alors que 5 déclarent se fournir dans plusieurs pharmacies du Pays de Gex.

Ils déclarent prendre en moyenne 4 kits par semaine (médiane de 4 kits également), la quantité variant de 2 par mois à 10 par semaine. Le nombre de seringues utilisées par semaine est en moyenne de 9,1 (médiane de 10), ce qui semble indiquer qu'ils utilisent peu de seringues autres que celles qu'ils reçoivent dans le cadre du PES, puisqu'il y a deux seringues par kit.

Quatre déclarent ne pas avoir de traitement de substitution, 7 sont sous Subutex et 1 sous méthadone.

Enfin, 11 usagers sur 12 déclarent connaître le centre de soins « Accueil Aides aux Jeunes ».

2.5.3. Les pratiques d'injection et la gestion des seringues usagées

Cinq usagers pensent que la participation au PES a modifié leurs pratiques d'injection, et 6 déclarent que non (1 non réponse). Elle a modifié la consommation de produits pour 3 usagers et pas pour 7 (2 non réponses).

Les prises de risque infectieux lors de l'injection existent encore, puisque 10 usagers ont déclaré avoir au moins une des quatre pratiques explorées, même si c'est occasionnellement :

- Réutiliser sa seringue : 4 souvent, 5 parfois, 1 presque jamais, 2 jamais,
- Utiliser la même seringue à plusieurs : 2 souvent, 10 jamais,
- Utiliser la même eau à plusieurs : 2 parfois, 10 jamais,
- Refaire les cotons (réutiliser les filtres) : 2 souvent, 4 parfois, 1 presque jamais, 6 jamais.

La gestion des seringues usagées à domicile est la suivante : 5 les mettent dans un récipient (dont 3 dans un conteneur donné par le pharmacien), 3 les remettent dans leur boîte, 2 les mettent dans un sac, 2 non réponses.

L'élimination finale des seringues usagées se fait par trois voies :

- La pharmacie : 9 toujours/souvent, 2 parfois, 1 jamais,
- La poubelle chez soi : 1 toujours/souvent, 1 parfois, 8 jamais, 1 non réponse,
- Le « Médibus » : 1 toujours/souvent, 3 parfois, 7 jamais, 1 non réponse.

En ce qui concerne la difficulté pour rapporter les seringues usagées à la pharmacie,

- 5 pensent que c'est facile (2 très facile, 3 plutôt facile), du fait de la simplicité de l'acte, de la proximité, et de l'absence de jugement (1 mention chacun),
- 7 pensent que c'est difficile (6 plutôt difficile, 1 très difficile), du fait du jugement ou du « regard » (3 mentions), de l'absence d'anonymat (« suivi », « délicatesses ») (2 mentions).

2.5.4. L'opinion des usagers sur le PES et leurs propositions d'amélioration

Les avantages du PES perçus par les usagers (en question ouverte) sont la gratuité (5 réponses), la prévention du VIH et des hépatites virales (3 réponses) et la propreté de l'environnement (3 réponses), la réponse « sécurité » (2 réponses) pouvant être attribuée aussi bien à la prévention (sécurité pour soi) qu'à la propreté (sécurité pour les autres). Il y a deux non-réponses.

Pour 5 usagers, le PES n'a aucun inconvénient, et 3 n'ont pas répondu à cette question ouverte.

Les inconvénients déclarés du PES sont le « regard » des autres (1 réponse), le manque de confidentialité (1 réponse) et de ce fait le retour est difficile (1 réponse), et le « suivi » (1 réponse).

Leur opinion se retrouve dans leurs propositions pour améliorer le PES : 3 insistent sur le non jugement (« gentillesse »), 2 déclarent qu'il n'y a rien à améliorer, 1 demande de l'information (« de la pub »), 1 propose un « bus », et 6 ne se sont pas exprimés.

3. CAPITALISATION D'AUTRES EXPERIENCES DE PROGRAMME D'ECHANGE DE SERINGUES

Ce chapitre présente les informations recueillies auprès des coordonateurs de Programmes d'Echanges de Seringues impliquant des pharmacies d'officines en Rhône-Alpes.

Lors des échanges avec les membres du comité de pilotage de l'étude, il est apparu qu'il serait souhaitable d'apporter également des éléments d'information sur le fonctionnement et la pertinence des automates de distribution-récupération de seringues. Bien que ce thème ne fasse pas partie des objectifs de l'étude et qu'il ne s'agisse pas ici de réaliser un travail exhaustif sur toutes les formes d'échange de seringues possibles, une investigation spécifique a été menée sur ce sujet dont les résultats sont présentés en fin de chapitre.

3.1. Autant de PES différents que de territoires

3.1.1. Des PES portés par des structures différentes

Sous l'appellation de « programme d'échange de seringues » (ou PES) on découvre différentes réalités, d'un territoire à l'autre.

On note que certains programmes d'échanges sont portés par des CAARUD/CSAPA, d'autres par des réseaux de santé ou encore par des associations. Par ailleurs, parallèlement à ces programmes on repère plusieurs associations qui délivrent également gratuitement des kits stériles, sans forcément être dans une logique d'échange (comme Keep Smiling pour les « *teufeurs* », ou encore Cabiria à Lyon pour les prostituées, ...). Enfin, le contenu des kits délivrés, l'exigence et l'organisation du retour du matériel usagé peuvent grandement varier entre différents PES, et ces variations semblent plus largement liées à des choix de structures qu'à de pures contraintes de moyens ou de fonctionnement. Les publics, l'histoire, la structure urbaine ou rurale de chaque territoire sont également des éléments qui entrent en ligne de compte dans la façon dont se sont organisés ces différents PES.

Le point commun entre tous ces programmes est la délivrance gratuite de kits d'injection stériles comme concrétisation de l'objectif de réduction des risques qui reste, pour tous, l'outil essentiel et prioritaire de limitation des contaminations par le VIH et le VHC, et globalement de réduction des risques infectieux et de préservation du capital veineux.

Dans le cadre de la présente étude, les sept structures portant des PES de Rhône-Alpes impliquant des officines ont été sollicitées :

1. LOIREADD : Mme Guiguet, coordinatrice du PES de la Loire
2. AIDES Isère : M. Trilles, coordonnateur départemental Aides Isère, PES de Grenoble
3. RUPTURES : M. Martel, chef de service éducatif du CAARUD, PES de Lyon
4. ARAVIH : Mme Labarrière, coordinatrice du PES d'Annecy
5. PELICAN : M. Reulier, directeur-adjoint du CAARUD, PES en « boutique » CAARUD de Chambéry
6. Re-VIH-STS : M. Gosselin, directeur et coordonnateur du PES de Savoie en officines
7. SITONI : Mme Argoud, directrice du CSAPA, PES du Nord-Isère

Dans le Jura, un autre PES qui touche aussi les UDVI d'Oyonnax a été interrogé :

- PASSERELLES 39 : M. Bonnet, Directeur du CAARUD/CSAPA, PES du Jura

3.1.2. Les PES de Rhône-Alpes qui impliquent des officines : éléments de description

Sans entrer dans une description détaillée des différentes structures qui ont été sollicités, il a semblé pertinent de réaliser une description rapide de ces différents PES impliquant des pharmacies, afin notamment de mettre en exergue les grandes tendances et différences de fonctionnement.

➤ PES Loire / LOIREADD (PEMIO)

* Contexte : le PES existe depuis 2004, porté par le réseau Loiréadd. Il n'y avait pas comme facteur déclencheur de problème de seringues usagées abandonnées dans les espaces publics. Il semble qu'il y ait eu dès l'origine de la démarche une réelle motivation chez plusieurs professionnels de l'addictologie de la Loire..

* Nombre de pharmacies concernées : 8 pharmacies réparties dans le département de la Loire. Notons que 270 pharmacies ont été consultées dans le département pour monter ce programme. 12 ont manifesté le souhait de participer au PES, mais les financements obtenus ne permettent pas de suivre plus de 8 pharmacies et le programme n'a donc pas vocation à se développer davantage.

* Matériel distribué en officines : des Stéribox ainsi que des « Roule ta paille » sont distribués par les 8 pharmacies. 9 100 Stéribox ont été distribués en 2010.

* Profil des injecteurs : à 90% des hommes, globalement socialement insérés (ont un logement, parfois aussi un emploi) et suffisamment stabilisés pour programmer leurs injections.

A noter les publics qui sont davantage en errance, qui sont précarisés (« *teufeurs* », SDF, ...) se fournissent davantage auprès du CAARUD Rimbaud et de l'association Actis. Les publics stabilisés et marginalisés se croiseraient peu. On note un rajeunissement global des consommateurs.

* Retour des seringues usagées : environ 70%, via des conteneurs de 10 à 50 litres (adaptés en fonction des besoins) installés dans les pharmacies, parfois dans l'espace « orthopédique ».

* Source du financement du PES en pharmacies : le programme PEMIO de LOIREADD' est financé depuis son origine par la MILDT (85%) et la Ville de Saint Etienne (15%).

➤ PES Grenoble / Aides Isère

* Contexte : Aides 38 gère un CAARUD animé par des salariés et des bénévoles : la dimension de santé communautaire est très importante. Un accueil est réalisé dans le CAARUD et en bus itinérant. Des actions de prévention/réduction des risques sont réalisées en milieu festif, ainsi que actions de maraude sur Grenoble. On note le souhait de développer des temps de débats sur les usages de drogues, l'injection, ...A noter : un projet de recherche-action sur l'accompagnement à l'injection est en cours avec Médecins du Monde et l'ORS PACA financé par l'ANRS.

Enfin, Aides 38 porte un PES à l'échelle de Grenoble, depuis 2004

* Nombre de pharmacies concernées : 6 pharmacies dans Grenoble, dont 2 véritablement actives qui réalisent 80% de l'activité du PES. Une pharmacie dans l'Oisans est également impliquée en hiver.

* Matériel distribué en officines : 8 000 seringues par an.

* Profil des injecteurs : plutôt des personnes insérées socialement, beaucoup sont substituées. Ces personnes ont de 18 à 50 ans, 20% environ sont des femmes.

* Retour des seringues usagées : Il n'y a pas de conteneurs donnés par Aides 38 aux pharmacies et les UDVI ne ramènent pas de seringues en pharmacies : elles distribuent uniquement des kits

de matériel stérile... Cependant, les UDVI semblent se débarrasser de leurs seringues usagées de manière « sécurisée » (canette écrasée, bouteille en plastique...) dans leurs ordures ménagères. (Par ailleurs, AIDES collecte les seringues usagées à son local et sur le bus, mais il n'y a pas de lieux ou de dispositif de récupération de déchets à risques infectieux sur Grenoble mis en place par la ville ou l'agglomération). Enfin, selon Aides 38, la question du retour des seringues usagées est dissociée de celle de la réduction des risques

* La source du financement du PES en pharmacies : budget du CAARUD, sans fléchage spécifique pour le PES en pharmacie.

➤ PES Lyon / Ruptures (PEKO)

* Contexte : Ce PES existe depuis 2001 dans sa phase expérimentale, et 2003 pour la pérennisation. Il est porté par le CAARUD Ruptures. A l'origine de ce PES, on repère à Lyon une problématique concernant la présence de seringues usagées dans les espaces publics et la volonté de réduire les contaminations concernant le VIH et le VHC. A noter : plusieurs autres associations délivrent des kits stériles d'injection sur l'agglomération lyonnaise.

* Nombre de pharmacies concernées : 7 pharmacies dans l'agglomération lyonnaise. (Par ailleurs le CAARUD réalise un accueil sur son site et intervient avec le bus de Médecins du Monde et enfin, rencontre également les consommateurs dans la rue, de manière itinérante. Des stands de prévention sont aussi mis en place dans certains espaces festifs).

* Matériel distribué en officines : en 2009, 6 098 Stéribox délivrés et 5710 en 2010. (moins de pharmacie en 2010 qu'en 2009)

* Profil des injecteurs : plus intégrés que ceux qui vont au CAARUD : ont souvent un appartement et un emploi. Beaucoup sont substitués (suivis par des médecins généralistes). La majorité est constituée d'hommes.

* Retour des seringues usagées : Ruptures livre des conteneurs de 30 litres. En 2009, 6 662 Stéribox ont été récupérés via les pharmacies (Le PES récupère plus qu'il ne donne) et 6519 en 2010 : plus de 100% de retours.

* Source du financement du PES en pharmacies : Depuis l'intégration de la Réduction des Risques dans les politiques de santé publiques, et notamment, via la création des CAARUDs, les actions de réduction des risques sont englobées dans une DGF (dotation globale de fonctionnement) qui finance l'ensemble de l'établissement. Il n'y a donc pas de financement spécifique pour PEKO : c'est donc l'ARS qui finance le PES sur des crédits ONDAM.

➤ PES Annecy / ARAVIH (PESPA)

* Contexte : Le réseau Aravih (Association Réseau Annecien Ville Hôpital de lutte contre le VIH et les Hépatites) porte le PES d'Annecy dans un contexte départemental qui ne comprend qu'un seul CAARUD à Annemasse : l'Apréto. C'est le réseau ARAVIH qui a pris l'initiative de mettre en place un PES.

* Nombre de pharmacies concernées : 26 pharmacies participent à ce PES, qui sont situées au niveau de l'agglomération annécienne, Rumilly, Faverges, et les stations des Aravis.

* Matériel distribué en officines : 32 000 Stéribox délivrés en 2010

* Le profil des injecteurs : plutôt des personnes insérées, qui ont un emploi, un logement, majoritairement des hommes entre 30 et 40 ans, globalement il s'agit de consommateurs de longue date. Beaucoup d'entre eux sont sous substitution.

De jeunes injecteurs, garçons et filles, commencent également, à bénéficier de PESPA.

* Retour des seringues usagées : en 2010, 13 600 litres de seringues (en volume de conteneurs) ont été récupérées (pour 32 000 Stéribox délivrés) : les UDVI acceptent bien la règle du retour et il y a de plus en plus de matériel délivré et récupéré.

* Source du financement du PES : ARS, Département Haute Savoie, Ville Annecy

➤ PES de Chambéry (Le Pélican en partenariat avec le réseau ReVIH-STS en Savoie)

* Contexte : Le CAARUD/CSAPA Le Pélican Intervient en Savoie et au sud du département de l'Ain notamment avec une antenne du CSST. A noter un échange de seringues est également réalisé au sein du CSAPA : au début, la délivrance de matériel était difficile pour les personnels soignants, mais ils se sont finalement appropriés les objectifs de réduction des risques en plus des objectifs de soin.

* Nombre de pharmacies concernées : 9 pharmacies concernées dans le bassin chambérien.

* Matériel distribué en officines : 5 616 kits distribués en 2009

* Le profil des injecteurs : des personnes insérées socialement, pas de grande précarité comme au CAARUD

* Retour des seringues usagées : Le matériel usagé est souvent rapporté au CAARUD via des conteneurs que les personnes emportent chez elles. 80 % de retours de matériel usagé

* Source du financement du PES : non communiqué.

➤ PES Nord-Isère/ SITONI

* Contexte : Pas de CAARUD dans le Nord-Isère et le CSAPA Sitoni ne délivre pas de kits d'injection stérile. Néanmoins, il a été repéré un vrai besoin des UDVI en local pour avoir accès à du matériel de réduction des risques. Parallèlement, il y a de nombreuses pharmacies en Nord-Isère qui sont en lien avec le CSAPA pour délivrer Subutex et méthadone : d'où l'idée de s'appuyer sur des pharmacies pour monter un PES, qui a démarré en janvier 2010.

* Nombre de pharmacies concernées : 5 pharmacies réparties sur le territoire du Nord-Isère. Notons que les 70 pharmacies du Nord-Isère en lien avec SITONI ont été consultées : 5 ont manifesté le souhait de participer au PES, par ailleurs les moyens matériels ne permettent pas de « suivre » plus de 6 ou 7 pharmacies et le programme n'a donc pas vocation à se développer davantage pour le moment.

* Matériel distribué en officines : des « Kits + » (fournis par l'INPES), environ 4 000 ont été distribués en 2010 via le PES.

* Profil des injecteurs : Plutôt des hommes, globalement socialement insérés (plus de la moitié ont un « logement durable ») suffisamment stabilisés pour programmer leurs injections.

Pas de publics en errance ou marginalisés repérés sur ce territoire.

* Retour des seringues usagées : environ 90 à 95 %, via des conteneurs de 30 litres installés dans les pharmacies, parfois dans l'espace « patient » ou « orthopédique ».

* Source du financement du PES : 2010 était une année expérimentale pour le PES qui a obtenu un financement exceptionnel du Conseil général. Pour 2011 le dossier de financement a été refusé par l'ARS, et au moment de l'étude, il n'y avait pas encore de réponse du côté du Conseil général : si l'avis est négatif, le PES risque de s'arrêter.

➤ PES Jura / Passerelles 39

* Contexte : Passerelle 39 porte un CAARUD et un CSAPA dans le Jura. Notons que ces structures sont également utilisées par des UDVI qui viennent du Nord de l'Ain (bassin yoynaxien) et aussi de Bourg-en-Bresse, où il y a une forte demande (pratiques festives et vie en squats). Il y a un échange de seringues au sein du CAARUD qui est dans les mêmes locaux et avec le même personnel que le CSAPA, et de façon « mobile » dans le milieu festif. Le PES existe depuis 1997, avant l'habilitation CAARUD (2007) C'est fin 2010 que le partenariat avec la Pharmacie de Salin les Bains a été mis en place pour délivrer gratuitement des kits de snif « roule ta paille ».

* Nombre de pharmacies concernées : 1 pharmacie à Salins les Bains

* Matériel distribué : des « Kits Maison » (comprenant une unidose d'acide citrique stérile). 20 000 seringues distribuées en 2009 par le CAARUD + 1 pharmacie qui distribue gratuitement des kits de snif

* Profil des injecteurs : pas de grandes différences entre le public qui utilise la pharmacie et celui qui utilise le CAARUD. La pharmacie peut jouer le rôle d'un « dépannage » pendant les plages où le CAARUD est fermé (vente de Stéribox) et aussi comme relais pour les Kits de snif qui n'existent pas dans le commerce.

* Retour des seringues usagées : Echange strictement respecté : « 1 pour 1, 1 000 pour 1 000 » : 98% de taux de retour. Le matériel neuf n'est, globalement, donné que contre le matériel rapporté à partir du deuxième contact. L'aspect citoyen du retour est fortement mis en valeur. Pas de problématique de retour du matériel usagé de snif (pas de déchets piquants-tranchants)

* Source de financement du PES et délivrance kits de snif : budget du CAARUD

3.2. Sur le terrain : le sens des programmes d'échanges de seringue

3.2.1. Réduire au maximum les risques de contamination (VIH, VHC, VHB), « injecter propre »

Il s'agit là véritablement du point commun entre tous les programmes d'échanges de seringues, selon les propos que nous avons recueillis : l'objectif est de réduire les risques de contamination lors de l'injection, notamment en ce qui concerne le VIH et l'hépatite C. On notera que l'hépatite B est également de plus en plus intégrée dans cet objectif de protection des publics injecteurs. L'essence même de ces programmes est donc bien, selon les coordonnateurs, de limiter le plus possible le « cumul de risques » : éviter l'aggravation des problèmes de santé des UDVI et préserver leur capital santé (capital veineux, ...).

La priorité - ou l'urgence - n'est pas d'amener les publics toxicomanes au sevrage et à l'abstinence (il s'agit là plutôt d'un idéal), mais de les protéger de la maladie. L'une des personnes interrogées à ainsi résumé :

« Tant que les gens sont vivants, on peut faire quelque chose. Quand ils sont morts on ne peut plus rien faire. ».

Autrement dit la question de la toxicomanie est secondaire à celle du maintien en vie, et dans un état de santé qui soit le meilleur possible pour les UDVI.

Pour ce faire, il s'agit de donner aux toxicomanes les moyens de « s'injecter propre » et, au-delà des moyens matériels, de les sensibiliser à un certain nombre de bonnes pratiques en matière d'injection : on peut presque parler « d'éducation thérapeutique » autour de l'injection. L'évolution du contenu des kits, depuis une dizaine d'années montre ainsi que l'objectif « d'injecter propre » n'est pas simple à atteindre et qu'il implique toute une gestuelle et des manipulations, avant, pendant et après l'injection.

Ainsi la question des seringues est aujourd'hui réglée : il faut qu'elles soient stériles et adaptées aux besoins des toxicomanes, pour des injections par voie intra-veineuse.

Mais au-delà de la seringue, il y a tous les autres ustensiles mis en œuvre qui peuvent constituer des supports de transmission des virus : le récipient pour recevoir le produit à aspirer dans la seringue, le liquide pour diluer le produit, les cotons pour filtrer les particules ou « poussières » qui peuvent se trouver dans le liquide à injecter. C'est ainsi qu'ont été créés, entre autres, les « Sterifilt® »³⁴ et « Stéricup® »³⁵, objets stériles à usage unique, qui permettent de sécuriser un peu plus l'injection. Si le VIH, le VHC et le VHB restent une préoccupation importante, on sait aujourd'hui que le manque d'asepsie dans l'injection peut également provoquer d'autres

³⁴ Sterifilt® : Filtre à membrane en polypropylène, permettant d'éliminer les plus grossières impuretés physiques d'une préparation de drogue destinée à être injectée, et qui réduit les risques liés à l'injection de particules : abcès, phlébites, "poussières", œdèmes. (<http://www.apothicom.org/sterifilt.php>)

³⁵ Stéricup® : récipient stérile en aluminium, qui favorise l'adoption d'une technique aseptique de préparation de l'injection. (<http://www.apothicom.org/stericup.php>)

pathologies infectieuses, liées aux bactéries présentes dans les cotons réutilisés, les citrons utilisés pour diluer le produit, qui vont de l'abcès à la septicémie... Certains PES incluent d'ailleurs également des dosettes d'acide citrique pour remplacer le jus de citrons pressés, citrons parfois conservés de manière aléatoire pendant plusieurs jours...

Enfin, la gestuelle de l'injection est aujourd'hui décortiquée pour savoir comment mieux aider les UDVI à préserver leur capital veineux. Ainsi la recherche-action actuellement menée par Aides 38 et l'Observatoire Régional de la Santé PACA sur la gestuelle d'injection, après et avant éducation à l'injection, permettra de mieux repérer les pratiques (voire, les rituels) à risques, et les pratiques protectrices, qui permettent d'éviter les abcès, les lésions des veines, les blessures, etc.

On notera par ailleurs que quelques PES proposent également la délivrance de kits de snif stériles (ou « *roule ta paille* »), afin d'éviter les contaminations via la muqueuse nasale (au VHC essentiellement).

Comme le montre la synthèse bibliographique (en début de ce rapport) confirmée par le discours des professionnels interviewés, la réduction des risques reste centrée sur les usagers de drogues et sur le maintien d'un certain niveau de santé. La réduction des risques n'a pas pour objet premier l'arrêt de la consommation de drogues ou la sécurité environnementale par rapport aux risques que représentent, pour la population générale, le matériel d'injection et notamment les seringues usagées, abandonnées dans les espaces publics, ou encore jetées directement avec les ordures ménagères. La question de l'élimination de ces DASRI³⁶ particuliers n'est pas au cœur de la réduction des risques.

Pour autant, d'après les personnes interviewées, la question des seringues usagées dans les espaces publics a souvent joué comme un levier essentiel pour mettre en place un programme d'échange de seringues et la réduction des risques pour les toxicomanes était dans ce cas un élément plus secondaire :

« Avant c'était très vendeur auprès des élus, les seringues dans les parcs, par rapport aux enfants... »

Néanmoins, il semblerait qu'au fil des années, la sensibilité des élus, des citoyens, des professionnels du soin ait évolué. Les objectifs de la réduction des risques sont globalement mieux compris et acceptés aujourd'hui, même si tout le monde n'y adhère pas.

La réduction des risques constitue, par ailleurs, aussi, un moyen de prendre soin de soi, et de prendre de la distance par rapport à sa consommation, pour les personnes qui le souhaitent ou qui le peuvent. Elle est présentée par plusieurs des professionnels interviewés comme allant de pair avec une conception du soin où la rechute n'est pas excluante, où le sevrage n'est pas forcément total, définitif. Dans tous les cas, l'accueil du toxicomane doit être maintenu, tout comme la possibilité de l'accompagner, de nouveau, dans un soin.

3.2.2. Réduction des risques, soin et illégalité des consommations

Dans plusieurs cas, les PES de Rhône-Alpes sont portés par des CAARUD/CSAPA et la délivrance et l'échange de seringue se fait simultanément en pharmacie et dans ces structures.

Il est important de rappeler ici que les CAARUD sont des structures de « bas seuil » d'exigence en matière de prévention, qu'elles sont particulièrement dédiées à l'accueil de publics éloignés du droit commun, aussi bien au plan social que sanitaire, qui vivent dans une réelle précarité souvent associée à différentes formes de marginalité.

³⁶ DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux

En ce qui concerne la plupart des PES que nous avons examinés, il apparaît que les relations entre les CAARUD porteurs de ces PES et les forces de l'ordre sont en général plutôt bonnes, ou du moins elles ne sont pas problématiques.

En effet, les produits consommés par les UDVI sont le plus souvent illégaux³⁷ : s'il est clair que les personnes qui vont dans un centre de soin (CSST/CSAPA) vont « se faire soigner », il y a parfois quelques difficultés en ce qui concerne les personnes toxicomanes qui vont dans un CAARUD pour demander des seringues stériles. Dans certains territoires, les coordonnateurs de CAARUD soulignent que les forces de police n'interviennent jamais aux portes mêmes du CAARUD, mais qu'elles peuvent procéder à des interpellations dans un périmètre relativement proche, lorsque les UDVI sont soupçonnés d'avoir des produits illicites sur eux.

Cependant, il semble que dans la plupart des cas, un dialogue entre CAARUD/CSAPA (certains font aussi de l'échange de seringues) et forces de l'ordre ait permis de clarifier à la fois le rôle d'accueil de ces structures mais également le contenu de la réduction des risques ainsi que les objectifs d'un programme d'échange de seringues. De ce fait, les forces de l'ordre, le plus souvent laissent les UDVI circuler librement autour de ces structures.

Il n'en reste pas moins que la nécessité de ces échanges entre CAARUD/CSAPA et forces de l'ordre met en exergue les enjeux de l'illégalité de la consommation de ces produits. Une illégalité qui, à la fois, freine l'entrée dans la consommation de ces produits psychoactifs, mais peut également favoriser les risques de marginalisation, de clandestinité, etc... Le débat sur l'impact de l'illégalité est relativement ancien, complexe et hautement politique, mais on peut néanmoins retenir qu'il ajoute une spécificité forte par rapport aux dimensions purement sanitaires liées aux dangers de la consommation de drogues.

De ce point de vue, la distribution de kits stériles en pharmacie apparaît comme un élément facilitant l'anonymat pour les UDVI : ils risquent apparemment beaucoup moins de se faire éventuellement « repérer » par les forces de l'ordre en sortant d'une pharmacie plutôt qu'en sortant d'un CAARUD. De manière très schématique, il apparaît qu'une personne qui se rend dans un CAARUD a quelques chances d'avoir des produits illégaux sur elle, voire met à profit les éventuelles rencontres avec d'autres UDVI au CAARUD pour échanger des informations et des pistes concernant les produits, les lieux où s'en procurer, etc.

Rien de tel n'est possible dans une pharmacie où les UDVI sont considérés par les pharmaciens comme des clients « comme les autres ». Même si de fait, ils consomment des produits illicites, au moment où ils vont chercher leur kit d'injection en pharmacie, plus rien ne les distingue de la masse des clients. Certains professionnels notent ainsi que le CAARUD peut avoir un effet stigmatisant pour certaines personnes, ce qui ne se produit pas avec les pharmacies.

3.3. Les territoires et les publics d'UDVI (usagers de drogues par voie intraveineuse)

3.3.1. Différents publics d'UDVI : urbains, ruraux, sédentaires, nomades, précarisés, insérés

Avant d'analyser les aspects logistiques des programmes d'échanges de seringues en officine, il est important de faire le point sur les publics qui peuvent avoir besoin de ce type de programme. En effet, les UDVI ne constituent pas un public homogène, avec une convergence de pratiques, de représentations, de modes de vie.

³⁷ Si l'on exclue les injections de Subutex et de méthadone, produits obtenus légalement sur prescription mais « détournés » dans leur mode de consommation de leur objectif initial.

Ainsi, les toxicomanes qui utilisent le programme d'échange du Pays de Gex sont majoritairement décrits comme étant des personnes insérées socialement, qui ont un emploi, un logement et, ce n'est pas rare, une famille et des enfants. Le fait est que le coût de la vie plutôt élevé dans le Pays de Gex, territoire considéré comme « péri-urbain » ou semi-rural, situé à proximité immédiate de la Suisse et de Genève, ajouté à des conditions climatiques assez rudes en hiver, font que les publics en errance et très marginalisés peuvent difficilement y vivre.

Les UDVI du Pays de Gex semblent par ailleurs se répartir de manière relativement régulière entre 20 et 50 ans : on repère des consommateurs récents et également des consommateurs plus « installés » dans cette pratique depuis plusieurs années et qui semblent parvenir à « gérer » leur consommation de drogue.

A l'inverse, dans les territoires complètement urbains comme Saint-Etienne, Lyon ou Grenoble on repère des personnes à la limite de l'errance, voire réellement marginalisées, qui sont sans domicile fixe, n'ont pas d'emploi, et n'utilisent plus les ressources de droit commun. Parmi ces personnes, les moins de 30 ans sont surreprésentés

Ainsi, chez les publics insérés ou relativement insérés, on repère des formes de contrôle de la consommation de produits illicites qui permettent de maintenir cette insertion, et qui permettent également de réduire les risques de contamination... Certains consommateurs assument ainsi totalement leur toxicomanie sans renoncer pour autant à avoir une vie sociale, un emploi : ils ne souhaitent pas arrêter de consommer mais ne veulent pas renoncer à une inscription dans la vie sociale, dans la cité. Parmi eux, on trouve des personnes qui sont très éloignées de tout dispositif de sevrage et qui entendent se « débrouiller » par elles mêmes pour vivre tout en continuant à consommer. Certains préféreraient ainsi acheter les Stéribox en pharmacie et rester indépendant de tout système d'échange ou d'aide.

A l'opposé, chez les publics les plus désinsérés, leurs modes de vie impliquent des prises de risques importantes, et tout particulièrement en matière de consommation de substances psychoactives. Chez ces publics les besoins d'accompagnement vers les soins, les ressources du social sont très importants même s'il n'y a pas d'attentes formulées. Les professionnels interviewés décrivent une vraie nécessité de support chez ces publics pour retisser des liens avec le droit commun, en termes de santé, de logement, de droits et même d'accès à l'emploi, notamment avec les CAARUD, CHRS et autres dispositifs de « l'aller vers » les publics en précarité. Généralement, ces publics sont particulièrement visibles dans les zones urbaines, et notamment dans les centres-villes. Par ailleurs, les jeunes ont sans doute davantage tendance à se regrouper dans certains lieux publics que les plus âgés. Ces publics ne sont pas forcément stables en termes de lieux de vie : ils peuvent facilement aller de ville en ville, au gré des rencontres et des ressources recherchées.

On notera qu'un public d'UDVI vivant dans les banlieues précarisées des villes est bien repéré par les professionnels interviewés. Ces territoires « périphériques », souvent classés en politique de la ville sont souvent concernés par des consommations très visibles d'alcool et de cannabis. Les consommations de drogues par voie intraveineuse sont beaucoup plus discrètes. On notera d'ailleurs que pour plusieurs des PES sollicités³⁸ dans cette étude, il y a eu des tentatives d'ouvrir des antennes ou de déplacer des unités mobiles (bus) de CAARUD sur ces quartiers de la politique de la ville, qui n'ont globalement eu aucun succès. En effet, les UDVI des territoires urbains défavorisés préfèrent semble-t-il largement utiliser les ressources des centres-villes : les quartiers des banlieues précaires fonctionnent en partie comme des « villages » où le contrôle social est très fort : les faits et gestes des uns et des autres sont en quelque sorte surveillés, et il est ainsi plus facile pour ces UDVI d'aller chercher des kits stériles en centre-ville, où ils ne sont pas spécialement repérés. Il faut préciser que ces personnes sont plutôt relativement insérées dans un tissu social : elles n'ont pas forcément d'emploi, mais ont un logement et un réseau social (famille, amis, ...). Il semble donc qu'il existe véritablement pour ces personnes des enjeux forts autour de l'anonymat.

³⁸ A Grenoble et Lyon notamment.

Dans les départements comme la Savoie, la Haute-Savoie et l'Isère, on repère également la présence de travailleurs saisonniers concernés par des consommations de drogues par voie intraveineuse. Des dispositifs spécifiques, parfois en lien avec certains PES (Chambéry, Grenoble) sont mis en place en saison pour ces publics qui ne sont présents qu'une partie de l'année. Néanmoins, les particularités des travailleurs saisonniers, et notamment leur périmètre géographique en termes de déplacements, leurs conditions de vie, font que l'on ne peut confondre les besoins des UDVI saisonniers, avec les « UDVI sédentaires ».

Enfin, des besoins sont repérés dans des zones rurales, comme dans la Loire par exemple, où des pharmacies de petites communes participent au PES et répondent aux besoins d'un public d'UDVI disséminé dans des espaces ruraux, et relativement éloignés des villes-centres du département. Ces personnes semblent également plutôt insérées dans un tissu social.

On aboutit ainsi, de manière très schématique à une typologie de profils d'UDVI que l'on peut décliner ainsi :

- Les urbains, péri-urbains ou ruraux relativement socialement insérés, qui ne sont pas déconnectés du droit commun, ont un lieu de résidence fixe, et ont un fort besoin d'anonymat
- Les précarisés désinsérés, dans les milieux urbains. Ils ne sont pas forcément stables en termes de lieu de résidence, et peuvent avoir un mode de vie plutôt « nomade ». Ils sont plutôt jeunes et globalement éloignés du droit commun (jeunes avec chiens, *teufeurs*, SDF, ...)
- Les travailleurs saisonniers : connaissent des formes de précarité et sont plutôt « nomades »

Ce sont essentiellement les deux premières catégories qui peuvent être concernées par des programmes d'échange de seringues « sédentaires ».

3.3.2. Pharmacies ou CAARUD : une solution plus ou moins adaptée selon les profils d'UDVI.

Il ressort clairement des entretiens menés avec les professionnels en charge des différents PES sollicités que les pharmacies et les CAARUD répondent davantage aux besoins de certains publics en particulier. Même si cette typologie est très schématique et mériterait certainement d'être affinée par des études plus spécifiques, on voit que le niveau d'insertion sociale des UDVI les oriente davantage vers les pharmacies ou vers les CAARUD.

Ainsi, pour les publics d'UDVI relativement insérés qu'ils soient urbains, péri-urbains ou ruraux, les CAARUD (voire même les CSAPA) sont parfois tout simplement évités : il peut exister une crainte de se retrouver avec des publics très marginalisés et donc de pouvoir être repéré parmi ces publics et d'être éventuellement socialement stigmatisé. Il peut également y avoir, pour ceux qui essaient de réduire ou d'arrêter leur consommation, une crainte d'être tenté de renouer avec certaines pratiques du fait des opportunités offertes par le fait de rencontrer d'autres UDVI (pour se fournir en produits, notamment).

Certains UDVI qui souhaitent avoir accès à un traitement de substitution préfèrent ainsi être suivis par un médecin généraliste, de même, en ce qui concerne l'accès à des kits d'injection stériles et gratuits, certains préfèrent se rendre en pharmacie plutôt qu'en CAARUD.

Avec le médecin généraliste comme avec les pharmaciens, les UDVI se retrouvent, malgré leur « spécificité » fondus dans la masse des patients. Même s'ils continuent par ailleurs à se fournir en substances illicites (et donc à encourir de sérieux risques pour cause d'activité délinquante), le fait de se fournir en seringues gratuites auprès de pharmacies, d'être suivis par un médecin généraliste pour la substitution contribue à les sortir ou du moins à les « décaler » par rapport à la clandestinité en leur donnant accès à un certain anonymat, et contribue à faciliter leur inscription dans une certaine « vie sociale normale ».

A l'inverse, les publics désinsérés qui sont plus particulièrement visibles dans les centres-villes, sont souvent plus en difficultés pour aller vers les ressources de droit commun, comme les médecins généralistes ou même les pharmacies. Souvent concernés par des difficultés de logement, de revenus, d'accès aux soins et aux droits, ces UDVI sont particulièrement fragilisés au plan économique et social. Les CAARUD constituent pour ces publics une ressource facile d'accès qui peut répondre à des besoins immédiats d'accueil, et un sas possible vers d'autres ressources notamment de soin. La démarche de réduction des risques est ainsi plus accessible à ces publics via les CAARUD que par les ressources de droit commun, et notamment par le fait que cette démarche est plus accompagnée : l'écoute, le dialogue, une certaine éducation au soin de soi qui répondent aux contraintes des UDVI sont facilitées par le format de ces structures.

Il apparaît donc que, globalement, les PES ne répondent pas aux besoins des mêmes publics selon qu'ils soient réalisés en CAARUD ou en pharmacie. Une vraie complémentarité existe entre ces deux supports, notamment dans les territoires urbains qui comptent différents profils d'UDVI.

N'oublions pas enfin que certains UDVI qui souhaitent rester complètement anonymes, ne veulent pas être « assistés » et entendent « gérer » leur consommation peuvent également faire le choix d'acheter – donc de payer – systématiquement les Stéribox, en pharmacies.

3.4. Points forts et points faibles des pharmacies en matière de fonctionnement des PES

3.4.1. Les points forts : anonymat, souplesse horaire et proximité géographique

➤ **L'anonymat**

Comme on l'a vu au chapitre précédent, l'un des grands atouts des pharmacies est qu'elles permettent de préserver l'anonymat des personnes, ou du moins qu'elles ne créent pas de mécanismes de repérage social, de stigmatisation. Le fait d'être vu alors que l'on entre dans un CAARUD (ou un CSAPA) peut avoir un impact social très fort et négatif, sans compter que dans certains territoires, les forces de l'ordre sont parfois aux aguets, à relative proximité des CAARUD. A l'inverse, le fait d'entrer et de sortir d'une pharmacie s'inscrit parfaitement dans la routine sociale d'accès aux soins de santé. Par ailleurs, le fait de demander un kit ou un Stéribox en pharmacie, d'après les pharmaciens du Pays de Gex et les professionnels des PES sollicités, ne rompt pas cet anonymat, cette « normalité » : les publics « non UDVI » ne savent pas, semble-t-il, la plupart du temps ce qu'est un kit et ils ne prêtent donc pas particulièrement attention à cette « transaction ».

Par ailleurs, contrairement à certains CAARUD qui sont parfois surveillés d'un peu trop près par les forces de l'ordre, la question de la surveillance des UDVI qui entrent et sortent des pharmacies pour obtenir des kits gratuits n'a jamais été évoquée par les différents professionnels interviewés. La pharmacie reste un lieu neutre, « banal », non stigmatisant. De ce fait, il semble que certains UDVI qui redoutent une certaine proximité avec les forces de l'ordre, privilégient les pharmacies quand cela est possible sur leur territoire

➤ **Les plages horaires**

Le fait que les pharmacies soient ouvertes tous les jours de la semaine, samedi inclus, le matin et l'après-midi constitue également un avantage indéniable par rapport aux CAARUD, souvent plus limités en termes de plages horaires dédiées au PES. En effet, certains PES en CAARUD sont accessibles sur certaines plages horaires bien précises et circonscrites dans la semaine, de ce

fait, les pharmacies représentent une alternative pour les UDVI qui peuvent ainsi se fournir en kits stériles lorsque le CAARUD n'est pas ouvert (samedi, et à certains moments de la journée ou de la semaine). La pharmacie peut alors constituer une ressource complémentaire, de « dépannage », très pertinente pour les UDVI qui n'ont pas toujours de stratégie de constitution de « stocks » de kits à domicile, qui leur permettent de consommer (et « d'injecter propre ») pendant plusieurs jours, ou encore pour les UDVI confrontés à une occasion de consommation imprévue (festive, ou autre...)

Ainsi une forme de complémentarité peut exister, dans le temps, entre les CAARUD et les pharmacies, ce qui réduit les risques de « pénurie » de kits pour les UDVI.

➤ **La couverture territoriale**

Les différents PES examinés montrent bien la pertinence des pharmacies en matière de couverture territoriale. Ainsi les CAARUD sont généralement situés en centres-villes, dans des quartiers où il y a des flux de population importants et où les CAARUD peuvent se fondre dans l'environnement urbain. Il existe également des dispositifs mobiles de RdR, émanant directement ou non de ces CAARUD (bus, ...) qui se déplacent en ville, mais qui, néanmoins, ne peuvent investir certains territoires. Ainsi, l'expérience de plusieurs structures de réduction des risques montre qu'il n'est pas pertinent de s'installer (même de façon provisoire et mobile) dans les territoires en politique de la ville : le risque de repérage et de stigmatisation des UDVI est alors beaucoup trop fort. A l'inverse, les UDVI utilisent les pharmacies installées sur ce type de quartier, qui participent à un PES. Là encore, non seulement la pharmacie n'est pas un lieu stigmatisant, mais il est au contraire vecteur d'une image de « normalité sociale ».

Enfin, l'exemple de la Loire souligne par ailleurs le fait que les CAARUD ne peuvent pas être présents sur tous les territoires pour des raisons évidentes de moyens : tous les villages et petites villes ne peuvent être couverts et il n'existe pas de dispositifs mobiles partout, sans compter que dans certains territoires ruraux, comme dans les quartiers en politique de la ville, le contrôle social est très fort et les effets de stigmatisation très rapides. Ainsi, sur ces territoires, les pharmacies constituent une solution de proximité pour ceux qui vivent loin des villes-centres, tout en respectant les exigences d'anonymat.

On peut presque dire que les pharmacies constituent, du point de vue du maillage territorial et de la « continuité spatiale » de la distribution des kits d'injection gratuits, un support idéal.

Les pharmacies présentent des points forts indéniables en matière d'accessibilité, dans le temps comme dans l'espace. Elles s'inscrivent par ailleurs dans la cité comme une ressource de droit commun, qui casse en partie l'étiquette de « délinquant » que peuvent avoir les UDVI et qui les sort, au moins ponctuellement de la clandestinité.

3.4.2. Les points faibles : peu d'éducation à la santé, peu de relais vers le soin

➤ **Les pharmacies qui comptent de nombreux salariés : une déperdition de l'information sur le PES**

L'enquête auprès des coordonnateurs des différents PES a confirmé le constat qui se profilait suite à l'enquête auprès des pharmaciens du Pays de Gex : lorsqu'une pharmacie compte plusieurs professionnels (pharmaciens, préparateurs, ...), tous n'ont pas le même degré de connaissance et d'intérêt pour le PES, quelle que soit leur place et leur responsabilité dans la pharmacie. Certains sont très au fait de l'échange et d'autres connaissent à peine la problématique. Les phénomènes de turn-over dans les pharmacies et le volume même du nombre de salariés aggravent ces possibles disparités entre professionnels.

Or, lorsqu'un UDVI s'adresse à un professionnel dans la pharmacie pour obtenir un kit gratuit et que celui-ci ne sait pas de quoi il s'agit, ne sait pas où se trouvent les kits etc... Cela peut créer un malaise pour l'UDVI, dont la demande pose, de fait, « problème ». La demande d'un kit ne devient « anodine » que si la réponse est non-stigmatisante, discrète... Ainsi, un UDVI qui a affaire à un pharmacien ou à un préparateur qui ne comprend pas sa demande et qui pose de nombreuses questions et sera peut-être être obligé de se renseigner auprès de ses collègues, cet UDVI peut craindre d'être soudain « sur-repéré » dans la pharmacie et se décourager dans sa démarche de demande de seringues stériles.

Ainsi, d'après les professionnels interviewés, un PES fonctionne d'autant mieux que les professionnels des pharmacies sont bien informés du fonctionnement du PES et sont également bien sensibilisés aux principes de la réduction des risques. Cela pose donc la question de la formation de l'équipe officinale au-delà de la seule sensibilisation du pharmacien.

➤ **Les pharmacies peu motivées par la promotion de la santé auprès des UDVI ?**

Dans le cadre des PES en pharmacie, il semble que, le plus souvent, l'échange entre le pharmacien et l'UDVI soit assez rapide, voire fugace. Même si un contact se met en place, dans une relative confiance, il n'y a pas forcément de dialogue qui s'instaure autour de la question de la toxicomanie. Les pharmaciens décrivent ainsi, globalement, des UDVI qui veulent leurs kits très rapidement et qui s'attardent le moins possible dans la pharmacie.

Le besoin d'anonymat des UDVI explique en grande partie ce phénomène : ils ne souhaitent pas faire repérer leur spécificité par les autres clients de la pharmacie. Si un dialogue s'engage c'est plutôt autour d'autres médicaments ou besoins, ou par rapport aux besoins d'autres membres de la famille etc.

Du côté des pharmaciens, et même s'ils y sont encouragés par les coordonnateurs de PES, il semble qu'ils ne prennent pas fréquemment l'initiative d'encourager les UDVI à pratiquer des tests de dépistage, à se rendre dans un centre de soins etc. Les pharmaciens font globalement peu d'éducation à la santé auprès des toxicomanes. Le travail d'information et de sensibilisation des UDVI pratiqué dans les CAARUD (accès aux soins, à la prévention, éducation à l'injection, etc...) est beaucoup plus important, notamment auprès des publics les plus marginalisés, les plus éloignés du droit commun.

3.5. Les outils d'un programme d'échange de seringue

3.5.1. Les kits et leur contenu

3.5.1.1. Les Stéribox et les « kits maison »

Deux types de kits sont repérés dans les PES examinés :

- Les Stéribox³⁹, qui sont livrés aux pharmacies par le système des répartiteurs (ex : OCP...) ou encore les Kit+, qui sont équivalents dans leur contenu aux Stéribox.
- Les « kits maison », assemblés, pour ainsi dire, par le CAARUD ou l'association, par des salariés en interne, des bénévoles/UDVI ou, dans un cas, par le personnel d'un CAT⁴⁰

³⁹ Rappelons que les Stéribox® sont fabriqués par l'association Apothicom, ainsi que les Stérifilt®, Stéricup® et Stéricitrik®.

⁴⁰ CAT : Centre d'Aide par le Travail. Etablissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées mentales. Ils constituent une forme particulière d'Etablissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT).

Il apparaît clairement que le fait que le PES soit porté par un CAARUD ou un CSST favorise le choix de « l'assemblage maison » par les ressources humaines en interne. Cependant, lorsque les PES sont très actifs et qu'il y a une distribution importante de kits, on voit qu'à partir d'un certain volume de travail, l'assemblage est externalisé.

Dans les autres cas (où il y a peu de ressources humaines dédiées aux activités de réduction des risques), le choix des Stéribox apparaît comme la solution la plus évidente et ce d'autant plus que le contenu des kits est le résultat d'analyses approfondies des besoins des UDVI, et que la boîte elle-même sert de « mini-conteneur » qui permet de rapporter le matériel d'injection usagé en toute sécurité.

Dans tous les cas, le coût de « l'assemblage » du kit, doit être réfléchi dans le cadre de l'organisation d'un PES, car cela représente une charge de travail non négligeable.

3.5.1.2. Le matériel contenu dans les kits

Le contenu des kits est extrêmement variable selon les PES, au-delà de la base commune (seringues notamment), on ne trouve pas exactement les mêmes « accessoires » partout, et les volumes donnés aux UDVI sont également très différents d'un territoire à l'autre. Enfin, « l'emballage » des kits peut aussi être très différent.

Ces différences s'expliquent en partie par les profils d'UDVI qui ne sont pas forcément les mêmes partout (en termes de pratiques et de rythmes d'injection), mais aussi par des choix opérés par les porteurs de PES.

Concrètement, voici les différents types de kits utilisés dans les PES :

- **Les Stéribox^{®41} et Kits + :**

Les Stéribox[®] délivrés gratuitement dans le cadre des PES ou vendus dans les pharmacies qui ne participent pas à des PES contiennent :

- 2 seringues de 1ml,
- 2 tampons imbibés d'alcool (pré-injection),
- 2 tampons secs,
- 2 flacons d'eau stérile,
- 2 Stéricup[®],
- 1 préservatif
- 1 mode d'emploi et des conseils explicites

A noter : le prix de vente recommandé est de 1 euro. Néanmoins les pharmacies qui souhaitent « trier » leur clientèle d'UDVI ou du moins visent à avoir peu de clients de ce type vendent les Stéribox plus cher, parfois jusqu'à 4 euros la boîte.

- **Les « kits maison » :**

Dans les kits « maison », on retrouve toujours les seringues de 1ml, et également toujours des tampons alcoolisés : c'est semble-t-il la base « universelle ». Au-delà, on trouve, ou non, les différents accessoires qui sont pour la plupart déjà présents dans les Stéribox actuels.

Ainsi, tous les kits ne contiennent pas toujours de filtres stériles. Ces filtres permettent de remplir la seringue du produit à injecter, en retenant les « poussières » et les bactéries susceptibles de créer des infections, des abcès, et au final des lésions des veines. On note pourtant que les UDVI sont de mieux en mieux sensibilisés à l'intérêt du Stérifilt pour protéger leur capital veineux et réduire les risques d'infection (qui peuvent aller jusqu'à la septicémie). Il semble ainsi que les UDVI soient de plus en plus demandeurs de filtres stériles dans les kits.

De même les kits ne contiennent pas toujours de coupelle stérile ou de Stéricup, qui permettent de mélanger le produit à un liquide pour pouvoir ensuite l'aspirer dans la seringue. Or, il est aujourd'hui certain que le fait de réutiliser un récipient mal lavé peut entraîner des risques

⁴¹ Les Stéribox de troisième génération contiennent également des Stérifilt[®]

d'infection (par bactéries ou autres), mais également, lorsque le récipient est partagé, entraîner des contaminations au virus de l'hépatite C.

Un seul kit (Passerelle 39) contient une dosette de poudre d'acide citrique. L'acide citrique est un bon diluant pour l'héroïne, qui peut alors être injectée. Or, dans la pratique, les UDVI utilisent souvent des citrons qu'ils pressent plusieurs fois et qu'ils conservent de manière aléatoire, ou encore du vinaigre. Outre le fait que ces produits acides endommagent les veines, ils peuvent être porteurs de germes, de champignons et de bactéries. Les citrons et le jus de citron peuvent ainsi contenir des champignons responsables d'infections cardiaques (endocardites), oculaires (candidose ophtalmique) ou généralisées (candidose systémique). Dans le but de réduire ces risques, l'association Apothicom a mis au point l'acide citrique stérile en poudre, conditionné dans des sachets imperméables de 100 mg et destinés à un usage unique⁴² : les Stéricitrik.

On notera que quelques unes des personnes interviewées n'incluent pas de dosettes d'acide citrique dans les kits au motif que cela serait interdit par la loi. Nous n'avons pu vérifier cet argument, néanmoins l'association Apothicom fabrique bien de telles dosettes, légalement, en France. Pour certains ces dosettes d'acide citrique sont également un outil important de réduction des risques, pour d'autres l'acide citrique est trop nocif pour les veines pour être considéré comme un outil de réduction des risques.

Enfin, à Grenoble on trouve dans les kits un tube de Cicatryl®⁴³, une crème à usage externe. Il s'agit d'un traitement symptomatique local des plaies et brûlures superficielles peu étendues, destiné à améliorer la cicatrisation des blessures qui peuvent se produire lors de l'injection.

On observera qu'il n'y pas d'informations écrites sur la réduction des risques ou de conseils écrits pour injecter de manière sécurisée dans tous les kits.

Soulignons également que l'un des PES⁴⁴ propose, parallèlement aux kits d'injection, des kits de sniff (des « *roule ta paille* ») : les contaminations au VHC par le matériel de sniff sont démontrées et les kits stériles de sniff permettent de réduire ce risque. Il semble qu'il y ait de plus en plus de demandes d'usagers pour ces « *roule ta paille* », ce qui semble correspondre à la fois à des évolutions dans les pratiques de consommation et à une meilleure sensibilisation aux différents risques de contamination.

Cette augmentation des demandes pour des « *roule ta paille* » doit certainement aujourd'hui être prise en compte dans la réflexion préalable à mise en place de nouveaux PES, car elle est révélatrice de changements dans les pratiques de consommateurs de drogues (la cocaïne, notamment, dont l'accès s'est élargi, est très souvent sniffée). Enfin, les kits de sniff stériles sont des outils de réduction des risques, au même titre que les seringues stériles : ils ne semblent pas plus difficiles à délivrer et n'impliquent pas de retour (les « *roule ta paille* » ne sont pas des déchets « *piquants-tranchants* »).

3.5.1.3. Le format des kits

➤ « petits » kits et « gros » kits

Globalement, on peut dire que l'on trouve des kits dans toutes les « tailles ». De l'enveloppe contenant 1 seringue fournie par AAJ dans le Pays de Gex, au kit pour 10 injections fourni par Aides 38⁴⁵ il existe une certaine variété dans le volume des kits. Le Stéribox (2 seringues) semble

⁴² Voir le site officiel de l'association Apothicom : <http://www.apothicom.org/index.php>

⁴³ Cicatryl® : laboratoires Pierre Fabre Médicaments

⁴⁴ Passerelle 39

⁴⁵ Précisons qu'AAJ dans le Pays de Gex distribue également des boîtes contenant deux seringues. Par ailleurs, les kits délivrés par Aides38 à Grenoble contiennent : 10 seringues, 10 fioles d'eau stérile, 20 tampons alcoolisés, un tube de Cicatryl, 10 Stéricup, 10 Stérifilt, 2 préservatifs, et un dépliant d'information sur la réduction des risques et des conseils d'injection.

néanmoins avoir créé une certaine norme, que l'on retrouve dans plusieurs PES qui distribuent des « kits maison ».

Il n'a pas été possible de connaître plus précisément comment les pharmaciens concernés par les kits « 10 injections » parvenaient à gérer ce matériel, et notamment à le donner discrètement aux UDVI, dans le cadre de leur officine.

Il faut également préciser que dans certains CAARUD, ce ne sont pas seulement des kits qui sont donnés, mais tout simplement du matériel, selon le volume demandé par les UDVI. Il arrive ainsi que des UDVI, en préparation d'une « teuf » ou de toute autre forme de rassemblement festif, viennent demander plusieurs dizaines, voire centaines de seringues (et éventuellement d'autres accessoires d'injection). Selon les territoires et les porteurs du PES, ce matériel est donné sans contrepartie, ou à l'inverse contre retour du matériel usagé. Ainsi, Passerelle 39 dans le Jura pratique la politique du : « *une seringue pour une seringue, mille seringues pour milles seringues* ».

Il reste que dans les territoires où le retour n'est pas posé comme une condition *sine qua non*, la problématique des seringues usagées dans les espaces publics ne semble pas particulièrement brûlante. La question du devenir des seringues après usage constitue décidément encore une inconnue.

➤ Boîtes discrètes et sacs en plastique transparents

Les emballages des kits sont aussi très variés et on repère au moins trois formes :

- L'enveloppe
- La boîte (pas plus de trois seringues et matériel associé)
- Le sac en plastique (jusqu'à 10 seringues et matériel associé)
- Le blister

Il est intéressant de noter que dans le cas du sac en plastique (Grenoble), non seulement il est relativement volumineux, mais il est de surcroît transparent, ce qui repose la question de la discrétion et de l'anonymat des UDVI qui viennent demander ces kits en pharmacie.

A l'inverse, enveloppes et boîtes sont totalement opaques et assurent semble-t-il une meilleure discrétion aux UDVI.

On peut faire l'hypothèse que, selon les publics et l'emplacement des pharmacies, les attentes de discrétion des UDVI ne sont pas les mêmes. Les grandes pharmacies situées dans des zones urbaines où l'affluence est importante constituent, par essence, des endroits où l'anonymat est plus facile du fait même de la foule, et où les personnes risquent donc moins d'être repérées par leurs réseaux sociaux. Dans ces contextes, les « sacs » sont peut-être relativement plus faciles à donner. A l'inverse, la petite pharmacie de quartier ou de village, qui comprend essentiellement une clientèle locale « d'habités » constitue un endroit où il est beaucoup plus facile d'être repéré : la distribution des kits doit y être particulièrement discrète pour que les UDVI ne soient pas remarqués par les autres clients. Dans ce contexte, les petits formats en emballages opaques semblent de rigueur.

3.5.2. La livraison des kits en pharmacie

Une fois les kits préparés et « emballés »⁴⁶, il s'agit de les livrer aux pharmacies participant au PES. Deux solutions sont alors possibles : la livraison par du personnel « interne », avec véhicule

⁴⁶ Selon les territoires : par les salariés du CAARUD, du CSAPA, ou par des bénévoles d'une association portant le PES.

de service (et parfois véhicule personnel !) lorsqu'il s'agit de « Kits Maison », ou encore la livraison faite par un répartiteur lorsqu'il s'agit de Stéribox (par exemple OCP).

Là encore, la livraison a un coût qu'il faut intégrer au fonctionnement du PES. Un coût qui sera d'autant plus important que le PES est très « actif ».

En ce qui concerne les rythmes de livraison, il y a également plusieurs cas de figure. Dans le cas de livraison par répartiteur, les coordonnateurs de PES contactent régulièrement les pharmacies pour faire le point sur leurs besoins, puis ils commandent le nombre de cartons de Stéribox nécessaire.

Dans les cas de « kits maison », les coordonnateurs appellent régulièrement les pharmacies pour noter également leurs besoins en matière de livraison de kits. Ce sont parfois les pharmacies elles-mêmes qui appellent les coordonnateurs, lorsqu'elles se trouvent en rupture de stock.

La question de la rupture de stock est d'ailleurs gérée différemment selon les territoires. Dans les territoires où les pharmacies participant au PES sont relativement proches les unes des autres au plan géographique (Lyon, Pays de Gex, Grenoble, ...), en cas de rupture de stock, les UDVI sont orientés vers d'autres pharmacies pour se fournir en kits, et cela ne pose généralement pas de problème. Les transports en communs ou quelques minutes de voiture suffisent alors pour trouver des kits disponibles.

En revanche, lorsque les pharmacies sont beaucoup plus disséminées sur un territoire (comme c'est par exemple le cas dans la Loire), la rupture de stock est beaucoup plus difficile à gérer, et ce d'autant plus qu'il n'y a pas non plus, bien souvent, de CAARUD à proximité (zones rurales notamment). Il est alors difficile voire, impossible, de recommander aux UDVI d'aller se fournir dans une autre pharmacie. Dans ces situations, il est important que la structure coordonnatrice puisse être très réactive, pour fournir rapidement la pharmacie en rupture de stock, car les UDVI n'ont alors pas d'alternative. En effet, les pharmacies qui participent aux PES ne se fournissent pas toujours en Stéribox « à vendre », néanmoins lorsqu'elles le font, elles peuvent ponctuellement proposer un Stéribox payant aux UDVI.

Ainsi, plus le tissu des pharmacies qui participent au PES est discontinu, moins il est facile pour les UDVI de se déplacer d'une pharmacie à l'autre en cas de rupture de stock. Par ailleurs, toutes les pharmacies ne vendent pas de Stéribox, et les CAARUD sont souvent en zones urbaines. Dans ce type de configuration, les UDVI sont extrêmement dépendants des pharmacies participant au PES, et les situations de ruptures de stock peuvent être difficiles à gérer pour eux.

On notera que dans les zones urbaines ou périurbaines, on observe des cas de ruptures de stock en pharmacie ou en CAARUD, où l'un et l'autre peuvent momentanément et mutuellement se renvoyer les UDVI dans une logique de « dépannage ».

Dans tous les cas, il est important, dans le cadre de l'organisation d'un PES, d'avoir en tête, les solutions alternatives pour les UDVI, en cas de rupture de stock de kits gratuits, notamment dans les territoires où les ressources sont faibles en la matière.

Parallèlement au circuit d'échange gratuit dans les pharmacies, il faut rappeler que les CAARUD distribuent du matériel d'injection, parfois dans des volumes importants, aux « teufeurs » qui préparent des événements festifs où les UDVI peuvent être nombreux. Des distributions peuvent également être faites à des UDVI « têtes de réseau » qui vont à la fois distribuer du matériel d'injection stérile aux UDVI et les sensibiliser (sur un mode de communication de « pair à pair ») sur l'intérêt des pratiques de réduction des risques pour leur santé.

Cet aspect met en relief le fait que l'utilisation des pharmacies par les UDVI s'inscrit davantage dans un usage régulier, « domestique » et relativement « anticipé ».

3.5.3. Le retour du matériel usagé : le modèle « 1 pour 1 » et le modèle « 1 pour 0 »

Toutes les personnes interviewées s'accordent à dire que l'objectif essentiel dans un programme d'échange de seringues est d'amener les UDVI à utiliser du matériel stérile et globalement à avoir des pratiques d'injection qui préservent leur santé, leur capital veineux.

Le retour du matériel usagé n'est pas forcément un point important pour tous les coordonnateurs de PES. Globalement, on peut dire que l'on repère ainsi deux modèles de fonctionnement :

- **Le modèle « 1 pour 1 » : « injecter et jeter propre »**

Dans le modèle « 1 pour 1 », les coordonnateurs expliquent qu'il est essentiel que les UDVI préservent leur santé le plus possible en utilisant du matériel stérile, mais qu'il est également très important de les sensibiliser à leur responsabilité par rapport à l'environnement, c'est-à-dire par rapport au risque que peuvent représenter leurs seringues usagées abandonnées dans les espaces publics ou jetées telles quelles dans les ordures ménagères.

C'est notamment la position de Passerelle 39 qui insiste fortement sur ce point : le retour strict est la condition *sine qua non* pour bénéficier de kits gratuits. Une condition qui requiert un important travail de sensibilisation des UDVI, presque une « éducation » semble-t-il. Il serait intéressant d'analyser de plus près les effets d'une telle exigence : quel impact cela a-t-il sur l'organisation de l'injection, est-ce que cela engendre davantage d'anticipation, une meilleure gestion du matériel d'injection globalement, des pratiques d'injection plus ordonnées ou non ?...

Notons également que c'est également la position individuelle de certains pharmaciens qui insistent fortement auprès des UDVI pour que la règle soit respectée. Si un UDVI ne rapporte pas les seringues usagées qu'il a obtenu gratuitement via le PES, la pharmacie ne lui délivrera plus de kits gratuits. Cette règle strictement appliquée semble bien fonctionner auprès d'une partie des UDVI. En la matière, la conviction du pharmacien est essentielle : insister auprès des UDVI pour obtenir le retour du matériel usagé décourage peut-être une partie des consommateurs, mais semble en fidéliser d'autres...

- **Le modèle « 1 pour 0 » : « injecter propre, d'abord... »**

A l'inverse, dans le modèle « 1 pour 0 », les acteurs de terrain restent centrés sur le socle historique de la réduction des risques, c'est-à-dire injecter avec le moins de risques possibles. Dans cette approche, amener les UDVI à s'injecter le plus systématiquement possible avec du matériel stérile constitue en soi un objectif difficile à atteindre mais vers lequel il faut tendre. Or, l'exigence du retour constitue une contrainte supplémentaire (alors qu'il s'agit d'abord d'amener les personnes au soin d'elles-mêmes) qui pourrait décourager les UDVI, notamment les plus désinsérés, d'aller chercher des kits d'injection gratuits, si la condition *sine qua non* pour obtenir ces kits est de rapporter des seringues usagées.

Dans cette approche, le retour du matériel usagé ne doit pas être un « repoussoir » pour les UDVI. En revanche, le message des CAARUD, avec les UDVI de manière individuelle, est qu'il est important d'apprendre à se débarrasser de ses seringues de manière « responsable » en les mettant dans des bouteilles en plastiques, ou de préférence, dans des cannettes en métal.

Un message qui n'est cependant pas forcément délivré par les pharmacies, qui n'ont pas toujours la possibilité ou la motivation pour entrer dans ce type de discussion avec les UDVI.

On peut ainsi presque dire que certains PES sont en réalité plutôt des PDS : « Programmes de distribution de Seringues ». Force est néanmoins de constater que la problématique des seringues usagées dans les déchets ménagers ou les espaces publics semble avoir largement décliné ces dernières années. Cela signifie-t-il que, globalement, les UDVI ont changé leurs pratiques, et qu'aujourd'hui ils sont nombreux à « jeter propre » ? Une étude spécifique et approfondie auprès des UDVI serait nécessaire pour répondre à cette question.

3.5.4. Le retour du matériel usagé : les conteneurs et leur collecte

- **Différents types de conteneurs : aspects pratiques, risques d'accidents...**

Selon les PES le retour peut être organisé très différemment. Dans certains PES qui fonctionnent sur le modèle « 1 pour 0 », il n'y a rien de prévu en ce qui concerne la collecte des seringues usagées. Mais ce modèle semble relativement rare.

Dans la plupart des PES, il est prévu que les pharmacies soient fournies en conteneurs pour recueillir les seringues usagées.

On trouve plusieurs sortes et tailles de conteneurs et il y a sûrement là matière à réaliser une véritable étude de marché pour déterminer le format qui convient le mieux selon le territoire.

Il existe des conteneurs de différents litrages : les « gros » (globalement entre 10 et 30 litres) sont destinés à rester à la pharmacie. Placés dans l'espace client (parfois dans l'espace « orthopédique » de certaines pharmacies), les UDVI peuvent y jeter directement leurs seringues. Dans les pharmacies de petite taille ou plus souvent, lorsque les pharmaciens redoutent un accident, ces conteneurs sont placés derrière la banque : les UDVI doivent alors demander le conteneur ou du moins manifester leur intention de se débarrasser de leurs seringues usagées et le pharmacien ou le préparateur leur remet le conteneur, en contournant la banque, ou encore prend la boîte de seringues usagées qu'il place lui-même dans le conteneur.

Certaines pharmacies qui ont un faible retour ont parfois des conteneurs plus petits : par exemple de 3 litres, comme c'est le cas dans le Pays de Gex. Ces conteneurs sont plutôt destinés à rester en pharmacie, mais quelquefois, il semble que les UDVI préfèrent les emmener à domicile... Ce qui ne favorise pas le retour des seringues usagées finalement.

Différentes formes et systèmes de fermetures sont également possibles : à col rond avec un bouchon qui se dévisse, à ouverture rectangulaire avec un clapet qui empêche le matériel de ressortir... La question étant toujours de savoir quels sont les conteneurs les plus sécurisés et les plus sécurisants pour les pharmaciens. Sans avoir davantage de détails en la matière il apparaît que les systèmes qui empêchent les seringues de ressortir, même si le conteneur est renversé, sont les plus rassurants pour les professionnels.

Sur l'ensemble des personnes interrogées dans le cadre de cette étude, un seul accident a été mentionné où le conteneur (à col rond et bouchon) a été renversé par mégarde avec les seringues usagées qui se sont en partie répandues sur le sol. Il semble cependant que l'accident ait été causé par une mauvaise manipulation du conteneur. Hormis ce cas, il semble que les pharmaciens et les coordonnateurs soient plutôt satisfaits des conteneurs qu'ils manipulent.

- **La collecte des conteneurs : le véhicule, le chauffeur et l'assurance**

Lorsque les conteneurs sont pleins, les pharmacies appellent le CAARUD ou l'association porteuse du PES, ou encore parfois directement semble-t-il la société en charge de cette collecte. Sur certains territoires néanmoins, des dates de passage de l'entreprise qui collecte sont prévues tout au long de l'année : si les conteneurs sont vides il faut appeler l'entreprise prestataire afin qu'elle annule sa visite et que la collecte ne soit pas facturée (au CAARUD, à l'association porteuse du PES, ...).

Selon la configuration des territoires, selon qu'il s'agisse d'une collecte « maison » ou confiée à un prestataire extérieur, selon que ce prestataire fasse plusieurs ou quelques rares « tournées » sur un territoire donné, le ramassage est plus ou moins souple ou « cadré ». Cet élément est important à prévoir au moment de l'organisation d'un PES, en sachant qu'il faut plusieurs mois avant d'atteindre un rythme de croisière dans la distribution et la collecte de seringues.

Aucun problème de collecte ne nous a été signalé : l'opération semble se dérouler relativement rapidement lorsque le pharmacien signale que le conteneur est plein. De même lorsque la collecte est « prévue » à des dates fixes.

Dans certains cas, ce sont les personnels du CAARUD ou de l'association porteuse du PES qui collectent eux-mêmes les conteneurs, avec un véhicule de service. Le personnel de ces structures semble en général bien informé sur les risques que comporte la manipulation de tels conteneurs et aucun accident ne nous a été rapporté... Hormis sur le Pays de Gex, au démarrage du PES où les conteneurs étaient ramassés par un service de collecte des DASRI de l'hôpital de Saint Julien en Genevois : le chauffeur s'est piqué par accident, ce qui a motivé l'arrêt définitif de la collecte en pharmacie par l'hôpital.

Dans certains territoires, face à la crainte d'un accident, il a été décidé de faire appel à un prestataire extérieur et spécialisé dans ce type de collecte.

Des noms d'entreprise ont été cités : ACODE 73, TECMED Environnement, VEOLIA Environnement, qui remplissent cette fonction. Cette collecte doit également être budgétisée, certaines entreprises ne s'occupant que de la collecte des conteneurs, d'autres fournissant les conteneurs et s'occupant de la collecte ainsi que de l'élimination. A titre d'exemple, il semble que l'entreprise TECMED qui intervient sur le PES de la Loire, fournit les conteneurs, les collecte et s'occupe de leur incinération au tarif de 36 euros par trimestre par conteneur de 10 litres (pour les 3 opérations).

La question de la sécurité des étapes de collecte et d'incinération reste délicate même si extrêmement peu d'accidents sont enregistrés. Des conditions de sécurité draconiennes sont parfois exigées dans certains territoires, que renforcent certainement l'exigence d'un retour systématique du matériel usagé de la part des UDVI.

Au-delà du coût de la collecte elle-même, qui doit être intégré au projet de PES, même lorsque celle-ci est réalisée avec du personnel interne au CAARUD ou à l'association, se pose la question du besoin d'assurance spécifique. En ce qui concerne les CAARUD il semble que l'activité de collecte soit couverte par l'assurance générale du CAARUD (les CAARUD sont par définition des producteurs de déchets de type DASRI). En revanche, lorsqu'il s'agit d'associations qui n'ont pas d'activité de délivrance et de recueil des seringues usagées, il faut apparemment souscrire une assurance spécifique pour cette partie du PES, même lorsque la collecte est effectuée par une entreprise prestataire spécialisée.

En tout état de cause, et étant donné les risques très spécifiques qui peuvent être associés à l'activité d'un PES, les questions d'assurance sont loin d'être anodines et doivent être anticipées lors du montage du programme.

3.5.5. L'évaluation du retour : les mesure intuitives et les mesures objectives

La mesure du retour des seringues usagées semble très intuitive dans certaines pharmacies, notamment lorsque la responsabilité ou la gestion du PES est « diluée » entre plusieurs personnes, préparateurs ou pharmaciens. La mesure est d'autant plus aléatoire que le retour n'est pas véritablement posé, dans certaines pharmacies, comme une condition absolue à la délivrance de matériel d'injection stérile et gratuit.

Des moyens existent cependant pour évaluer objectivement le retour du matériel usagé. Ainsi, en principe, les coordonnateurs de PES notent combien de conteneurs et de quel format, sont donnés à chaque pharmacie participante. Puis au moment de la collecte, les entreprises (ou encore les salariés du CAARUD, de l'association porteuse du PES), peuvent noter combien de conteneurs ils recueillent et de quel litrage, et ce pour chaque pharmacie. Les entreprises de collecte de ces déchets doivent noter ces informations sur des bordereaux qui doivent être remis au

coordonnateur du PES (ces derniers ne les exigeant pas toujours cependant, selon les territoires), ou à la structure qui finance cette collecte (hôpital, ...).

Ce système, si les conteneurs sont pesés, permet de connaître combien de seringues sont récoltées (le poids correspond à un nombre de seringues donné)⁴⁷, et il permet également de vérifier qu'il y a bien correspondance entre les conteneurs remis et le nombre de kits donnés (notamment par les bordereaux de livraison des répartiteurs, où par les fichiers du CAARUD, ...) à chaque pharmacie, et les conteneurs récoltés, dans un temps donné.

Ainsi, cette vérification a pu permettre de constater, pour certains PES, que des pharmaciens utilisaient les conteneurs pour récupérer les seringues de patients en auto-traitement (notamment diabétiques). Ce « détournement » de conteneur a pu être repéré car les pharmacies en question demandaient peu de kits gratuits tout en demandant, parallèlement, un nombre important de conteneurs, bien plus important que la quantité de kits gratuits délivrés. Or, outre le fait que les PES ne sont pas financés pour récolter toute sortes de DASRI, ces détournements, s'ils sont importants, peuvent fausser l'évaluation du retour des seringues d'UDVI et risquent de brouiller la compréhension des pratiques des UDVI et notamment de leur adhésion au principe de l'échange de seringues.

Dans certains PES, ce suivi de la collecte est extrêmement strict et régulier. Ainsi, les « détournements » de conteneurs, lorsqu'ils sont bien mesurés et jugés importants peuvent amener les coordonnateurs du PES à exclure les pharmacies qui abusent du dispositif.

A l'inverse, lorsque la mesure de ces « détournements » reste très intuitive et subjective, une sorte de tolérance s'installe : les coordonnateurs savent que les pharmaciens utilisent « aussi » ces conteneurs pour aider leurs patients diabétiques à se débarrasser de leurs seringues usagées, mais ils ferment les yeux sur cette pratique qu'ils estiment, de toute façon, marginale.

Là encore, d'un PES à l'autre, l'évaluation du retour est extrêmement variable et semble fortement liée au choix d'un modèle « 1 pour 1 » ou « 1 pour 0 » : il n'y a pas de règle en la matière et PES reflète des choix (mais aussi des contraintes organisationnelles) différents.

3.6. Les pharmaciens et les programmes d'échanges de seringues

Les raisons pour lesquelles les pharmaciens décident ou non de participer à un programme d'échange de seringue sont de différents ordres. Voici les principaux freins ou leviers à la participation des pharmaciens tels que les ont repérés les coordonnateurs de PES que nous avons interviewés.

3.6.1. Les freins et réticences

- **La peur du comportement des UDVI**

Certains pharmaciens redoutent d'avoir des UDVI parmi leur clientèle. Ils ont le sentiment que ce public est plutôt désinséré et peut être agressif, voire violent et qu'il exige d'être servi immédiatement. Ce type de représentations se nourrit peut-être d'incidents qui peuvent effectivement se produire en ce qui concerne l'accès des UDVI aux produits de substitution (Méthadone ou Subutex). En effet, il arrive que des UDVI essaient d'obtenir des doses de produit supérieures à celles qui sont inscrites sur leur ordonnance

« Il y a beaucoup de préjugés sur les toxicomanes : les pharmaciens les voient parfois comme des types agressifs et désinsérés. »

« Ils ont peur de la clientèle, peur du désordre, des délinquants. »

⁴⁷ Ce qui implique un étalonnage périodique en fonction du poids des conteneurs vides et du poids des kits distribués.

Par ailleurs, ces éventuelles nuisances que pourraient impliquer l'accueil des UDVI ne sont assorties d'aucune contrepartie pour les pharmaciens, au moins au plan économique. C'est pourquoi certains pharmaciens refusent également de délivrer Subutex et Méthadone...

- **La crainte d'encourager la toxicomanie**

Pour d'autres pharmaciens, le fait de délivrer des kits d'injection, ou encore des « roule ta paille » gratuits revient à favoriser l'addiction, sans pour autant qu'il y ait de contrepartie en matière de soin et de sevrage des UDVI. Notons d'ailleurs que certains pharmaciens refusent également de délivrer du Subutex ou de la Méthadone. Pour eux, participer à un programme d'échange de seringues reviendrait à être complice de cette addiction, voire à l'encourager :

« Il y a des pharmaciens qui nous disent qu'ils ne sont pas des dealers »

*« Sur le *roule ta paille*, il y a beaucoup de jugement moral... »*

« C'est la peur de les encourager à continuer dans la toxicomanie. »

« Pour eux c'est donner du matériel pour inciter les toxicomanes à continuer à se droguer, à encourager l'addiction. »

Ce frein est particulièrement fort sur les territoires où les publics d'UDVI rajeunissent ou se féminisent. Une partie des pharmaciens est ainsi réticente à l'idée de donner du matériel d'injection à de jeunes individus ou encore à des femmes : ces publics apparaissent comme plus fragiles et les pharmaciens ne veulent pas avoir le sentiment de favoriser la toxicomanie de personnes qui semblent plus vulnérables que les autres UDVI.

Par ailleurs, les programmes d'échanges de seringues se développent dans un contexte où les patients en auto-traitement, et notamment les diabétiques, doivent, la plupart du temps, se débrouiller avec leurs déchets. Pour ces patients comme pour certains pharmaciens, le fait que les pharmacies ne puissent pas récolter ce matériel d'injection alors qu'elles peuvent le faire pour des toxicomanes constitue réellement une injustice.

A court terme cependant cette réalité devrait changer puisque les pharmaciens vont pouvoir récolter le matériel des patients en auto-traitement via la « REP » (la Responsabilité Elargie du Producteur) qui impliquera la participation des laboratoires pharmaceutiques producteurs de seringues.

- **La crainte d'un accident avec les seringues usagées**

D'autres pharmaciens sont surtout freinés par le fait de manipuler des conteneurs de seringues usagées. Le risque d'accident avec ces DASRI si particuliers est considéré comme réel et certains pharmaciens ne se laissent pas convaincre par le fait que les conteneurs sont parfaitement sécurisés et qu'il n'y a que très peu d'accidents répertoriés. Peur pour eux-mêmes, pour leur personnel et pour les autres clients de la pharmacie, ces pharmaciens ne veulent pas avoir à gérer ce risque :

« Il y a la peur de toucher les DASRI. »

« C'est à cause des blessures, du sang : il faut rassurer les pharmaciens en leur expliquant que l'utilisateur met lui-même ses seringues dans le conteneur. »

« Il y en a qui ont peur des conteneurs pas fiables »

Là encore cependant, les évolutions réglementaires liées à la REP, amèneront d'ici quelques mois les pharmacies (via les conteneurs fournis par les laboratoires) à passer par-dessus ces craintes pour collecter les DASRI des patients en auto-traitement en officine.

3.6.2. Les motivations : le sentiment d'être utile, de faire une action de santé publique

Comme on l'a vu dans le cadre de l'enquête menée auprès des pharmaciens du Pays de Gex, les coordonnateurs de PES évoquent le fait que certains pharmaciens sont complètement convaincus de l'utilité des démarches de réduction des risques. Il s'agit pour eux d'aider les UDVI à ne pas aggraver leurs problèmes de santé, de les aider à ne pas s'enfoncer dans les difficultés induites par la clandestinité.

Ces pharmaciens auraient ainsi le sentiment de s'inscrire véritablement dans une démarche utile, de santé publique, auprès d'un public très spécifique et souvent rejeté.

Par ailleurs, un effet « boule de neige » est constaté sur certains territoires : le fait que quelques pharmaciens s'impliquent dans un PES peut en rassurer d'autres qui vont alors suivre et s'impliquer dans cette démarche. L'exemple de quelques pharmacies qui participent au PES sans avoir de difficultés avec le comportement des UDVI, ou avec les conteneurs vaut autant parfois que de longues explications.

3.6.3. Les raisons du maintien ou non dans le PES

Au-delà des motivations à intégrer un programme d'échange de seringues, on repère qu'il peut y avoir également des freins qui surgissent au fil du temps qui amènent certains pharmaciens à quitter le PES, ou au contraire de nouvelles raisons de rester.

Les raisons pour un pharmacien de quitter un PES sont souvent liées au comportement des UDVI, notamment lorsqu'ils sont sous traitement de substitution et qu'ils ont des difficultés ou réticences à respecter les doses prescrites par le médecin qui les suit. L'impatience, l'agressivité des patients UDVI, qui n'attendent pas toujours leur tour, s'élargit parfois à leur demande de kits d'injection gratuits. Parfois également des vols de produits sont constatés qui sont associés à la présence d'UDVI dans les pharmacies.

Pour certains pharmaciens, à un moment donné, ces comportements ne sont plus gérables et ils abandonnent le PES et parfois même la délivrance de produits de substitution également.

A l'inverse, les raisons qui favorisent le maintien des pharmaciens dans le PES sur la longue durée restent le sentiment de faire un travail utile auprès d'un public fragile, d'aider les UDVI à préserver leur santé. Les pharmaciens qui restent convaincus au fil du temps sont ceux qui sont véritablement sensibles aux arguments de la réduction des risques. Par ailleurs, certains ont le sentiment de pouvoir jouer un rôle d'accompagnement à la santé des UDVI, en s'occupant de « bobologie » ou en leur prodiguant certains conseils.

Le retour des seringues usagées s'il est très important pour certains pharmaciens ne constitue pas le cœur de l'action, dont le sens reste toujours la protection des UDVI face à certains risques infectieux.

3.7. Monter et animer un programme d'échange de seringues

Monter et animer un programme d'échange de seringues est un véritable travail en soi qui demande un fort investissement.

Deux aspects doivent néanmoins être distingués : le travail nécessaire à la mise en place du programme, puis le suivi et l'animation du programme.

3.7.1. La mise en place du programme

Pour tous les PES examinés, il y a eu, au commencement, une phase **prospective et exploratoire** qui a consisté à rencontrer et à interroger à la fois **différents partenaires institutionnels** (et notamment les financeurs, les élus locaux, le conseil de l'ordre des pharmaciens, des médecins généralistes, les CAARUD et CSST locaux, ...), mais également **les pharmaciens du territoire** susceptibles de participer au PES. On notera que pour tous les PES examinés, le contact avec les médecins généralistes était inexistant ou très faible. Les médecins généralistes ne se sentent pas spontanément concernés semble-t-il par l'échange de seringues et la réduction des risques. Parfois impliqués dans le traitement et le suivi d'UDVI en substitution, ils ne cherchent pas forcément à aller au-delà de cette activité en encourageant ces patients à utiliser les ressources locales de RdR. Ils restent néanmoins des ressources de sante de première ligne, et il reste pertinent de chercher à les impliquer pour une meilleure cohérence dans l'accompagnement des UDVI.

Cette première étape permet à la fois de recueillir les besoins et attentes des uns et des autres, mais aussi d'expliquer en quoi consiste un PES, comment cela fonctionne, et à lever les inquiétudes concernant le comportement des UDVI, la sécurité des conteneurs, etc.

Cette sorte « d'étude du marché » /étape de sensibilisation se déroule par entretiens individuels ou encore est réalisée par questionnaire, notamment en ce qui concerne les pharmaciens. Dans certains territoires des réunions ont également été organisées, suite à la phase « d'enquête » où chacun peut poser des questions, exprimer ses craintes, demander des précisions.

Il semble important que la consultation soit la plus large possible et qu'elle permette de recueillir un maximum d'éléments, tout en favorisant les explications sur le sens de la Réduction des Risques. Il semble d'ailleurs que ces explications doivent en priorité mettre l'accent sur les risques de contamination par le VIH et le VHC, avant même de parler des questions d'addiction et de toxicomanie. Ainsi, de l'avis de plusieurs coordonnateurs, le risque infectieux reste la meilleure porte d'entrée. Ce n'est qu'après avoir abordé le thème de l'utilité de la RdR en ce qui concerne la propagation de ces maladies que l'on peut parler de la santé des UDVI, des différents risques liés à des pratiques d'injection réalisées sans matériel stérile.

Ces différentes rencontres ont également pour objectif de créer un noyau de réseau autour de l'échange de seringues et de la Réduction des Risques. Outre « l'effet boule de neige » qui peut se produire et « entraîner » d'autres pharmaciens dans l'adhésion au PES, cela permet aussi de tisser des liens entre différents acteurs qui ont affaire aux UDVI : médecins généralistes, professionnels des CSST, intervenants des CAARUD, ...

Au-delà, il est également important de se renseigner sur les **différentes possibilités des pharmacies en termes de moyens humains, économiques, mais aussi d'espaces de stockage**, etc. Les contraintes physiques, matérielles pouvant également influencer la volonté des pharmaciens de s'investir dans un PES.

Enfin, **la mise en place d'un PES implique également une réflexion sur les outils même de réduction des risques**, les moyens de les livrer aux pharmaciens, mais également de collecter le matériel usagé. Il est donc très important d'envisager, avant le démarrage formel du PES, **quels seront les choix dans les domaines suivants :**

- **Les kits :** Stéribox®, Kits + ou « kits maison » ? Dans le cas des « kits maison » il sera indispensable de faire des choix sur leur contenu : au-delà des seringues stériles, des cotons imprégnés d'alcool ou de chlorhexidine, des préservatifs, des coupelles (Stéricup® ou autre) et des filtres (Stérifilt® ou autre), qui semblent aujourd'hui constituer une base universelle, les kits peuvent également contenir, ou non, des pommades cicatrisantes, des « *roule ta paille* », des dosettes d'acide, des nappes (« champ d'injection » pour poser le matériel sur une surface stérile), etc.. Ces différents éléments ne sont pas anodins et relèvent de véritables prises de position ou approches.

- **La livraison des kits** : par le personnel « maison », bénévoles ou salariés, ou par des répartiteurs (OCP...) ? Quelle sera la périodicité de la livraison ?...
- **Les conteneurs de collecte** : leur volume, leur format, leur mode d'ouverture (ronde ou rectangulaire, avec ou non clapet qui empêche de voir le contenu du conteneur et qui empêche le matériel de ressortir, ...)
- **La collecte des conteneurs et l'élimination du matériel usagé** : collecte par personnel « maison » bénévoles ou salariés, avec un véhicule sécurisé ou non, ou avec une entreprise spécialisée dans la collecte des déchets à risques infectieux ?, A quelle périodicité, ...)
- **L'exigence ou non du retour de la part des usagers**. Là encore, il s'agit d'une prise de position qui peut varier d'un professionnel, d'un spécialiste ou d'un militant à l'autre, mais il sera important de réfléchir à la **place et au sens que l'on donnera au retour du matériel usagé**. La question du retour du matériel usagé ne doit pas être négligée : le fait de faire appel à la responsabilité des UDVI par rapport aux risques que représentent les seringues usagées dans les espaces publics ou les ordures ménagères peut favoriser la motivation de certains pharmaciens. Il apparaît même que le retour peut avoir une valeur symbolique forte : au-delà du geste citoyen qui évite les risques d'accidents avec les seringues usagées, le fait de ramener les seringues usagées en pharmacie implique un échange, voire peut-être un « contre-don » au sens anthropologique du terme. Les pharmaciens rendent un service, gratuitement, dans le but d'éviter la propagation du VIH et du VHC chez les UDVI, mais ils ne veulent pas être vus ou se sentir comme des « *dealers* », des acteurs qui encouragent la toxicomanie. Dans ce contexte, le retour du matériel usagé constitue sans doute une forme de reconnaissance de la part des UDVI du service rendu par les pharmaciens, mais aussi, un échange de service vis-à-vis du pharmacien et de la société : par le retour, les UDVI se préoccupent de leurs seringues usagées et du risque sanitaire qu'elles peuvent représenter pour le reste de la société.

Enfin, ; ce travail de « mise en place » ne doit pas être mené de manière dispersée ou « effilochée » dans le temps : il est souhaitable, de l'avis des différents coordonnateurs consultés, que ce soit une seule et même personne qui porte ce travail de questionnement et de sensibilisation des partenaires et des pharmaciens d'un territoire donné, et aussi d'exploration des différentes possibilités en termes logistiques, matériels.

Ce temps de mise en place du PES requiert donc une personne dédiée, ainsi qu'un budget qui sera plus ou moins important selon le nombre de partenaires et de pharmaciens consultés, sensibilisés, selon l'ampleur de « l'étude de marché » préalable.

Globalement, selon toutes les personnes interrogées il faut au moins 12 mois pour qu'un PES puisse démarrer⁴⁸ et il faut compter une année supplémentaire pour qu'un PES soit véritablement mis en place et atteigne une sorte de rythme de croisière, sous la houlette d'un « coordonnateur », qui sera la personne référente pour tous les partenaires et pharmaciens.

Il est ainsi difficile d'évaluer un PES avant deux ans de mise en place et de fonctionnement.

3.7.2. Animer un programme d'échange de seringues

Une fois les aspects logistiques et matériels mis au point concernant les kits, leur livraison, et la collecte du matériel usagé, il s'agit ensuite de coordonner le fonctionnement du PES par un suivi régulier et une grande disponibilité vis-à-vis des pharmaciens.

Il est ainsi nécessaire de s'assurer régulièrement que les livraisons et la collecte fonctionnent bien, qu'il n'y a pas de problèmes particuliers avec les UDVI. Il faut aussi pouvoir parer aux situations de rupture de stock, qui peuvent être très gênantes pour les UDVI en certains territoires où il n'y a pas

⁴⁸ Cette durée moyenne est applicable à un PES qui associe environ une dizaine ou une quinzaine de pharmacies.

de CAARUD et peu de pharmacies participant au PES. En la matière, il semble plus opérationnel que le PES soit coordonné par une personne bien connue et reconnue des pharmaciens, et que cette personne soit facilement disponible pour répondre aux questions des pharmaciens en cas de problème (avec les kits, les UDVI ou autre).

Au-delà de la coordination et de la gestion des aspects matériels du PES il apparaît souhaitable de faire, en parallèle, un travail d'animation. Les pharmaciens ne sont pas forcément toujours très demandeurs d'informations, de réunions sur la question des addictions, des produits injectables etc. Globalement, une fois le PES monté, les réunions semblent avoir un succès modeste. En revanche, il est plus facile de rencontrer, plusieurs fois par an, en face-à-face, les pharmacies qui participent au PES, pour voir quelle est la situation sur le terrain, rediscuter avec les pharmaciens de leurs besoins et des besoins des UDVI

Cette animation peut se faire par le coordonnateur seul ou conjointement avec des professionnels des CAARUD et CSST locaux, ce qui permet de développer un discours sur la santé publique et sur l'utilité de la prévention, à partir de l'échange de seringues.

Cette articulation entre pharmacies, CAARUD et CSAPA (ou CSST) n'existe pas toujours ou est parfois très faible, et pourtant elle semble constituer un modèle idéal, qui facilite l'orientation des UDVI qui le souhaitent vers le soin, et qui permet également aux usagers des CAARUD d'utiliser l'alternative que représentent les pharmacies.

C'est cette mobilisation continue des pharmaciens qui permet également de les sensibiliser à la question du retour des seringues usagées. Exiger le retour auprès des UDVI est réellement une contrainte pour les pharmaciens, que certains évacuent peu à peu, au fil du temps, en n'exigeant plus que les seringues usagées soient rapportées : ils se heurtent souvent à des UDVI qui ne veulent pas de cette obligation et qui sont la plupart du temps dans un mode de contact très furtif. C'est pourquoi certains pharmaciens ont besoin de ce soutien « moral », de cette incitation régulière, pour avoir l'énergie de demander (voire, d'exiger) aux UDVI qu'ils ramènent leurs seringues usagées.

Enfin, dernier point d'importance, il est nécessaire de développer différents canaux de communication pour informer les UDVI que des pharmacies du territoire participent à un PES. Flyers distribués dans les CAARUD, les CSST, les pharmacies et d'autres structures d'insertion sociale ; affichettes ou autocollants apposés sur les vitrines des pharmacies qui indiquent discrètement que l'échange de seringues est possible dans la pharmacie semblent également très utilisés en certains territoires.

Les informations via les sites internet sont également très utiles. Néanmoins, pour ne pas créer de situation de « concurrence déloyale » entre pharmacies, il n'est souvent pas possible de mettre par écrit (sur support papier ou via internet) la liste des pharmacies participant à un PES sur un territoire donné. La liste des pharmacies ne peut qu'être donnée oralement, par les coordonnateurs de PES, les CAARUD et CSST et autres associations impliquées directement ou indirectement auprès des UDVI.

3.8. Une autre forme d'échange : les automates (ou « échangeurs-récupérateurs »)

Les automates, machines qui permettent de délivrer des kits d'injection stérile et également de récupérer des seringues usagées constituent un autre outil possible dans une démarche de réduction des risques.

Il y a relativement peu d'automates de ce type en région Rhône-Alpes : trois à Lyon et un à Valence, selon les informations transmises par l'association SAFE⁴⁹, alors qu'il y en a beaucoup plus dans d'autres régions. Face à ces grandes disparités régionales, la question se pose de savoir si cet outil semble plus adapté à certains territoires qu'à d'autres et quels sont ses points forts et ses points faibles.

Enfin, la question se pose également de l'éventuelle pertinence d'un ou plusieurs automates pour la ville de Bourg-en-Bresse.

Pour ce faire, nous avons interrogé Mme Catherine Duplessy-Garson, directrice de l'association SAFE ainsi que M. Philippe Ritter, médecin, responsable de la Direction de l'écologie urbaine à la ville de Lyon.

3.8.1. L'association SAFE : d'autres outils de réduction des risques

Créée en 1990, l'association SAFE⁵⁰ travaille à la réduction des risques liés à la consommation de drogues par injection, au travers de différents programmes concernant :

- l'information sur les risques infectieux et les outils ou techniques permettant de les réduire
- la mise en place d'un réseau d'automates de distribution et d'échange de matériels d'injection
- la création d'un programme d'échange de seringues par voie postale

L'association est essentiellement financée par la Direction Générale de la Santé et l'INPES.

Les automates : un outil complémentaire de réduction des risques

D'après Mme Duplessy-Garson, directrice de SAFE, la présence d'automates plus ou moins importante selon les régions et les départements ne correspond pas, de fait, à la réalité ou à la répartition des besoins du public UDVI, mais reflète essentiellement une volonté politique locale, un intérêt pour la réduction des risques et la santé publique.

Les premiers automates de SAFE ont été installés dans le milieu des années 90, avec deux territoires pilotes, la Seine Maritime et l'Île de France. Aujourd'hui toutes les régions sont couvertes, avec une densité plus ou moins importante d'automates. Tous les automates installés en France ne sont néanmoins pas gérés par SAFE.

Ces automates constituent une ressource de réduction des risques complémentaire par rapport à d'autres ressources comme les CAARUD ou CSAPA, pour les raisons suivantes :

- Tous les UDVI ne veulent pas aller dans les CAARUD, car ils redoutent la stigmatisation sociale que cette démarche pourrait entraîner (être vu dans un lieu officiellement étiqueté pour UDVI, etc.).
- Par ailleurs, demander un Stéribox en pharmacie (en payant ou dans le cadre d'un PES) n'est pas toujours facile non plus, le regard et l'attitude du pharmacien étant parfois, ou du moins étant parfois perçus par l'UDVI, comme « jugeants », ou insuffisamment bienveillants. Pour ces personnes, un automate permet d'avoir accès à du matériel stérile en évitant la difficulté d'aller vers un CAARUD ou une pharmacie.
- Pour d'autres UDVI il peut davantage ou uniquement s'agir d'une question de plages d'ouvertures supplémentaires par rapport aux CAARUD ou même aux pharmacies. Les automates sont accessibles tous les jours de la semaine et de l'année, 24 heures sur 24.

⁴⁹ Résultats de l'enquête nationale 2007 sur les automates de réduction des risques. Catherine Duplessy-Garson, association SAFE

⁵⁰ Site internet de l'association SAFE : <http://www.safe.asso.fr/www2/EspaceUsagers/>

L'automate ne fait toutefois pas d'éducation à la santé et ne propose pas des services d'aide ou de prise en charge comme un CAARUD ou un CSAPA, et ne les remplace donc pas. Néanmoins, il élargi les possibilités d'accès des UDVI à du matériel stérile et gratuit et peut ainsi compléter les dispositifs de réduction des risques mis en place par les acteurs de terrain.

Installation et fonctionnement des automates

En termes d'installation des automates, il y a des conditions importantes à réunir et des erreurs à éviter. Ainsi les automates doivent être situés dans un endroit « passant » où il y a un flux de population régulier, ce qui évite des phénomènes de « stagnation » des UDVI aux alentours de l'automate, et éventuellement les phénomènes « d'étiquetage » ou de stigmatisation du lieu. Il faut cependant éviter que l'automate ne soit installé dans un lieu exposé, où les UDVI pourraient être observés en train de prendre des kits. Il y a donc un équilibre à trouver pour que l'anonymat des UDVI soit préservé tout en faisant en sorte que l'automate ne devienne pas un territoire de « pause » pour les UDVI.

Par ailleurs, ces automates fonctionnent bien en ville... Il n'est pas pertinent d'en installer dans des petites villes ou des villages où les possibilités de contrôle social sont fortes et où la visibilité de l'automate serait trop évidente. Il semble ainsi que les automates constituent des outils pertinents pour les villes de plus de 20 000 habitants.

En ce qui concerne l'utilisation des automates, les UDVI doivent se munir d'un jeton qu'ils peuvent obtenir dans un « échangeur » placé à côté de l'automate. Ils introduisent une seringue usagée dans cet échangeur et récupèrent un jeton qu'ils mettent ensuite dans l'automate qui leur délivre un kit stérile (il s'agit de Kits +). Des jetons sont également disponibles en différents lieux, selon la volonté et les possibilités des municipalités qui ont décidé d'équiper leurs villes d'automates : pharmacies partenaires, services d'urgence des hôpitaux, CSAPA, CAARUD, haltes de jour, centres municipaux de santé, résidences sociales....

Il arrive que ces automates soient en panne du fait d'un incident mécanique, plus rarement du fait d'actes de malveillance (de la part d'UDVI ou encore de riverains qui refuseraient l'installation de ces automates). En cas de panne, les techniciens de SAFE se déplacent dans toute la France pour réparer et entretenir les automates dont ils ont la charge.

Il revient aux municipalités de récupérer les seringues usagées et de les confier à une entreprise d'élimination des DASRI.

Enfin, les membres de l'équipe de SAFE peuvent se déplacer, sur simple demande, auprès des municipalités qui souhaitent mettre en place un tel dispositif pour informer les partenaires locaux sur l'intérêt et le fonctionnement de cet outil, les former aux machines, à leur entretien, et approvisionnement, etc.

Un nouvel outil : l'envoi postal de kits « sur mesure »

Ce programme spécifique de SAFE permet de délivrer du matériel d'injection stérile par voie postale. Ainsi, les UDVI intéressés (et informés par le bouche à oreille, différents sites internet, des acteurs de terrain, ...) peuvent contacter SAFE par téléphone ou par mail. Les usagers appellent d'ailleurs facilement par téléphone semble-t-il. Un dialogue s'instaure au cours duquel SAFE informe l'UDVI des garanties d'anonymat et de confidentialité par rapport à sa demande et à tous les renseignements personnels (coordonnées, ...) le concernant. Une fois la demande faite, SAFE enverra un paquet par la poste en Colissimo à l'UDVI, avec le matériel que celui-ci a demandé. Le colis arrivera à l'adresse donnée par l'UDVI, ou éventuellement en poste restante. Cet envoi est gratuit pour l'UDVI.

Il est important de noter que SAFE n'envoie pas de kits « standardisés » de type Stéribox® ou Kit+: les colis sont réalisés selon la demande précise des UDVI en ce qui concerne les différents outils de l'injection. Ainsi de nombreux UDVI qui appellent SAFE sont semble-t-il, demandeurs de

seringues de deux centilitres, notamment pour injecter de la cocaïne ou du Skenan® (sulfate de morphine). Par ailleurs, l'association, après différentes investigations et études, est parvenue à la conclusion que les kits standardisés sont insuffisamment adaptés aux pratiques des usagers. SAFE participe en effet à l'enquête Coquelicot 2010-2011 qui vise, entre autres, à évaluer l'acceptabilité et l'accessibilité de différents outils de RDR liés à l'injection. Par ailleurs, l'association travaille également avec des industriels fabricant de matériel d'injection, afin d'améliorer les outils, et ce à partir d'observations menées sur les pratiques et la gestuelle des UDVI en situation d'injection.

Ces différentes observations et études ont conduit SAFE à conclure que les tampons alcoolisés seraient trop petits et moins efficaces face au VHC que la chlorhexidine. De même, le Stérifilt® serait moins performant que les filtres à membrane (« toupies »).

SAFE peut également fournir des dosettes d'acide ascorbique stérile pour éviter que les UDVI n'utilisent des citrons ou du vinaigre, très agressifs pour les veines et souvent contaminés par toutes sortes de bactéries et champignons (*candida*). L'acide ascorbique abîmerait moins les veines que l'acide citrique.

Enfin, en ce qui concerne le Stéricup®, celui-ci serait finalement peu adapté aux pratiques des UDVI, qui au moment de retirer la protection en plastique de la coupelle ou lorsqu'ils chauffent cette dernière, ont tendance à toucher avec leurs doigts des parties de la coupelle (notamment le fond) qui ainsi ne sont plus stériles...

On notera que lors du premier envoi, SAFE place dans le colis les outils demandés par l'UDVI et ajoute également quelques outils, non demandés par l'UDVI, mais jugés plus performants, pour que celui-ci puisse avoir la possibilité de les essayer, de comparer son outil habituel (tampon, cup, filtre, etc.) avec les nouveaux outils proposés par SAFE, et éventuellement de décider de changer d'outil lors d'une prochaine demande d'envoi postal. L'objectif de SAFE est d'encourager les UDVI à améliorer leurs pratiques d'injection pour éviter le plus possible les risques de contamination (VIH, VHC et autres) et les risques de détérioration des veines, notamment en utilisant de meilleurs outils.

SAFE confirme ainsi qu'au-delà des kits prêts à l'emploi (Stéribox ou Kit +) il existe différents fabricants d'outils de RdR et différentes possibilités au niveau de chaque objet utilisé lors d'une injection, qui assurent plus ou moins bien l'asepsie de l'injection, qui préservent plus ou moins bien les veines etc. Il est donc possible, compte tenu de l'offre actuelle, de composer un kit, en fonction de certains choix ou priorités, qui soit sensiblement différent des kits standards actuels.

Au-delà de l'envoi de matériel, SAFE informe les UDVI qui les appellent sur les ressources locales, de proximité (CAARUD, CSAPA, autres associations de RdR, ...) qui permettront à l'UDVI d'avoir accès à d'autres services et possibilités de suivi, de prise en charge, et d'aide au plan social. L'objectif de SAFE est donc aussi, de mettre les UDVI en lien avec des intervenants dans le registre des addictions pour mettre en place un accompagnement.

En ce qui concerne la récupération des seringues usagées, SAFE envoie des conteneurs homologués aux usagers. C'est à ces derniers d'apporter les conteneurs à un CAARUD, un hôpital, une pharmacie, un laboratoire, selon les possibilités locales. Il semble que la grande majorité des UDVI qui contactent SAFE soient demandeurs de conteneurs. Même si SAFE n'a pas la traçabilité de ces conteneurs et n'a pas encore réalisé d'évaluation du retour réel de seringues usagées, les demandes des UDVI laissent penser que ces derniers sont sensibilisés à l'élimination sécurisée des déchets d'injection.

Apparemment, ce programme répond à une véritable attente d'anonymat de la part d'une frange d'UDVI, relativement stabilisée et qui se trouve en mesure d'anticiper et d'organiser sa consommation.

3.8.2. L'exemple de la ville de Lyon : trois automates et un bilan positif

Les automates : un enjeu politique local

La Ville de Lyon est la seule ville de Rhône-Alpes à posséder des automates, avec Valence qui en possède un⁵¹.

On notera que la Ville de Lyon n'a pas eu recours aux services de l'association SAFE pour mettre en place des automates, c'est sa Direction de l'écologie urbaine qui les gère.

En matière d'implantation de ces automates, le docteur Ritter, responsable de la Direction de l'écologie urbaine, confirme que ces machines fonctionnent bien si on choisit soigneusement des endroits qui garantissent un accès discret aux seringues, sans être isolés. Les 3 automates de Lyon sont de fait respectivement installés sur les Pentes de la Croix-Rousse (Place Croix-Paquet), le troisième arrondissement (Rue du Pensionnat) et le centre-ville (Quai du Rhône, face à l'Hôtel-Dieu). Ces trois localisations, à très forte densité urbaine, sont faciles d'accès en transports en commun et assurent cet équilibre entre flot régulier de passants et discrétion.

Historiquement, le premier de ces automates (ou « échangeur-récupérateur ») a été installé à Lyon en 1996 (sous le mandat de M. Raymond Barre). A l'époque, l'installation de cette machine avait suscité une hostilité très forte de la part des élus d'arrondissement qui craignaient une stigmatisation du quartier. Il a ainsi fallu dans un premier temps convaincre les élus que ce dispositif ne troublerait pas la vie du quartier, puis il a également fallu convaincre les forces de police, dont la mission en matière de toxicomanie reste la répression, de ne pas venir interpellier les consommateurs à proximité de l'automate.

Les arguments mis en avant, dans les explications données aux forces de police, ont été que :

- Ces automates contribuaient à éviter la transmission du VIH et du VHC.
- Que même pour les policiers qui interpellent des dealers, des toxicomanes, ou ont affaire à eux d'une manière ou d'une autre, il est préférable que ces populations soient moins à risques en termes d'infections.
- Ce ne sont pas les dealers qui utilisent les automates, mais les « simples » consommateurs (qui ne viendront pas s'ils pensent que l'automate est surveillé par les forces de l'ordre).

Au bilan, élus et forces de police ont entendu ces explications et ces arguments et le dispositif a pu se mettre en place sans heurts.

Reste que l'installation de chaque automate implique de recommencer une démarche d'information précise auprès des élus, des policiers, de chaque arrondissement, et ce afin d'expliquer que les automates n'engendrent pas de troubles à l'ordre public, ne créent pas d'insécurité ou de stigmatisation, ne favorisent pas un accroissement de la toxicomanie, mais au contraire contribuent à éviter ou à diminuer certaines infections, comme notamment le VHC...

Il peut arriver cependant que des riverains interpellent les élus sur ces machines : il est indispensable alors de prendre le temps nécessaire pour leur répondre et leur expliquer l'objectif et le fonctionnement de ces automates. *A contrario*, une inauguration en « grande pompe » de ces automates serait déplacée et contre-productive : les UDVI ont besoin avant tout d'anonymat et les riverains ont besoin de comprendre de quoi il s'agit et d'être rassurés sur le fait que ces machines n'entraînent pas des problèmes de violence ou de dégradation dans le quartier.

Un bilan positif du fonctionnement des automates de Lyon

Les automates de Lyon délivrent des Stéribox® et récupèrent les seringues usagées. Une seule seringue usagée est récupérée à la fois (il est impossible de mettre plusieurs seringues en une seule fois). L'objectif est clairement de délivrer une boîte de matériel d'injection stérile contre une seringue usagée.

⁵¹ L'automate de Valence est placé à proximité de la gare SNCF.

Pour obtenir un Stéribox, l'UDVI a néanmoins deux possibilités : il peut mettre une seringue usagée dans l'automate ou encore introduire un jeton. En ce qui concerne la ville de Lyon, ces jetons sont distribués uniquement au CAARUD porté par l'association Ruptures. L'idée est, au travers de cette mise en contact avec Ruptures, de permettre aux UDVI de s'insérer dans un circuit d'aide, d'accompagnement et peut-être de prise en charge. L'information sur l'accès aux jetons à Ruptures se fait par le bouche-à-oreille entre UDVI, par certaines pharmacies qui vendent des Stéribox, et aussi par différentes associations de terrain en contact avec ce public.

On notera qu'en 2010, ce sont 7 622 Stéribox qui ont été délivrés par ces automates (soit 15 244 seringues) et que 8 942 seringues ont été récupérées, soit 59% (ces chiffres sont relativement stables depuis 3 ans).

A titre d'exemple, on notera que l'automate de la Croix-Paquet, installé en 2009, a une contenance de 104 kits, de 200 jetons et de 60 litres pour la récupération des seringues usagées.

Par ailleurs le coût de cet automate et de son installation est respectivement de :

- l'automate : 11 706 Euros hors-taxe
- le socle en ciment pour fixer l'automate : 793 Euros hors-taxe
- l'installation : 530 Euros hors-taxe.

Globalement, la ville déplore très peu de dégradations de ces machines du fait d'actes de malveillance (une ou deux par an). En revanche, il arrive plus régulièrement que la machine se bloque pour des raisons mécaniques, peut-être liées à un mauvais usage de la machine mais pas à une volonté de la détruire ou de voler les seringues... Par ailleurs, ces machines fonctionnant sans électricité, les pannes sont uniquement « mécaniques », ce qui facilite leur installation, entretien et réparation. Ce sont des agents de désinfection de la ville de Lyon qui s'occupent d'ailleurs de la plupart des réparations sur ces machines : il est très rare qu'il soit nécessaire de solliciter le constructeur. Enfin, ces agents sont également en charge de la récupération du matériel usagé et de leur acheminement jusqu'à une entreprise qui s'occupe de l'élimination des DASRI. Ils s'occupent également de réapprovisionner ces machines en kits stériles.

Pour le Docteur Ritter, la bonne utilisation de ces automates par les UDVI confirme que cette population est réceptive aux messages de prévention et de soin de soi et elle témoigne indirectement que les UDVI comprennent de mieux en mieux l'intérêt d'utiliser du matériel stérile. Par ailleurs, beaucoup d'UDVI sont sensibles à l'aspect citoyen du retour des seringues usagées et préfèrent se débarrasser de leurs seringues de manière sécurisée.

Au bilan, il apparaît donc que la Ville de Lyon est satisfaite du fonctionnement de ces automates, qui répondent bien à un objectif de réduction des risques, en complément d'une offre d'échange de seringues portées par les CAARUD Ruptures et Pause Diabolo, ainsi que par quelques pharmacies de l'agglomération Lyonnaise.

4. ANALYSE DES BESOINS SUR LE BASSIN BURGIEEN

Ce chapitre présente les données disponibles pour analyser les besoins des usagers de drogue par voie intraveineuse (UDVI) sur le bassin burgien, considéré ici comme étant l'agglomération de Bourg-en-Bresse et sa couronne périurbaine.

Les premiers paragraphes de ce chapitre recensent et analysent les **indicateurs** disponibles en termes de **consommation de produits injectables et sniffables** (le sniff étant un moyen de transmission avéré du virus de l'hépatite C) et en terme de **conséquences sanitaires**. Il s'agit des opiacés et notamment de l'héroïne (majoritairement injectée mais qui peut être sniffée), et de la cocaïne (majoritairement sniffée mais qui peut être injectée, et sa forme « crack » est fumée). Beaucoup de données n'étant pas disponibles localement, ce sont les données nationales qui sont présentées par défaut.

Les derniers paragraphes recensent les **ressources existantes** sur le bassin burgien, puis analysent le **point de vue de leurs acteurs**, ainsi que d'un consommateur.

4.1. Données nationales : l'usage de produits psychoactifs injectables

4.1.1. Expérimentation et usage dans l'année

Les données sur l'usage des drogues illicites proviennent d'enquêtes régulièrement répétées que sont les « Baromètres santé » de l'Inpes⁵² et les enquêtes « Escapad⁵³ » de l'Office Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT).

➔ Les premiers résultats nationaux du **Baromètre santé** 2010 viennent d'être publiés⁵⁴. Ils montrent que les 18-64 ans continuent à consommer de plus en plus de **cocaïne**, qui est le second produit illicite consommé, loin derrière le cannabis.

- Ainsi, 3,8% ont expérimenté ce produit (consommation au moins une fois dans la vie), la tranche des 26-34 ans étant la plus expérimentatrice (8% de la population, 11% chez les hommes contre 4% chez les femmes), ce qui correspond à une disponibilité du produit qui s'est développée depuis les années 1990. La fréquence des expérimentateurs a été multipliée par trois en 15 ans (1,2% des 18-64 ans en 1995).
- L'usage de la cocaïne dans l'année (au moins une fois durant les 12 derniers mois) concerne 0,9% des 18-64 ans (1,4% des hommes et 0,4% des femmes), mais la prévalence est plus élevée chez les 18-25 ans (2,5%) et les 26-34 ans (1,8%), les hommes étant toujours plus utilisateurs que les femmes. La fréquence des utilisateurs dans l'année a été multipliée par quatre en 10 ans (0,2% des 18-64 ans en 2000).

En ce qui concerne l'**héroïne**, l'expérimentation reste à un niveau inférieur à la cocaïne, mais la tendance est également à la hausse. Ainsi, 1,2% des 18-64 ans ont expérimenté ce produit

⁵² Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

⁵³ Enquête auprès des jeunes de 17 ans participant à la Journée d'Appel de Préparation à la Défense (JAPD).

⁵⁴ Les niveaux d'usage de drogues en France en 2010. Tendances, n°76, juin 2011. <http://www.ofdt.fr> (Voir bibliographie)

(consommation au moins une fois dans la vie), également avec une prédominance masculine : 1,9% des hommes contre 0,6% des femmes. L'usage dans l'année est trop faible dans l'ensemble de la population pour être mesuré de façon fiable.

→ Les données du Baromètre 2005 avaient permis de faire une estimation nationale du **nombre d'expérimentateurs** de cocaïne (1,1 million de personnes) et d'héroïne (360 000 personnes), ainsi que du **nombre de consommateurs dans l'année** de cocaïne (250 000 personnes).

→ L'enquête **Escapad** de 2008 (dernière année publiée⁵⁵) décrit les taux d'expérimentation chez les jeunes de 17 ans :

- 3,3% des jeunes de 17 ans ont expérimenté la cocaïne (4,0% des garçons et 2,5% des filles), soit 25 000 jeunes,
- 1,0% ont expérimenté le crack (cocaïne base) (1,3% des garçons et 0,7% des filles)
- 1,1% ont expérimenté l'héroïne (1,4% des garçons et 0,8% des filles)
- 0,5% ont expérimenté le Subutex® (produit de substitution des opiacés) (0,8% des garçons et 0,3% des filles).

Les taux d'expérimentation de la cocaïne et de l'héroïne sont en hausse chez les jeunes de 17 ans : le taux a triplé pour la cocaïne depuis 2000, et a augmenté de 29% depuis 2005 (+44% pour le crack) ; pour l'héroïne, l'augmentation est de 56% depuis 2005, alors que pour le Subutex® le taux est stable.

→ Malgré leur intérêt, **ces enquêtes nationales en population générale ne sont pas suffisamment précises pour permettre une estimation du nombre de consommateurs réguliers**, du fait de la faible prévalence de l'usage de ces produits.

4.1.2. Usage problématique et tendances de consommation

→ A partir de différents indicateurs et enquêtes, l'OFDT a publié⁵⁶ une estimation de la **prévalence de l'usage « problématique » de drogues** en France en 2006. L'usage « problématique », terme qui tend à remplacer celui de « toxicomanie », est défini par l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT) comme l'usage de drogue par voie intra-veineuse ou l'usage régulier d'opiacés ou de cocaïne ou d'amphétamine⁵⁷ chez les 15-64 ans.

L'estimation totale est de **230 000 personnes** de 15-64 ans en France (fourchette de 210 000 à 250 000), soit 5,9 pour mille (5,4 à 6,4 pour mille) en 2006. Parmi ceux-ci, l'OFDT estime qu'il y a :

- **74 000 usagers actifs d'héroïne** (au moins une fois par mois), soit 1,9 pour mille personnes de 15-64 ans,
- **81 000 usagers ayant un recours actif à l'injection** (au moins une fois par mois), soit 2,1 pour mille,
- 145 000 usagers ayant eu recours à l'injection au moins une fois dans leur vie, soit 3,7 pour mille.

⁵⁵ Les drogues à 17 ans, résultats de l'enquête Escapad 2008. Tendances, n°66, juin 2009. <http://www.ofdt.fr> (Voir bibliographie)

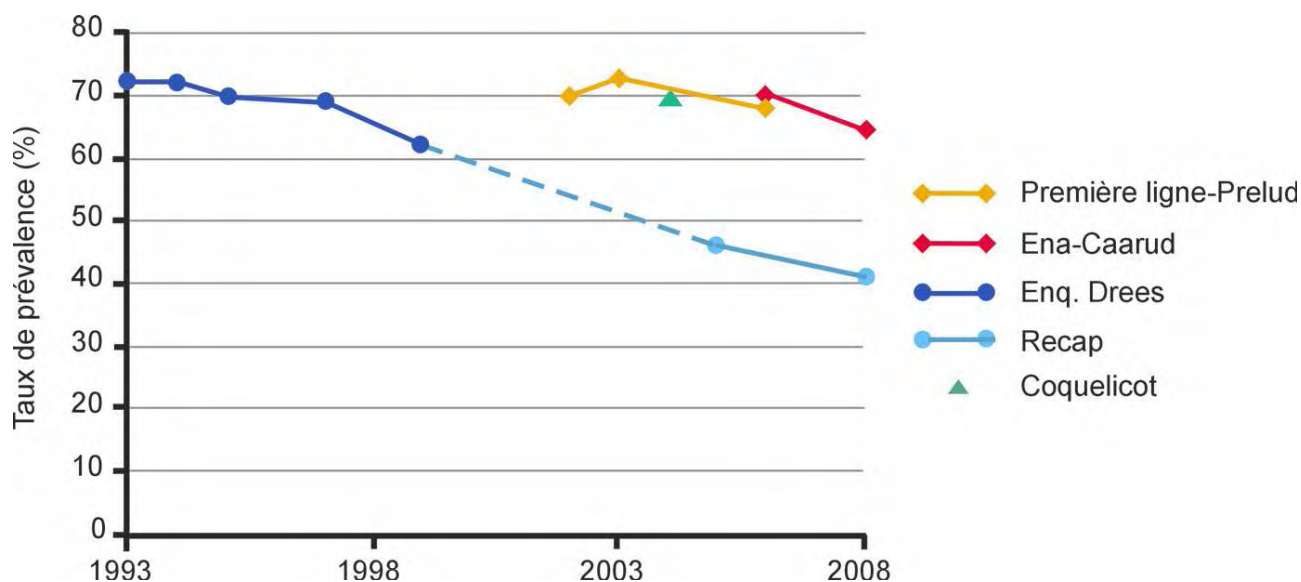
⁵⁶ Prévalence de l'usage problématique de drogues en France : estimations 2006. Tendances, n°69, décembre 2009. <http://www.ofdt.fr> (Voir bibliographie)

⁵⁷ Les niveaux d'expérimentation et d'usage d'amphétamines en France sont voisins de ceux de la cocaïne. Ces produits ne sont pas détaillés ici car ils ne sont pas injectés.

➔ **Le recours à l'injection semble en diminution**, comme en témoigne la compilation de plusieurs études réalisée dans l'expertise collective de l'Inserm⁵⁸ : la prévalence de l'injection chez les usagers de drogues serait passée de 70% au milieu des années 1990 à 40% en 2008 (Graphique 1).

Il faut cependant souligner qu'il s'agit d'une prévalence durant la vie entière (au moins une injection durant la vie), et non des usagers « actifs ». D'autre part, la prévalence mesurée en 2008 auprès des personnes fréquentant les CAARUD reste au dessus de 60%.

Graphique 1 : Evolution du taux de prévalence de l'injection (au moins une fois dans la vie) chez les usagers de drogue en France depuis 1993 – Sources : OFDT, InVS



➔ L'OFDT suit au moyen du dispositif d'observation **Trend** (Tendances Récentes et Nouvelles Drogues) **l'évolution de l'utilisation des drogues**. Ce dispositif s'appuie sur des outils qualitatifs de recueils continus dans plusieurs villes, des enquêtes auprès d'usagers de centres de soins accueillant des toxicomanes, des analyses d'échantillons de drogue, ainsi que d'autres enquêtes et les indicateurs des services répressifs. Ce dispositif permet à la fois d'analyser les phénomènes émergents et de suivre les tendances sur plusieurs années.

L'enquête Trend 2009⁵⁹ indique que les **usagers de drogue** (notamment vus dans les CAARUD) semblent plus jeunes (nouveaux consommateurs de 15-25 ans), avec une plus forte proportion de femmes, avec des comportements à risque, notamment un partage important du matériel d'injection. La génération précédente (les 30 ans) semble également plus précarisée. Sont également notés la présence d'une population errante, accompagnée de chiens, qui va de ville en ville, ainsi que des groupes de personnes venant d'Europe de l'est vivant en squats.

Pour la **cocaïne**, Trend 2009 confirme l'accroissement de la disponibilité observée depuis 2000, que ce soit géographiquement (jusqu'aux zones rurales) ou sociologiquement (auprès de jeunes des zones périurbaines paupérisées, mais aussi de personnes socialement insérées, de lycéens, voire de collégiens). Ce dernier phénomène est noté à Paris et Marseille, il est donc logique de faire l'hypothèse qu'il existe aussi à Lyon, qui ne fait pas partie des villes d'observation de Trend. Il est également noté un prix plus faible dans les zones périurbaines (40-50 euros le gramme contre 60 en centre ville), qui constitue une adaptation des dealers au niveau de vie de leurs clients

⁵⁸ Ouvrage collectif. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogue. Inserm, 2010. 573 p. http://www.inserm.fr/content/download/24837/157124/file/reduction_risques_ver_final.pdf

⁵⁹ Drogues illicites : les observations du dispositif TREND en 2009. Tendances, n°73, décembre 2010. <http://www.ofdt.fr> (Voir bibliographie)

(usagers marginalisés de la rue, jeunes issus des quartiers dits sensibles), avec une qualité également inférieure. En ce qui concerne l'extension aux zones rurales, elle est, pour l'OFDT, liée à la fois à « *l'émigration des personnes les moins favorisées vers les périphéries lointaines des grands centres urbains* » et à « *une rencontre fréquente avec les substances au cours d'événements festifs qui drainent aussi bien jeunes citadins que ruraux* ».

D'autre part, il est noté une extension de l'usage du « **crack** » (ou « free base », un nom qui fait moins peur). Il s'agit de la forme base de la cocaïne, au pouvoir addictif plus puissant que le chlorhydrate de cocaïne, mais qui se fume (et donc n'est ni sniffée ni injectée). Longtemps limité à Paris, ce produit est maintenant disponible hors d'Ile de France, et son coût plus faible (15-20 euros la « galette », 5 euros le « caillou ») contribue à sa diffusion dans les populations les plus précaires. Toutefois, l'enquête ne permet pas de dire que la diffusion est générale sur le territoire, ni qu'elle va se pérenniser.

En ce qui concerne **l'héroïne**, Trend 2009 note qu'elle est « *de plus en plus visible après son éclipse relative à la fin des années 1990 consécutive au développement en France des traitements de substitution* ». L'héroïne brune est depuis 2000 de plus en plus disponible dans tout l'hexagone, ce qui est allé de pair avec une baisse des prix, aujourd'hui stabilisés à 45 euros le gramme. Outre l'usage « *traditionnel* » par des populations aujourd'hui d'âge moyen, Trend décrit un « *élargissement de la consommation en direction de groupes de plus en plus hétérogènes : des usagers du milieu festif où l'utilisation de l'héroïne vient adoucir la "descente des stimulants" ; des jeunes usagers des quartiers populaires [...] ; ou des usagers socialement bien insérés, qui la prennent pour ses effets spécifiques en tentant de gérer par eux-mêmes l'apparition d'une dépendance* ».

Cette réinscription de l'héroïne dans le paysage français des consommations de drogue s'explique plus par la dédramatisation de l'héroïne chez les jeunes, notamment du fait de l'entrée dans la consommation par le sniff (et non l'injection), que par des techniques commerciales des dealers qui masquent la nature réelle du produit ou lui donnent un nom moins connoté comme « rabla ».

La pratique du sniff n'est toutefois pas généralisée chez les nouveaux utilisateurs : « *l'injection persiste à un niveau élevé parmi les populations précaires, y compris chez les jeunes en errance* ». Les surdoses sont en augmentation, comme on le verra, et l'héroïne est impliquée près d'une fois sur deux.

Les **produits de substitution aux opiacés** sont également suivis par Trend. Il existe toujours un marché noir de la **BHD** (buprénorphine haut dosage), qui semble limité à la spécialité Subutex®, avec une disponibilité importante, bien qu'en baisse⁶⁰. Elle semble susciter moins d'intérêt pour les usagers, tout en gardant « *ses fonctions de base : "opiacé du pauvre", gestion du manque et "béquille" des parcours d'usage d'héroïne* ». Par ailleurs, la BHD « *acquiert à la marge de nouveaux usagers, voire des primo-usagers, notamment parmi les travailleurs pauvres ou les usagers insérés, visibles par le système de soins lorsqu'ils deviennent dépendants* ».

A l'opposé, le **méthadone** connaît un faible marché noir (« *discret et atomisé* »), la demande étant « *souvent limitée au dépannage, à la gestion du manque et à l'auto-substitution* », selon Trend.

4.1.3. Utilisation de matériel d'injection et de médicaments de substitution

→ Les données sur le **matériel d'injection** sont essentiellement celles de vente de **kits Stéribox®**. Les données des grossistes-répartiteurs (le GERS), qui approvisionnent les pharmacies, sont collectées par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) dans le système Siamois (Système d'Information sur l'Accessibilité au Matériel Officinal et de Substitution) puis mises en ligne par l'OFDT (elles font partie de la base Iliad⁶¹).

⁶⁰ L'Assurance maladie a mis en place en 2004 un plan de contrôle pour lutter contre ces détournements d'usage de la BHD.

⁶¹ Indicateurs Locaux pour l'Information sur les Addictions :

Les données des 5 dernières années disponibles (2005-2009) montrent une diffusion relativement stable jusqu'en 2008, l'année 2009 connaissant un fléchissement des ventes, qui passent en dessous de 2,5 millions de kits (Tableau 2).

Globalement, les taux ont peu varié depuis le début de la série statistique en 1997.

Tableau 2 : Evolution des ventes de Stéribox® depuis 2005 en France (nombre d'unités et taux de ventes pour 100 habitants de 20-39 ans) – Source : Iliad/OFDT, données Siamois/InVS

Année	2005	2006	2007	2008	2009
Nb d'unités	2,561 millions	2,573 millions	2,645 millions	2,595 millions	2,425 millions
Taux/100 hab.	15,7	15,2	15,7	15,5	14,6

Rappelons que chaque kit contient 2 seringues. Il y a donc eu **près de 5 millions de seringues vendues en 2009**. De plus, ces données de ventes n'intègrent pas les kits donnés aux usagers dans les Programmes d'Echange de Seringue, que ce soit en CAARUD ou en officines. Le nombre de seringues distribuées est donc supérieur.

➔ **Les médicaments de substitution aux opiacés**, comme indiqué précédemment, ce sont la BHD (buprénorphine haut dosage) et la méthadone :

- La **BHD** (Subutex® et les génériques BHD Arrow® et Merck® apparus en 1997) est commercialisée en France depuis 1995, avec une prescription ouverte à la médecine de ville. De ce fait, son usage a régulièrement augmenté depuis cette date.
- La **méthadone** était déjà disponible en 1995, mais avec des modalités de prescription plus restrictives (hôpital et centres de soins pour toxicomanes). Sa mise à disposition des médecins de ville et la recommandation de la Conférence de consensus de 2004 ont permis une augmentation régulière de sa dispensation.

Comme les précédentes, elles sont collectées auprès des grossistes-répartiteurs par l'InVS et mises en ligne par l'OFDT (base Iliad). Il s'agit de données en volume (nombre de boîtes), et non de données de personnes. Comme les dosages sont personnalisés selon les patients, l'estimation du nombre de personnes est calculée sur la base d'une « personne-standard » ayant un traitement de 8 mg de BHD par jour ou de 60 mg de méthadone par jour. Au total, il y aurait donc **environ 130 000 personnes** sous traitement de substitution aux opiacés en France en 2009 :

- Le nombre de personnes-standard traitées par le Subutex®, parti de 0 en 1995, a atteint 90 000 personnes standard en 2006 (médecine de ville uniquement), puis du fait de la mise sur le marché des génériques, elle a baissé. Mais le nombre de personnes standard traitées par BHD (incluant les génériques) a continué à augmenter, atteignant 99 000 en 2008⁶². Ces données seraient surestimées, selon l'OFDT, une étude sur les prescriptions réelles ayant montré une consommation réelle moyenne de 9,5 mg/j, supérieure au traitement standard⁶³.
- Le nombre de personnes-standard traitées par méthadone était de 2700 en 1995. Il a régulièrement augmenté pour atteindre 28 700 personnes standard en 2007 (médecine de ville et services hospitaliers). Contrairement à la BHD, ce nombre serait sous-estimé, selon l'OFDT, les patients consommant en moyenne 49 mg/j, soit moins que le standard.

<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/indic.html>

⁶² Séries statistiques de l'OFDT. http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00028.xhtml

⁶³ Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Tendances, n°65, mai 2009. <http://www.ofdt.fr> (Voir bibliographie)

Par ailleurs l'Inserm, dans son expertise collective⁶⁴, estime que la file active des centres de soins (CSAPA) est de 90 000 personnes, et que celle des lieux de réduction des risques (CAARUD) est de 40 000 personnes. Bien qu'il soit possible pour les mêmes personnes de fréquenter plusieurs lieux, cela signifie **qu'une majorité des usagers « problématiques » de drogues** (cf. paragraphe précédent) **bénéficie d'une prise en charge** sanitaire et sociale en lien avec ces consommations.

4.2. Les indicateurs sur les produits psychoactifs injectables dans le département de l'Ain

Le CIRDD Rhône-Alpes a publié en décembre 2008 un focus des données locales sur la diffusion et la consommation des produits psychoactifs⁶⁵. Cette analyse est basée sur les indicateurs collectés chaque année par l'OFDT auprès de diverses sources, et mis en ligne par département et par région sur la base de données Iliad⁶⁶. Ce focus s'appuyait sur les données 2006. Il peut donc être actualisé jusqu'en 2009, qui est la dernière année disponible en ligne.

→ Les drogues illicites autres que le cannabis sont consommées de façon très minoritaire, dans l'Ain comme en France, il n'est donc pas possible d'estimer leur consommation dans ce département à partir d'enquêtes en population générale comme Escapad ou le Baromètre Santé, car les effectifs concernés sont trop faibles pour donner des résultats valides.

L'enquête Escapad 2008 a cependant été exploitée régionalement par l'OFDT⁶⁷. Elle montre que les jeunes de 17 ans de la région Rhône-Alpes se distinguent du niveau national pour les **expérimentations de cocaïne et d'héroïne** dont les niveaux sont restés stables en Rhône-Alpes entre 2005 et 2008, alors qu'ils ont augmenté en France⁶⁸. Toutefois, seul le taux d'expérimentation de la cocaïne est significativement inférieur au taux national (2% contre 3,2%).

→ Il n'y a pas de données locales sur la **prévalence de l'usage « problématique » de drogues**. A partir de l'estimation faite par l'OFDT pour 2006, on peut calculer qu'il y aurait dans l'Ain **2210 personnes** concernées par l'usage de drogue par voie intra-veineuse ou l'usage régulier d'opiacés ou de cocaïne ou d'amphétamine, dont 155 à Bourg-en-Bresse⁶⁹. Parmi ceux-ci :

- 710 seraient des usagers réguliers d'héroïne (au moins une fois par mois), dont 50 à Bourg-en-Bresse,
- 790 s'injecteraient régulièrement des drogues (au moins une fois par mois), dont 55 à Bourg-en-Bresse.

⁶⁴ Ouvrage collectif. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogue. Inserm, 2010. 573 p. http://www.inserm.fr/content/download/24837/157124/file/reduction_risques_ver_final.pdf

⁶⁵ Centre d'Information Régional sur les Drogues et Dépendances (CIRDD) Rhône-Alpes, Focus sur les produits psycho-actifs pour le département de l'Ain, décembre 2008 (Voir bibliographie) http://www.cirdd-ra.org/img_publications/60_CIRDD-RA_Focus01_dec08.pdf

⁶⁶ Indicateurs Locaux pour l'Information sur les Addictions : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/indic.html>

⁶⁷ Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C., Legleye S., Analyse régionale ESCAPAD 2008, OFDT, 2009. Fiche Rhône-Alpes en ligne : http://www.ofdt.fr/BDD_len/ESCAPAD/2008_RHONE_ALPES.xhtml

⁶⁸ Pour l'ecstasy également, le niveau d'expérimentation est resté stable, alors qu'il a diminué en France.

⁶⁹ Insee RP 2007 : Population de l'Ain : 574 375 habitants, dont 373 699 personnes de 15-64 ans. Ville de Bourg-en-Bresse : 40 506 habitants, dont 26 182 personnes de 15-64 ans.

→ Les **interpellations pour usage d'ecstasy, de cocaïne et d'héroïne** peuvent constituer un indicateur indirect de la diffusion de ces produits dans le département, mais elles dépendent aussi de l'activité des services répressifs. Les taux d'interpellations sont tous inférieurs aux moyennes régionale et nationale depuis 2006 (Tableau 3).

Tableau 3 : Evolution des interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne et d'ecstasy depuis 2005 dans l'Ain en nombre et taux pour 10 000 habitants de 20-39 ans, comparées à Rhône-Alpes et France entière – Source : Iliad/OFDT, données OCRTIS

Année	2005	2006	2007	2008	2009
Nb d'interpellations	100	41	85	86	84
Taux Ain	6,8	2,8	5,8	5,9	5,7
<i>Taux Rhône-Alpes</i>	4,9	5,0	6,8	8,3	6,6
<i>Taux France</i>	5,2	5,1*	6,6	7,7	6,7

* Année 2006 incomplète en Ile de France

→ Les **ventes de Stéribox®** ont beaucoup augmenté sur le département de l'Ain entre 2001 et 2007, ce qui peut être interprété comme une augmentation de la population des UDVI ou comme un accroissement des pratiques de réduction des risques, mais les ventes ont diminué en 2008 et 2009. La tendance évolutive est la même aux niveaux régional et national, mais le taux de vente est un peu supérieur dans l'Ain (Tableau 4).

Tableau 4 : Evolution des ventes de Stéribox® depuis 2005 dans l'Ain en nombre d'unités et taux pour 100 habitants de 20-39 ans, comparées à Rhône-Alpes et France entière

Source : Iliad/OFDT – données Siamois/InVS

Année	2005	2006	2007	2008	2009
Nb d'unités Ain	22 457	25 740	28 147	26 151	25 226
Taux Ain	15,2	17,4	19,1	17,9	17,0
<i>Taux Rhône-Alpes</i>	13,6	14,3	14,7	14,2	13,7
<i>Taux France</i>	15,7	15,2	15,7	15,5	14,6

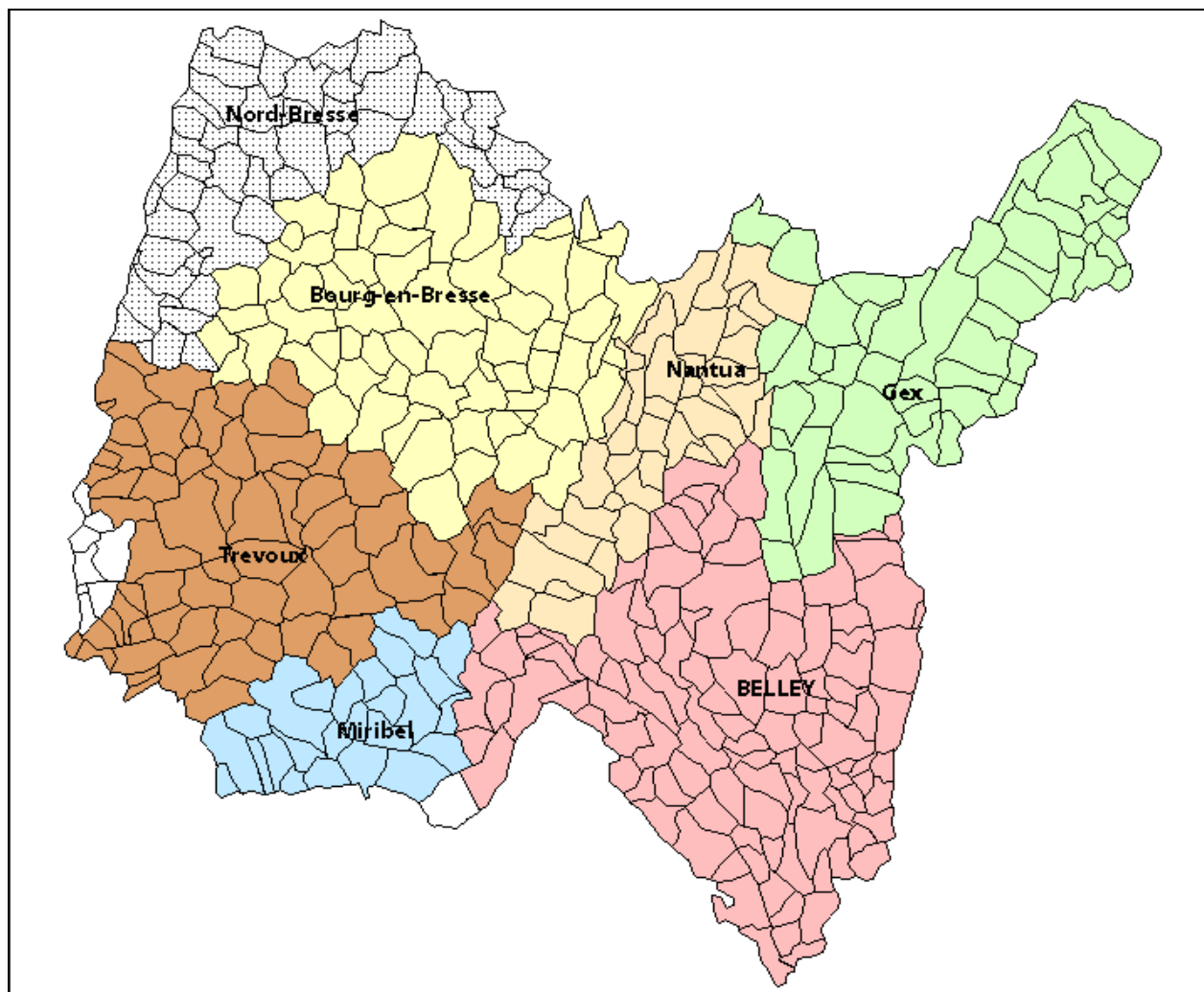
Les données de **ventes de Stéribox à un niveau infra-départemental** ont été obtenues directement auprès de l'InVS, et couvrent également l'année 2010. Les 6 bassins de l'Ain correspondent aux zones logistiques des grossistes-répartiteurs (GERS) qui approvisionnent les officines (cf. Carte) :

- La zone de Belley couvre tout le Bugey, au sud-est du département,
- La zone de Bourg-en-Bresse couvre l'agglomération burgienne, le nord des Dombes et la plupart de la Bresse,
- La zone de Gex couvre le Pays de Gex, le bassin de Bellegarde-sur-Valserine et le versant ouest des monts du Jura,
- La zone de Miribel couvre la côtière de l'Ain et le sud-est des Dombes,
- La zone de Nantua couvre les bassins d'Ambérieu-en-Bugey, de Nantua et d'Oyonnax,
- La zone de Trévoux couvre le sud du val de Saône et le sud-ouest des Dombes.

Il reste une 7^{ème} zone au nord-ouest du département, qui correspond au nord de la Bresse : elle est rattachée à la Saône-et-Loire, et n'apparaît donc pas dans les données Siamois de l'Ain. De même, quelques communes du sud du département sont rattachées aux départements limitrophes.

Carte : Les bassins des grossistes-répartiteurs dans le département de l'Ain

Source : InVS à partir des données du GERS – exploitation ORS, fond de carte des communes



Les ventes de Stéribox dans les six zones de l'Ain sont présentées au tableau 5 et dans le graphique 2. Dans la zone de Bourg-en-Bresse, il y a eu près de 10 000 kits vendus en 2007 (soit 20 000 seringues), mais les ventes ont diminué ensuite et en 2010 il y a eu 7 600 kits vendus (15 200 seringues). Cette tendance se retrouve dans les autres zones de l'Ain, sauf Gex (qui connaît une baisse régulière depuis 2005) et Miribel (qui à l'inverse est en hausse depuis 2005).

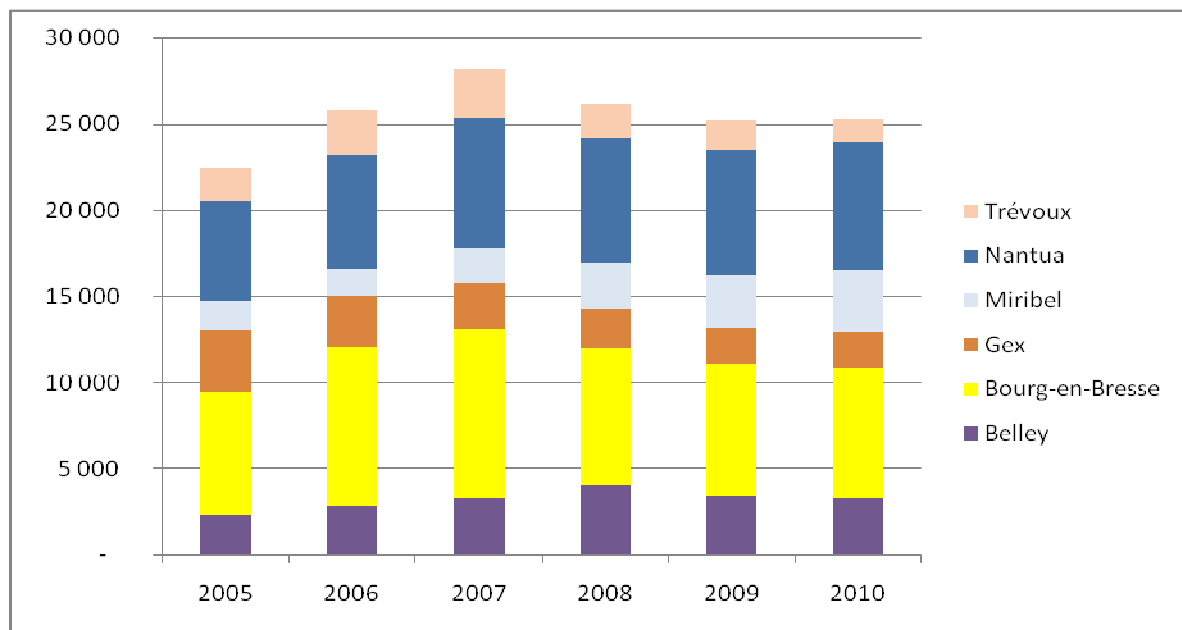
Tableau 5 : Evolution des ventes de Stéribox® depuis 2005 dans les zones de l'Ain

Source : Siamois/ analyse InVS à partir des données du GERS – exploitation ORS

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Belley	2 308	2 890	3 269	4 014	3 448	3 295
Bourg-en-Bresse	7 113	9 127	9 861	7 977	7 639	7 603
Gex	3 639	3 022	2 631	2 285	2 096	2 095
Miribel	1 674	1 593	2 044	2 673	3 001	3 553
Nantua	5 759	6 529	7 568	7 246	7 323	7 366
Trévoux	1 964	2 579	2 774	1 956	1 719	1 368
Total Ain	22 457	25 740	28 147	26 151	25 226	25 280

Graphique 2 : Evolution des ventes de Stéribox® depuis 2005 dans les zones de l'Ain

Source : Siamois/ analyse InVS à partir des données du GERS – exploitation ORS



Si la vente de Stéribox est un indicateur représentant bien l'activité des UDVI, la zone de Bourg-en-Bresse apparaît comme la zone la plus importante du département, avec en moyenne sur la période 2005-2010 un tiers des ventes (32%), celle de Nantua (regroupant également Ambérieu-en-Bugey et Oyonnax) venant ensuite avec 27% des ventes. Rappelons d'une part que l'Ain est limitrophe de deux grandes agglomérations, Lyon et Genève, où les sources d'approvisionnement en produits et en seringues sont importantes, et d'autre part que les kits donnés par les CAARUD, les programmes d'échange de seringue, ou lors d'événements festifs, ne sont pas pris en compte dans cet indicateur.

Les données locales Siamois permettent de calculer le taux de ventes de Stéribox **dans la zone de Bourg-en-Bresse**, sa population au recensement de 2007 étant de 122 116 personnes, dont 11 065 de 20 à 39 ans. En 2009, le taux de vente était de **25,5 kits pour 100 habitants de 20-39 ans**, soit bien au dessus de la moyenne du département (17,0).

Il est à noter que la zone de Nantua a un taux encore plus élevé de 35,7 kits pour 100 habitants de 20-39 ans, alors que les autres zones sont au niveau de la moyenne ou au dessous.

Ces données montrent que **les zones de Bourg-en-Bresse et Nantua font l'objet de fortes ventes de Stéribox**, ce qui s'explique soit par de nombreux UDVI, soit par un achat fréquent de kits par ceux-ci, contrairement à d'autres zones où d'autres achats sont possibles dans les départements limitrophes ou en Suisse pour le pays de Gex, qui de plus bénéficie des kits distribués dans le cadre du Programme d'échange de seringues.

→ En matière de **traitements de substitution**, les ventes de **Subutex®** dans le département de l'Ain, après avoir augmenté jusqu'en 2005, restent assez stables. Les ventes de **méthadone** dans l'Ain sont également en progression régulière jusqu'en 2008, mais semblent marquer le pas en 2009.

Les ventes de l'Ain pour ces deux médicaments de substitution suivent les tendances régionale et nationale tout en restant à un niveau inférieur (Tableau 6).

Il est à noter que les produits délivrés par les hôpitaux et les centres de soins (CSAPA ou CSST) n'apparaissent pas dans Siamois (ventes en officines uniquement).

Tableau 6 : Evolution des ventes de Subutex® et de méthadone en officines depuis 2005 dans l'Ain en nombre d'unités et taux pour 100 habitants de 20-39 ans, comparées à Rhône-Alpes et France entière – Source : Iliad/OFDT – données Siamois/InVS, exploitation ORS

Année	2005	2006	2007	2008	2009
SUBUTEX®					
Nb boites standard*	29 016	29 418	29 294	24 124	28 361
Taux Ain	19,7	20,0	19,9	16,5	19,1
<i>Taux Rhône-Alpes</i>	<i>21,1</i>	<i>21,3</i>	<i>20,2</i>	<i>19,3</i>	<i>20,1</i>
<i>Taux France</i>	<i>27,5</i>	<i>27,2</i>	<i>25,4</i>	<i>23,1</i>	<i>23,8</i>
METHADONE					
Nb flacons standard**	14 899	20 822	25 855	31 938	32 512
Taux Ain	10,1	14,1	17,5	21,9	21,9
<i>Taux Rhône-Alpes</i>	<i>16,1</i>	<i>20,8</i>	<i>25,7</i>	<i>30,6</i>	<i>32,5</i>
<i>Taux France</i>	<i>28,3</i>	<i>32,9</i>	<i>39,7</i>	<i>45,2</i>	<i>44,4</i>

* Les conditionnements étant différents, les boites de Subutex sont comptées en boites théoriques de 7 comprimés 8 mg chacun.

** Les flacons de méthadone sont comptés en flacons théoriques de 60 mg.

Comme pour les Stéribox, les données de dispensation des produits de substitution ont été obtenues à un **niveau infra-départemental** auprès de l'InVS pour le Subutex et la méthadone.

En ce qui concerne le **Subutex®** (Tableau 7 et Graphique 3), un fléchissement des ventes est noté en 2008 dans la zone de Bourg-en-Bresse en 2008, avec 7200 boites-standard vendues, suivi d'une remontée à plus de 9000 boites-standard en 2010. Cette baisse des ventes, qui correspond à la mise sur le marché des génériques (qui ne sont pas enregistrés dans Siamois) ne signifie donc pas qu'il y a eu moins de personnes sous traitement de substitution.

Cette tendance se retrouve dans les autres zones de l'Ain, sauf à Trévoux (où la baisse de 2008 n'a pas été suivie de remontée) et à Belley (où il y a eu une croissance constante des ventes).

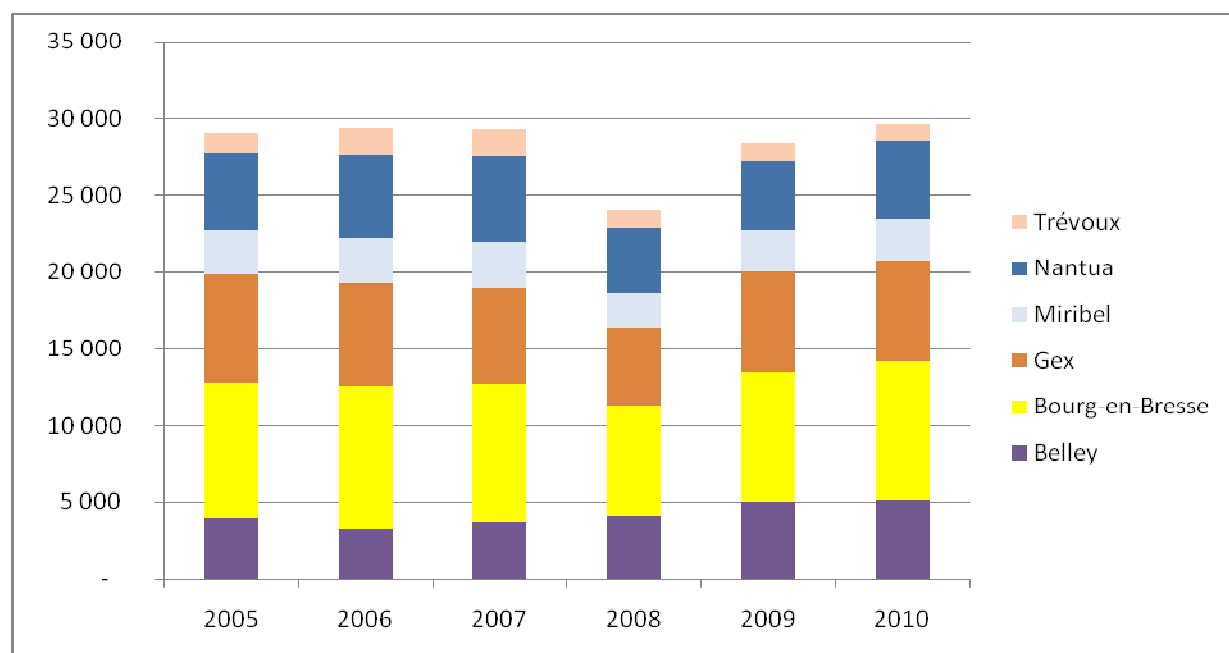
Tableau 7 : Evolution des ventes de Subutex® en officines depuis 2005 dans les zones de l'Ain en nombre de boites standard (7 comprimés de 8 mg)

Source : Siamois/ analyse InVS à partir des données du GERS – exploitation ORS

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Belley	3 927	3 258	3 665	4 145	5 018	5 104
Bourg-en-Bresse	8 832	9 232	9 013	7 200	8 481	9 055
Gex	7 074	6 794	6 328	5 032	6 483	6 567
Miribel	2 927	2 982	2 960	2 270	2 733	2 682
Nantua	4 990	5 383	5 649	4 279	4 477	5 150
Trévoux	1 266	1 770	1 679	1 199	1 168	1 130
<i>Total Ain</i>	<i>29 016</i>	<i>29 418</i>	<i>29 294</i>	<i>24 124</i>	<i>28 361</i>	<i>29 688</i>

Graphique 3 : Evolution des ventes de Subutex® en officines depuis 2005 dans les zones de l'Ain en nombre de boîtes standard (7 comprimés de 8 mg)

Source : Siamois/ analyse InVS à partir des données du GERS – exploitation ORS



En ce qui concerne la **méthadone** (Tableau 8 et Graphique 4), l'augmentation est constante depuis 2005 à Bourg-en-Bresse, passant de 1200 flacons standard en 2005 à 5400 en 2010. Cette tendance se retrouve dans toutes les autres zones, sauf à Gex où les ventes diminuent depuis 2008. Cette augmentation fait suite à la possibilité de prescrire ce mode de substitution en médecine de ville, et elle correspond aussi à la consommation de formulations plus dosées.

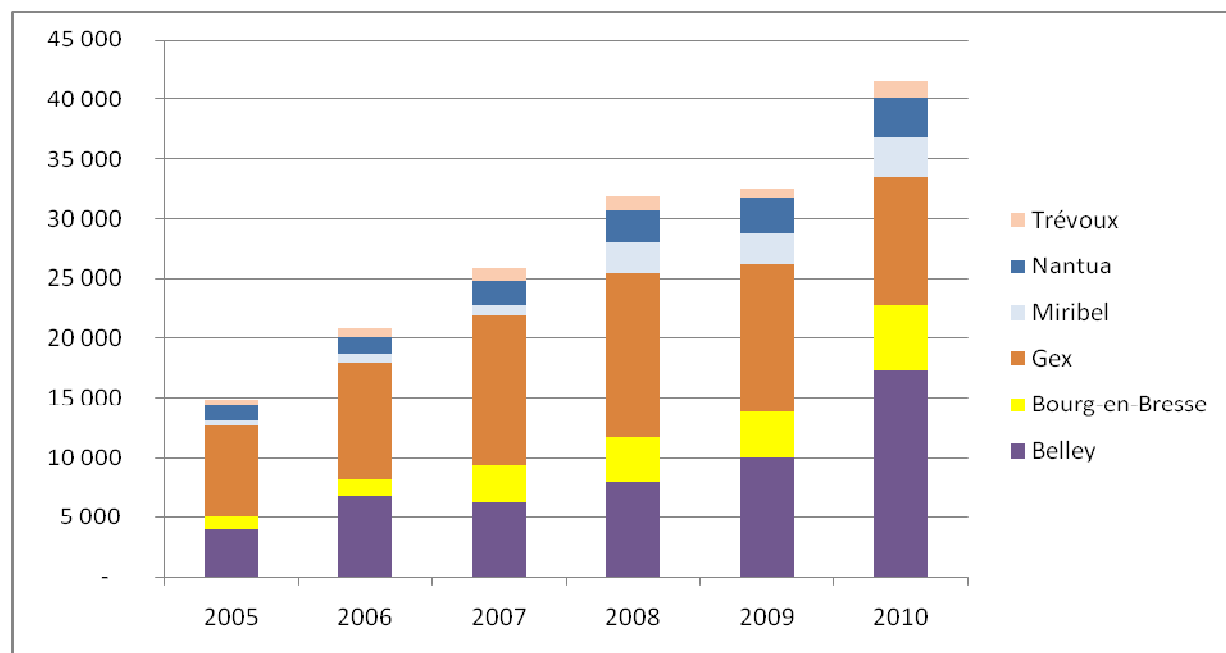
Tableau 8 : Evolution des ventes de méthadone depuis 2005 en officines dans les zones de l'Ain en nombre de flacons standard (60 mg)

Source : Siamois/ analyse InVS à partir des données du GERS – exploitation ORS

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Belley	3 972	6 743	6 233	8 040	10 027	17 330
Bourg-en-Bresse	1 185	1 508	3 135	3 656	3 851	5 433
Gex	7 558	9 734	12 577	13 768	12 345	10 769
Miribel	365	715	862	2 580	2 570	3 280
Nantua	1 395	1 392	2 005	2 618	2 990	3 246
Trévoux	425	729	1 042	1 276	729	1 515
Total Ain	14 899	20 822	25 855	31 938	32 512	41 573

Graphique 4 : Evolution des ventes de méthadone depuis 2005 en officines dans les zones de l'Ain en nombre de flacons standard (60 mg)

Source : Siamois/ analyse InVS à partir des données du GERS – exploitation ORS



Malheureusement, **ces données de ventes en volume ne permettent pas d'estimer le nombre de personnes sous traitement de substitution**. En effet, la dispensation des produits de substitution dépend des besoins des patients et des pratiques des professionnels, ce qui fait que l'utilisation de produits peu dosés ou au contraire fortement dosés diffère notablement d'une zone à l'autre.

→ Le recours aux soins des usagers de drogues illicites dans les **centres de soins** (CSST ou CSAPA actuellement) est le dernier indicateur disponible. Il ne mesure cependant pas un nombre d'utilisateurs, une personne pouvant être comptée dans plusieurs centres si elle en fréquente plus d'un. De plus, les remontées des rapports des centres ne sont pas exhaustives ni toujours exploitables.

Les taux de recours n'ont cessé de croître depuis 2006, dans l'Ain comme au niveau régional et national. Toutefois, l'Ain a un taux de retour inférieur au taux régional, lui-même inférieur au taux national (Tableau 9).

Tableau 9 : Evolution des recours des consommateurs de drogues illicites aux centres de soins spécialisés depuis 2005 dans l'Ain en nombre et taux pour 10 000 habitants de 20-39 ans, comparées à Rhône-Alpes et France entière – Source : Iliad/OFDT

Année	2005	2006	2007	2008	2009
Nb recours Ain	360	360	388	418	477
Taux Ain	24,4	24,4	26,3	28,6	32,1
Taux Rhône-Alpes	42,9	42,9	46,8	47,7	52,5
Taux France	53,9	53,8	56,7	60,0	67,1

4.3. Données nationales sur les dommages associés aux produits psychoactifs injectables

Les dommages sanitaires dus aux produits psychoactifs injectables (et sniffables) concernent un nombre de personnes bien moindre que ceux liés à l'alcool et au tabac, du fait d'une prévalence d'usage très faible dans la population. Ce qui a pour conséquence rendre plus difficile une approche épidémiologique de ces dommages.

L'effet toxique direct des produits concerne surtout les **surdoses**, en particulier pour les opiacés, du fait de leur pouvoir dépressur respiratoire. Ce risque sera vu en premier.

L'injection, bien qu'en diminution du fait de nouveaux modes de consommation (héroïne sniffée, crack fumé), représente une voie d'administration qui présente des risques particuliers, notamment infectieux, du fait de l'utilisation de matériel non stérile, de pratiques d'injection non aseptiques, ou de pratiques de partage de matériel, qui restent fréquentes. Ces pratiques à risque sont d'autant plus répandues que l'injection se fait en groupe, dans des lieux insalubres et dans la précipitation (espaces publics, lieux festifs), ou dans un usage compulsif (injections répétées de cocaïne notamment).

Les **risques infectieux majeurs** de l'injection sont les infections par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), par le VHB et le VHC (virus des hépatites B et C). Ces risques seront abordés ci-dessous. Ils ne doivent pas faire oublier les autres risques, notamment **d'infections bactériennes** (abcès, phlébites, septicémie, endocardite infectieuse...), pour lesquels il y a peu de données de morbidité ou mortalité disponibles. L'injection de BHD, notamment, entraîne de nombreuses complications locales, la plus visible étant les œdèmes des bras (« syndrome de Popeye »).

Une étude rétrospective de l'OFDT de 2004 sur une cohorte de personnes interpellées pour usage d'héroïne, de cocaïne ou de crack⁷⁰ a néanmoins montré que celles-ci avaient **une surmortalité globale** par rapport aux personnes de même âge, le risque de décès étant multiplié par 5 chez les hommes et 9 chez les femmes. Cette surmortalité comporte entre autres de nombreux décès brusques, par accident ou suicide, ce qui est interprété comme une conséquence d'un mode de vie où les prises de risques sont fréquentes.

4.3.1. Les décès par surdose⁷¹

Les surdoses sont les seules causes de décès clairement imputables aux produits psycho-actifs illicites. Toutefois, en cas d'association entre plusieurs produits psycho-actifs, il est difficile d'attribuer le décès à un produit particulier.

Les décès par surdose sont recensés de façon exhaustive par l'Inserm (CépiDc), qui traite tous les certificats de décès en France⁷². Après un pic à 450 décès en 1994, le nombre de décès par surdose a fortement chuté avec environ 200 décès par an de 1997 à 1999, retrouvant le niveau de la fin des années 1980. Cette baisse est concomitante de la mise en place de la politique de réduction des risques et du développement des traitements de substitution (Graphique 5).

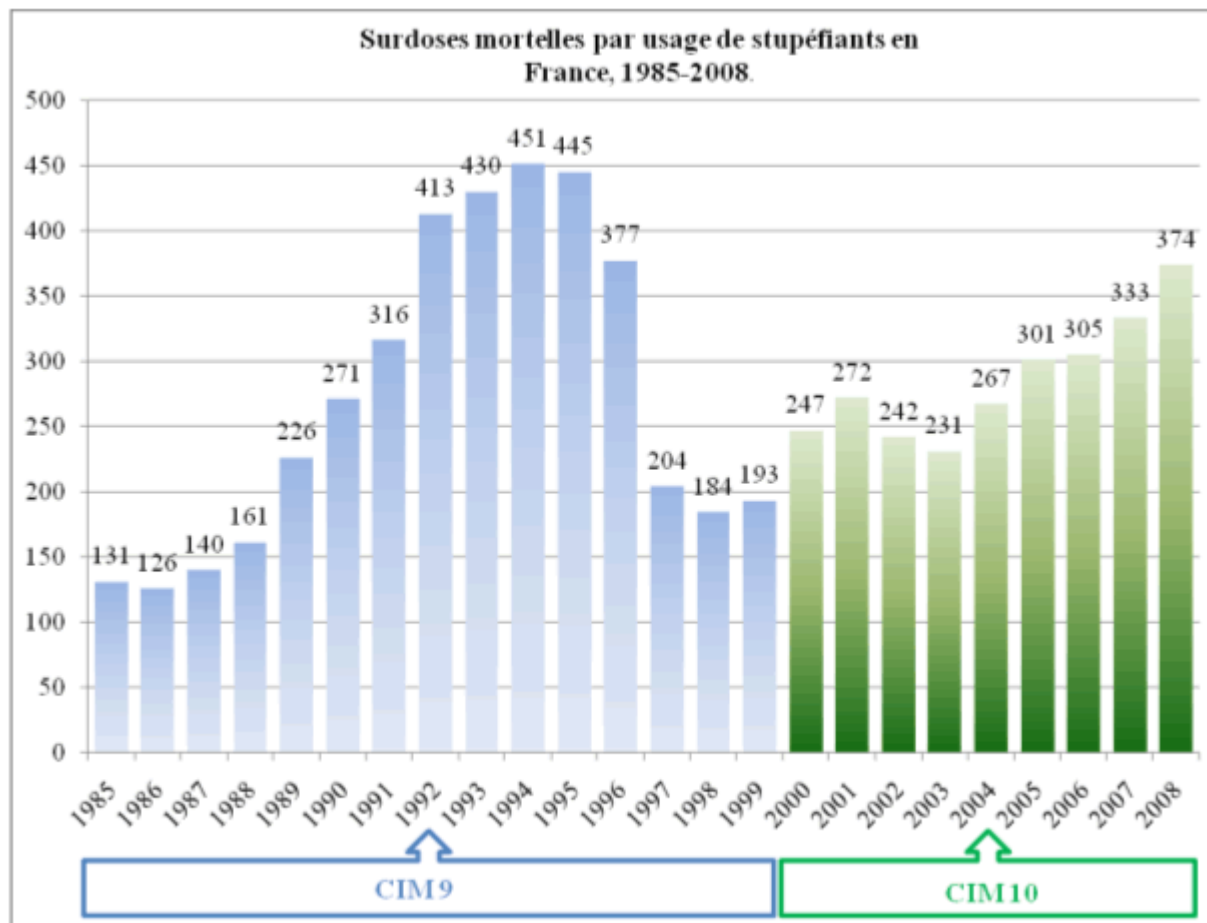
⁷⁰ Lopez D, Martineau H, Palle C. Mortalité liée aux drogues illicites. Etude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants. OFDT, 2004, 158 p.
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxdlk7.pdf>

⁷¹ Les surdoses mortelles par usage de substances psycho-actives en France. Tendances, n°70, mai 2010.
<http://www.ofdt.fr> (Voir bibliographie)

⁷² Les services répressifs (OCRTIS – Office central de répression du trafic illicite de stupéfiants) tenaient également jusqu'en 2008 un décompte des décès par surdose, mais avec une autre méthodologie et une moindre exhaustivité. De même, l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), qui recense les accidents médicamenteux, relève les décès par abus de médicaments et substances, mais sa base de données n'est pas exhaustive.

Toutefois, depuis 1999, le nombre de décès par surdose a augmenté chez les 15-64 ans⁷³. Pour l'OFDT, l'augmentation observée jusqu'en 2001 s'explique par le changement de la définition des cas de surdose dans la classification internationale des maladies, qui a amené à prendre en compte des décès accidentels non liés à un usage toxicomane, auparavant non classés en surdose. En revanche, **l'augmentation constatée de 2003 à 2008** (de 231 à 374 décès) n'est pas un artefact. Elle **s'explique par l'augmentation des surdoses d'héroïne et de méthadone**.

Graphique 5 : Evolution du nombre de décès par surdose en France depuis 1995⁷⁴



Source : Cépidc/Inserm

Le risque plus élevé de surdose s'explique, selon l'étude Trend 2009, par les personnes d'une part (de nouveaux usagers sans connaissance des risques et sans expérience du produit, qui consomment du fait de sa plus grande disponibilité à moindre coût) et par le produit lui-même d'autre part (variabilité du taux d'héroïne pure dans la poudre vendue, produits de coupe pouvant favoriser la dépression respiratoire ou favorisant la gélification de l'héroïne).

L'AFSSAPS⁷⁵, qui a analysé ses données 2008 (n=217 décès), constate que les **opiacés** (seuls ou associés) sont impliqués dans 84% des décès, sous forme d'héroïne (36% des cas), de méthadone (29%), de buprénorphine (10%) ou de médicaments opiacés (9%). La **cocaïne** (seule ou associée) arrive loin derrière avec 14% des décès.

⁷³ Les personnes âgées n'ont pas été incluses pour éviter de compter comme surdose un décès lié aux opiacés utilisés dans les traitements antidouleur, dont la prescription s'est développée.

⁷⁴ Source : OFDT, séries statistiques, http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00003.xhtml

⁷⁵ AFSSAPS : Cf. note n°67 page précédente.

En ce qui concerne le profil des personnes décédées, l'analyse des données du CépiDc 2000-2007 montre une prédominance masculine (4 fois plus que de femmes), un âge moyen de 33,4 ans pour les hommes contre 36,8 pour les femmes. Deux tiers des hommes souffraient de conduites addictives par polyconsommation, contre la moitié des femmes (soit pour l'ensemble 53% en 2007), les autres décès étant dus aux addictions aux seuls opiacés (11%), à des surdoses accidentelles (29%) ou intentionnelles (6% de suicides en 2007 – n=287).

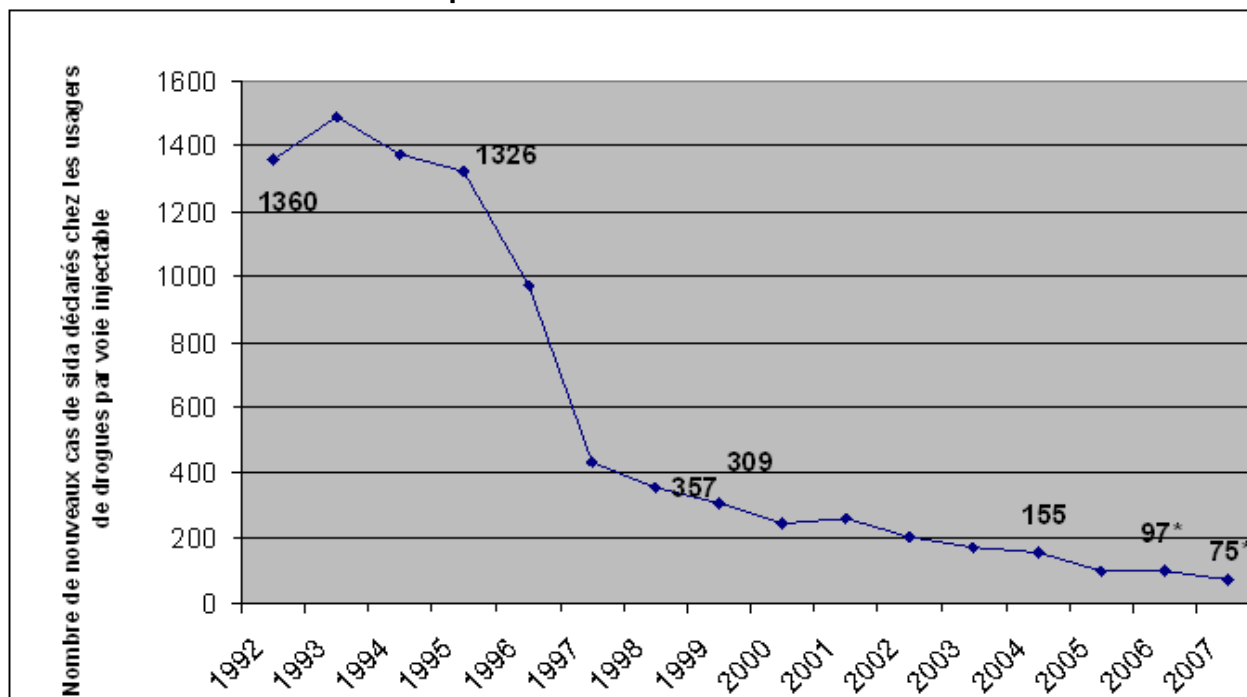
Les données sociales montrent que les personnes décédées étaient pour moitié inactives à ce moment (52%) et principalement d'origine socio-économique modeste : 53% étaient ouvriers, 36% étaient employés ou de professions intermédiaires.

4.3.2. Les infections au VIH et le sida

Rappelons que la transmission du VIH est sexuelle, sanguine, de la mère à l'enfant et que le sida (syndrome immunodéficientaire acquis) est la forme avancée de l'infection par le VIH.

→ Le nombre de **cas de sida lié à l'usage de drogues injectable**⁷⁶ était très élevé 10 ans après le début de l'épidémie : environ 1400 cas par an de 1992 à 1994, soit environ 30% des cas de sida déclarés. Le nombre de cas a chuté de 1995 à 1997 grâce à l'introduction des trithérapies, qui ont retardé l'entrée dans la phase sida de l'infection à VIH, mais également à un changement des pratiques d'injection, puisqu'en 1997 les 400 cas liés aux UDVI ne représentaient plus que 20% des cas de sida. La baisse s'est poursuivie de 1997 à 2007, parallèlement à la mise en place de politique de réduction des risques, avec 75 cas liés aux UDVI en 2007 (et une cinquantaine en 2008), soit moins de 10% des cas de sida déclarés (et 2% pour ce qui concerne les cas chez les UDVI eux-mêmes) (Graphique 6).

Graphique 6 : Evolution du nombre de cas de sida déclarés liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse en France depuis 1992⁷⁷ - Source : InVS



*Données au 30/06/08 provisoires non redressées pour les délais de déclaration.

⁷⁶ Rentrent dans cette catégorie les UDVI eux-mêmes (hétéro- ou homosexuels), mais également les personnes hétérosexuelles contaminées par un partenaire UDVI et les enfants de mère UDVI ou de mère contaminée par un partenaire UDVI.

⁷⁷ Source : OFDT, séries statistiques, http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00001.xhtml

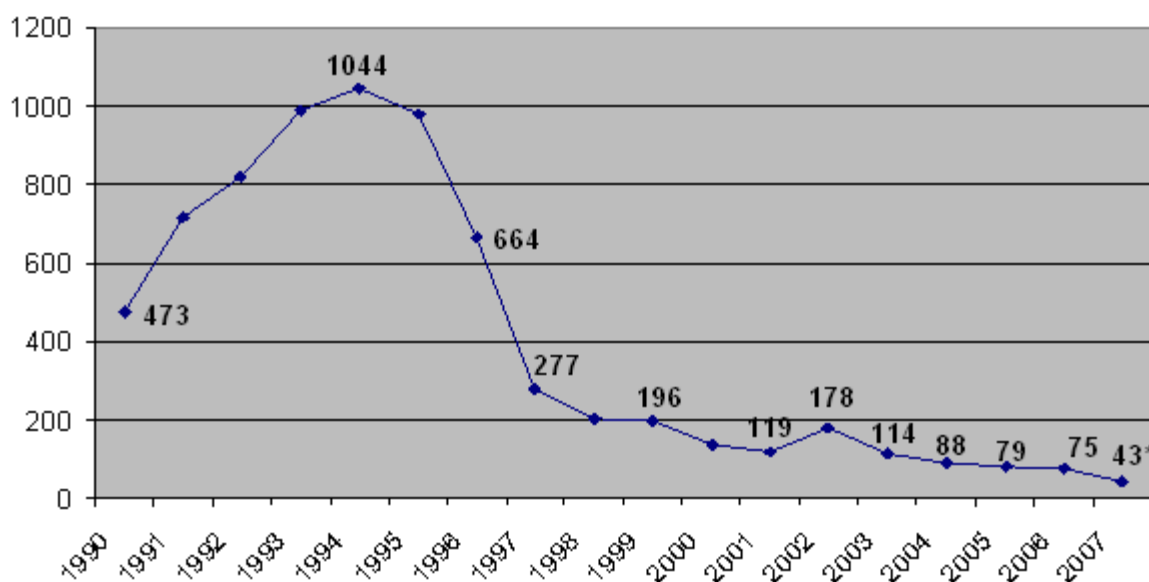
Il s'agit de cas déclarés, il y a donc une légère sous-estimation du nombre de cas réellement présents.

Plusieurs explications se conjuguent pour expliquer cette baisse : changement des pratiques d'injections, moindre recours à l'injection, stratégies de réduction des risques en lien avec les dispositifs mis en place (vente libre des seringues, disponibilité des kits d'injection Stéribox®, traitements de substitution...), et développement des pratiques de dépistage.

Il faut souligner une évolution du profil des UDVI concernés par le sida : ce sont plus souvent des femmes (un tiers, contre un quart dans les années 1990), qui semblent donc plus vulnérables au VIH (prise de risque durant l'injection par partage de matériel, prise de risque sexuel du fait de la prostitution...).

→ L'évolution des **décès par sida chez les UDVI** suit la même courbe (Graphique 7). Ainsi, après le nombre maximal de 1044 décès en 1994, le nombre de décès a baissé à 277 en 1997 à environ 50 en 2007, ce qui représente encore 20% de l'ensemble des décès dus au sida.

Graphique 7 : Evolution du nombre de décès par sida chez les UDVI en France depuis 1990⁷⁸



* Données au 30 septembre 2008 (nombre provisoire susceptible d'augmenter avec de nouvelles déclarations)

Source : Système de surveillance du Sida, Institut National de Veille sanitaire (InVS)

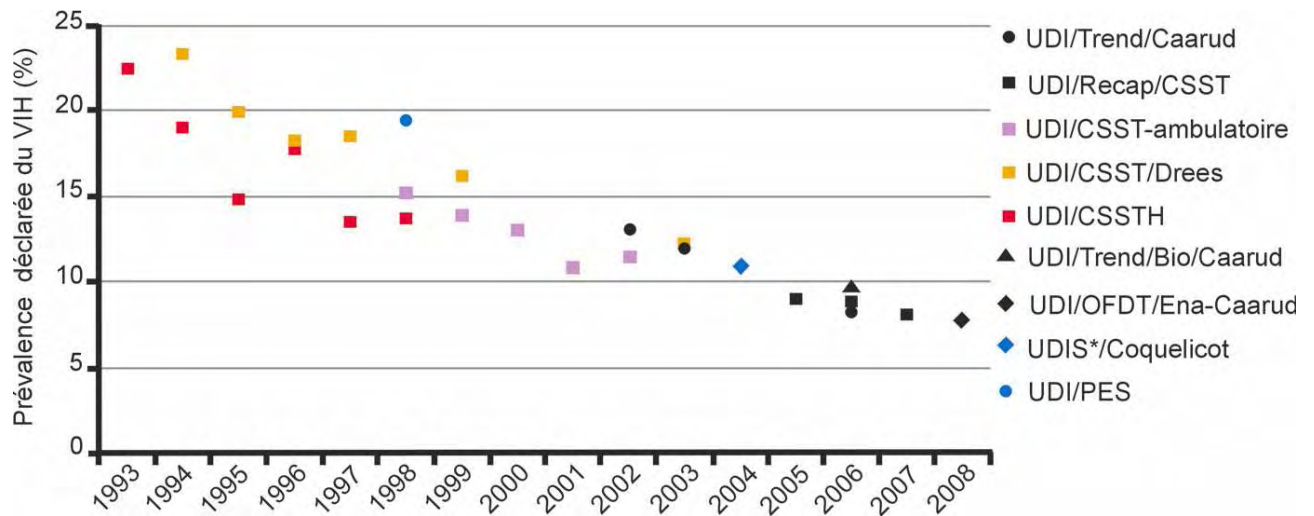
→ L'OFDT, en compilant différentes enquêtes⁷⁹, estime que la **prévalence de l'infection au VIH** chez les UDVI se situait aux environs de 20% en 1994, et qu'elle a diminué régulièrement depuis, atteignant 7% en 2008 dans la dernière étude auprès des usagers des CAARUD (Graphique 8).

Même si les nouvelles contaminations sont en baisse, le taux annuel de **nouvelles infections par le VIH** chez les UDVI reste 18 fois plus élevée que dans la population hétérosexuelle du même âge (18-69 ans), soit de 91 pour 100 000 UDVI. **L'injection reste donc un facteur de risque important de contamination.**

⁷⁸ Source : OFDT, séries statistiques, http://www.ofdt.fr/BDD_len/seristat/00002.xhtml

⁷⁹ Bello PY, Cadet-Tairou A, Halfen S. L'état de santé des usagers problématiques. In : Costes JM (Ed.). *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999*, OFDT, 2010, p.38-50
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxjq2.pdf>

Graphique 8 : Evolution de la prévalence (déclarée ou par sérologie) de l'infection à VIH chez les UDVI en France depuis 1993⁸⁰ - Sources : OFDT, InVS



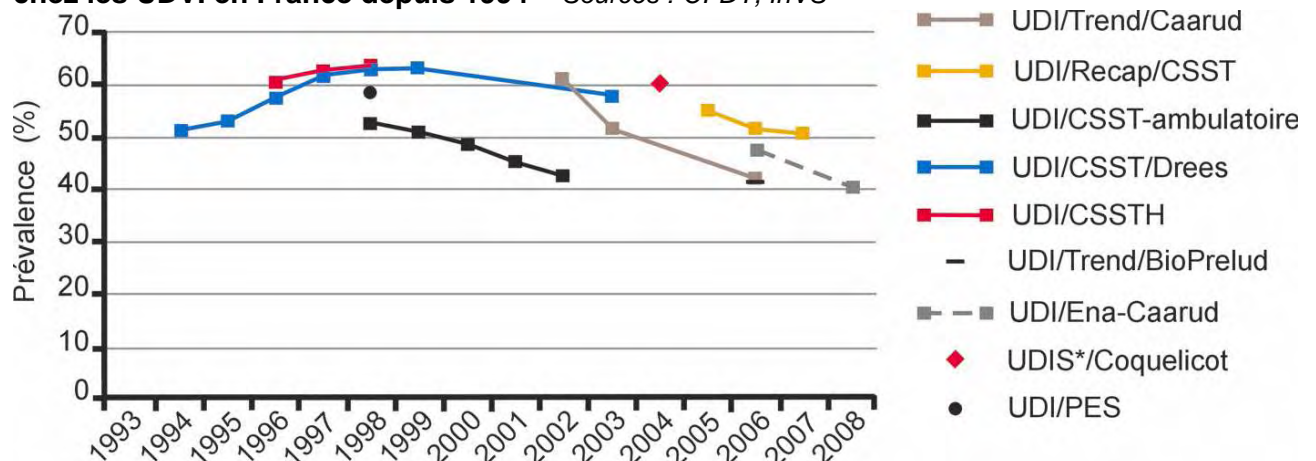
4.3.3. Les hépatites virales C et B⁸¹

Contrairement aux infections au VIH qui ont beaucoup diminué, **les hépatites virales B et surtout C restent un problème important pour les UDVI.**

→ **Le virus de l'hépatite C (VHC)**, identifié seulement en 1989, est fortement transmissible par voie sanguine (incluant des petites lésions) mais pas par voie sexuelle. L'infection au VHC devient souvent chronique, avec un risque d'évolution vers la cirrhose ou le cancer du foie.

L'injection de drogue et le sniff sont associés à un sur-risque majeur d'infection par le VHC (respectivement 94 fois et 7 fois) selon une étude de l'InVS de 2004.

Graphique 9 : Evolution de la prévalence (déclarée ou par sérologie) de l'infection à VHC chez les UDVI en France depuis 1994 – Sources : OFDT, InVS



⁸⁰ Ouvrage collectif. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogue. Inserm, 2010. 573 p. http://www.inserm.fr/content/download/24837/157124/file/reduction_risques_ver_final.pdf

⁸¹ Idem

La prévalence de l'infection au VHC chez les UDVI est donc importante en France (Graphique 9). L'OFDT, en compilant diverses enquêtes, estime que la prévalence a atteint un maximum à la fin des années 1990, avec environ 60% des UDVI infectés, puis elle a diminué dans les années 2000, avec un taux de **prévalence de 40% à 50% en 2007-2008**.

Ce fléchissement de la prévalence peut s'expliquer par une évolution des pratiques d'injection, par l'amélioration de l'accès des patients au traitement antiviral et par le développement du dépistage.

Néanmoins, il faut souligner que, chez les UDVI comme en population générale, **de nombreuses personnes ignorent leur statut sérologique pour le VHC** car elles n'ont pas fait de test de dépistage. La prévalence mesurée par déclaration est ainsi sous-évaluée. Ainsi, en population générale (métropole, 18-80 ans), la prévalence des anticorps anti-VHC (marqueur d'une infection aiguë passée) était de 0,84% en 2004, soit 367 000 personnes, dont seules 57% connaissent leur statut sérologique. Parmi celles-ci, 232 000 auraient une infection chronique au VHC (présence de l'ARN viral).

L'incidence des infections au VHC (les nouvelles infections) chez les UDVI (personnes s'étant injecté au moins une fois dans les 6 derniers mois) a été estimée en 1999-2000 à 11 pour 100 personnes-années, ce qui correspond à une fourchette de 2700 à 4400 nouveaux cas annuels d'infection au VHC en France chez les UDVI séronégatifs.

Le nombre annuel de décès imputables au VHC a été estimé à 2650 en 2001, et le nombre de décès associés à une infection chronique (présence d'une infection chronique au moment du décès) à 3600 (Tableau 10).

→ **Le virus de l'hépatite B (VHB)**, est plus anciennement connu et peut être évité par la vaccination. Il est transmissible par voie sexuelle, sanguine, de la mère à l'enfant et éventuellement domiciliaire (vie en proximité d'une personne infectée). L'infection au VHB peut également devenir chronique, avec un risque d'évolution vers la cirrhose ou le cancer du foie. Il y a également des formes aiguës « fulminantes », qui peuvent être mortelles, mais aussi des porteurs sains, qui contribuent à la diffusion du virus sans pour autant être malades.

L'injection de drogue est associée à un **risque 20 fois plus élevé d'infection par le VHB** selon une étude de l'InVS de 2004.

La prévalence de l'infection au VHB chez les UDVI est supérieure à celle de la population générale, mais elle **reste mal connue**. Lors d'une enquête déclarative en 2006, 8% des usagers de drogues fréquentant des structures de première ligne se déclaraient infectés par le VHB, 40% vaccinés, mais 36% ignoraient leur statut sérologique. Par comparaison, la prévalence en population générale métropolitaine (18-80 ans) de l'antigène HBs (qui indique une infection chronique au VHB) était de 0,65% en 2004, soit 281 000 personnes, dont seules 45% connaissaient leur statut.

Faute de données françaises, on peut signaler, à titre indicatif, les données européennes (3 pays) qui indiquent une prévalence d'anticorps anti-HBc (marqueur d'une infection aiguë passée) de 40% chez les UDVI, alors qu'elle est de 7,3% chez les Français métropolitains de 18-80 ans.

L'incidence annuelle d'infections au VHB a été estimée à 2600 cas sur la période 2004-2007, soit 4,1 cas pour 100 000 habitants. Dans 2% des cas, l'usage de drogue a été retrouvé dans les 6 mois précédant le diagnostic.

Le nombre annuel de décès imputables au VHB a été estimé à 1300 en 2001, soit 2,2 décès pour 100 000 personnes, et le nombre de décès associés à une infection chronique (présence d'une infection chronique au moment du décès) à 1500 (Tableau 10).

Tableau 10 : Récapitulatif des données épidémiologiques sur les infections au VHB et VHC en France en population générale⁸² - Source : InVS

Virus	Prévalence de l'infection chronique (nb personnes)	Incidence (nb annuel nouvelles infections)	Mortalité imputable (nb annuel de décès)	Mortalité associée* (nb annuel de décès)
Hépatite C	232 196	2700 – 4400	3618	2646
Hépatite B	280 821	2578	1507	1327

* décès de personnes atteintes d'hépatite mais pour qui l'hépatite n'est pas la cause du décès

4.4. Données du département de l'Ain sur les surdoses et les infections au VIH, VHC et VHB

4.4.1. Les décès par surdoses

Les décès par surdoses étant en petit nombre, les données départementales sont trop faibles pour permettre de calculer des taux valides. Ainsi, il y a eu 3 décès par surdose dans l'Ain en trois ans (2005-2007), soit 1 par an en moyenne⁸³.

Au niveau régional, il y a eu 62 décès par surdose en Rhône-Alpes en trois ans (2005-2007), soit 21 par an en moyenne, soit un taux moyen de 1,3 décès par surdose pour 100 000 habitants de 20-39 ans, ce qui est inférieur à la moyenne nationale (1,6 pour la même période).

4.4.2. Les infections au VIH et le sida

Les infections au VIH et le sida font l'objet d'une déclaration obligatoire. Selon les dernières données de la cellule de l'InVS en région⁸⁴, il y a eu en 2009 :

- 270 **nouveaux cas d'infection au VIH** déclarées chez des Rhônalpins de 15 ans et plus, ce qui correspond après correction des délais de déclaration et de la sous-déclaration une **estimation de 367 cas rhônalpins** en 2009, soit 5,9 cas pour 100 000 habitants, contre 10,7 pour la France métropolitaine. La tendance est, en Rhône-Alpes comme en France, à la stabilisation, après plusieurs années de baisse.
- 76 **nouveaux cas de sida** déclarées chez des Rhônalpins de 15 ans et plus, ce qui correspond après correction des délais de déclaration et de la sous-déclaration une **estimation de 96 cas rhônalpins** en 2009, soit 1,6 cas pour 100 000 habitants, contre 2,2 pour la France métropolitaine. L'incidence reste stable en Rhône-Alpes depuis 2006, alors qu'elle diminue en France (mais reste à un niveau supérieur à celui de Rhône-Alpes).

⁸² InVS, l'épidémiologie des hépatites B et C en France, BEH 2009, 20-21, p.195, http://www.invs.sante.fr/beh/2009/20_21/beh_20_21_2009.pdf

⁸³ Source : Inserm-CépiDc, en ligne sur la base Iliad/OFDT

⁸⁴ Gasc C, Denetière G, Encrenaz N, Catelinois O. Les Maladies à Déclaration Obligatoire en région Rhône-Alpes et ses départements en 2009. Bulletin de veille sanitaire de la Cire Rhône-Alpes, numéro spécial MDO 2009, juin 2011, 10 p. http://www.invs.sante.fr/fr/content/download/8822/65213/version/1/file/bvs_ra_mdo_06_2011.pdf

La base de données en ligne de l'InVS⁸⁵ permet d'obtenir les **données du département de l'Ain** sur plusieurs années (Tableau 11).

Tableau 11 : Evolution du nombre de cas d'infection à VIH et de sida déclarés dans l'Ain et en Rhône-Alpes depuis 2004 (tout âge) – Source : InVS au 30 juin 2010

Année	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009*
Infections VIH Ain	13	7	14	21	15	13	12
<i>Inf. VIH Rhône-Alpes</i>	<i>175</i>	<i>247</i>	<i>349</i>	<i>337</i>	<i>308</i>	<i>258</i>	<i>270</i>
Sida Ain	-	13	11	11	13	7	5
<i>Sida Rhône-Alpes</i>	<i>-</i>	<i>91</i>	<i>119</i>	<i>70</i>	<i>89</i>	<i>80</i>	<i>76</i>

* données provisoires non redressées pour le délai de déclaration

Les cas imputables à l'injection de drogue sont identifiés par l'InVS :

- **8 cas d'infection au VIH sont imputables à l'injection de drogue dans l'Ain de 2003 à 2009**, soit 8% des 95 cas déclarés dans le département (en Rhône-Alpes, 37 cas imputables, dont 4 personnes également homo-ou bisexuelles, soit 7% de tous les cas déclarés). Tous ont entre 20 et 49 ans (97% en Rhône-Alpes) et 5/8 sont des hommes (76% en Rhône-Alpes).
- Pour **le sida**, les cas imputables de l'Ain regroupent également tous les cas anciens (de 2003 et d'avant) si bien que le taux est de 18% (35 cas dont 3 personnes également homo-ou bisexuelles), ce qui agrège des moments différents de l'histoire de l'épidémie. On ne dispose donc que des données de **Rhône-Alpes : 50 cas imputables à l'injection de drogue de 2004 à 2009**, dont 4 personnes également homo-ou bisexuelles, soit 10% de tous les cas déclarés de 2004 à 2009. Les deux tiers (68%) sont des hommes.

4.4.3. Les hépatites virales C

Les données régionales et départementales sur les hépatites virales C sont issues de l'activité des deux **pôles de référence** de la région Rhône-Alpes (Lyon et Grenoble). L'Agence Régionale de Santé a publié en mars 2011⁸⁶ une analyse des données 2009 (dernière année disponible).

→ **382 nouveaux patients infectés par le VHC** ont été recensés en Rhône-Alpes en 2009 par les pôles de référence de Lyon et Grenoble (dont 60% d'hommes). Près des deux tiers (64%) ont été diagnostiqués de façon fortuite. **Les données départementales ne sont pas présentées.**

Parmi les facteurs de risque possibles :

- **L'injection de drogues est suspectée pour 104 personnes (27%)** et constitue le facteur de risque le plus fréquent.
- **L'utilisation de drogues par voie nasale est suspectée pour 59 personnes (15%)**, et vient en 3^{ème} position après le risque nosocomial (70 personnes, 18%).

⁸⁵ Base de données VIH-sida de l'InVS : http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/vih-sida/BDD_vih/index.htm

⁸⁶ Guilloreau P, Julien C, Simatis JF. Les hépatites virales. Recensement de l'activité en Rhône-Alpes. ARS, mars 2011, 41 p. Document téléchargeable : http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/private/RHONE-ALPES/Direc_sante_publicque/Protection_Promotion_Sante/Prevention_Promotion_Sante/Acrobat/20110407_DDPPS_rapport_hepatites_2009.pdf

- Toutefois, pour les femmes (40% des cas), le risque nosocomial et la transfusion sont plus fréquents que l'usage de drogues par voie intraveineuse ou nasale.

Le nombre de nouvelles personnes prises en charge a régulièrement diminué ces dernières années en Rhône-Alpes, passant de 487 en 2003 à 382 en 2009.

L'injection de drogues était un facteur de risque en hausse de 2003 à 2006, mais le pourcentage baisse depuis 2007.

→ Les données **d'hospitalisation liées au VHC**, issues du système d'information des hôpitaux⁸⁷ (PMSI) montrent qu'en 2009 :

- 216 personnes atteintes d'hépatite virale C aigüe ont été hospitalisées en Rhône-Alpes, dont 5 du département de l'Ain,
- 2809 personnes atteintes d'hépatite virale C chronique ont été hospitalisées en Rhône-Alpes, dont 68 du département de l'Ain.

Ces nombres ne sont cependant pas une mesure fiable du nombre de personnes atteintes d'hépatite C, car tous les patients ne sont pas hospitalisés.

Les données des 4 années 2005-2009 ne montrent pas de tendance évolutive nette.

→ D'autre part, l'analyse des données de **dépistage du VHC** montrent que dans les CDAG (centres de dépistage anonymes et gratuits), 123 personnes ont eu une sérologie VHC positive en Rhône-Alpes (soit une prévalence de 0,87% sur les 14 122 dépistages pratiqués), dont 9 dans l'Ain (soit 1,02% sur les 880 dépistages pratiqués).

En prison (UCSA⁸⁸), 33 personnes ont eu une sérologie VHC positive en Rhône-Alpes (soit une prévalence de 3,27% sur les 1009 dépistages pratiqués), dont 1 dans l'Ain (soit 2,6% sur les 39 dépistages pratiqués).

4.4.4. Les hépatites virales B

Les données sur les hépatites virales B, comme pour les hépatites C, sont issues de l'activité des deux pôles de référence de la région Rhône-Alpes (Lyon et Grenoble).

→ Les données de surveillance des **nouveaux patients infectés par le VHB** pris en charge par les pôles de référence en 2009 n'ont pas été exploitées. Il n'y a donc pas de données sur les facteurs de risques suspectés.

→ L'hépatite virale B est à **déclaration obligatoire** depuis 2002, et 16 cas ont été déclarés en 2009 en Rhône-Alpes, dont 3 dans le département de l'Ain. Le manque d'exhaustivité de cette déclaration est cependant flagrant quand on compare ce chiffre aux données d'hospitalisation présentées ci-dessous.

→ Les données **d'hospitalisation liées au VHB**, issues du système d'information des hôpitaux⁸⁹ (PMSI) montrent qu'en 2009 :

- 181 personnes atteintes d'hépatite virale B aigüe ont été hospitalisées en Rhône-Alpes, dont 7 du département de l'Ain,
- 1304 personnes atteintes d'hépatite virale B chronique ont été hospitalisées en Rhône-Alpes, dont 26 du département de l'Ain.

⁸⁷ Requête pour diagnostic principal, relié ou associé, dans tous les établissements publics et privés.

⁸⁸ Unité de consultation et de soins ambulatoires (en milieu pénitentiaire).

⁸⁹ Requête pour diagnostic principal, relié ou associé, dans tous les établissements publics et privés.

Ces nombres ne sont cependant pas une mesure fiable du nombre de personnes atteintes d'hépatite B, car tous les patients ne sont pas hospitalisés.

Les données des 4 dernières années montrent une tendance à l'augmentation des hospitalisations pour hépatite B chronique, de 900 en 2005 à 1304 en 2009.

→ D'autre part, l'analyse des données de **dépistage du VHB** montrent que dans les CDAG (centres de dépistage anonymes et gratuits), 205 personnes ont eu une sérologie VHB positive en Rhône-Alpes (soit une prévalence de 0,70% sur les 29 121 dépistages pratiqués), dont 9 dans l'Ain (soit 1,02% sur les 880 dépistages pratiqués).

En prison (UCSA), 44 personnes ont eu une sérologie VHB positive en Rhône-Alpes (soit une prévalence de 4,14% sur les 1061 dépistages pratiqués), dont 0 dans l'Ain (soit 0% sur les 39 dépistages pratiqués).

4.5. Accueil, soin et réduction des risques : les ressources du bassin burgien pour les UDVI

Afin d'examiner les besoins en présence sur le bassin burgien, il était nécessaire de commencer par en recenser les ressources.

Pour ce faire, nous avons interrogé différents acteurs travaillant avec des usagers de drogues par voie injectable, de manière régulière ou ponctuelle, potentiellement concernés par la mise en place d'un Programme d'Echange de Seringues sur le bassin burgien, ainsi qu'un usager de drogue par voie intraveineuse, qui a accepté de répondre à nos questions :

- CSAPA AAJ : M. Colombani, directeur
- ANPA 01 : M. Lumaret, médecin généraliste, intervenant à l'ANPA 01
- PAEJ Chocolat Chaud : M. Février, éducateur de prévention de l'ADSEA
- AIDES, Territoires d'Actions Vallées du Rhône – Lieu de Mobilisation de Bourg-en-Bresse : M. Godeau, Président et militant
- Réseau Addiction 01 :
 - o M. Pénétrat, médecin généraliste, responsable du réseau
 - o Mme Giroud, coordinatrice du réseau
- ADSEA / CHRS La Parenthèse : Mme Lacouture, directrice-adjointe, pôle logement-insertion
- CHRS Tremplin : M. Grivel, directeur adjoint association Tremplin
- Ville de Bourg-en-Bresse : Mme Aulaz, responsable du service hygiène et santé publique de la ville
- Agglomération de Bourg-en-Bresse : Mme Croppi, responsable du service environnement et développement durable.
- Ordre des pharmaciens : M. Flaujeac, pharmacien à Pont d'Ain
- Pharmacie d'officine : Mme Baré, pharmacienne à Bourg-en-Bresse
- Un habitant du bassin burgien UDVI, « F », rencontré grâce à AIDES Ain-Rhône

4.5.1. Les acteurs qui reçoivent des UDVI à Bourg-en-Bresse

➤ Pas de CAARUD à Bourg-en-Bresse ni dans l'AIN

La première donnée importante en ce qui concerne les ressources pour les UDVI sur le bassin burgien est qu'il n'y a aucun CAARUD dans l'agglomération, ni même dans le département de l'Ain.

On repère cependant dans les départements limitrophes de l'Ain des CAARUD qui ont des antennes ou des permanences sur des sites à proximité de l'Ain (Passerelle 39, Le Pélican, Aides

Ain-Rhône, Ruptures, Pause Diabolo, notamment). L'Ain est ainsi l'un des seuls départements de Rhône-Alpes (avec l'Ardèche) qui ne possède pas de CAARUD. Par ailleurs, rappelons que seuls le Pays de Gex, au sein du département, est doté d'un PES porté par Accueil Aide aux Jeunes et par les pharmacies du territoire.

Compte-tenu de la population du département de l'Ain et des constats de l'existence d'un public d'UDVI notamment vus par les CSAPA locaux, on peut donc penser que ce département est relativement sous-doté en matière de ressources de Réduction des Risques.

➤ **Le CSAPA Accueil Aide aux Jeunes**

Le CSAPA⁹⁰ Accueil Aide aux Jeunes, émanation du Centre Psychothérapique de l'Ain, qui porte le Programme d'Echange de Seringues du Pays de Gex impliquant des pharmacies⁹¹ a son siège à Bourg-en-Bresse, et possède plusieurs antennes situées à Gex, Ambérieu-en-Bugey, Oyonnax et Montrevel-en-Bresse. Par ailleurs, AAJ a noué des partenariats avec des collèges et des lycées situés dans ses zones d'implantation qui permettent de réaliser des actions de prévention au sein de ces établissements scolaires.

L'équipe du CSAPA à Bourg-en-Bresse comporte le directeur-coordonateur du CSAPA, une secrétaire, une assistante sociale, trois infirmières, trois psychologues, un médecin psychiatre (du CPA de l'Ain), un médecin généraliste. Chacun des membres de l'équipe travaille à temps partiel.

La file active du CSAPA à Bourg-en-Bresse en 2010 comprenait 83 patients, dont 30 étaient en traitement de substitution par méthadone. On notera que la file active des patients du CSAPA sous substitution augmente d'environ 10 % par an, ce qui crée un phénomène de « surcharge ». De ce fait, les patients les plus stabilisés sont réorientés vers des médecins généralistes locaux qui prennent le relais en ce qui concerne le traitement de substitution. Ce « relais » est organisé de manière officielle (un document écrit l'accompagne) et il se fait souvent grâce aux partenariats noués dans le cadre du réseau Addiction 01. On repère ainsi une dizaine de médecins généralistes sur l'agglomération de Bourg-en-Bresse qui acceptent de suivre des patients en traitement de substitution.

Le public accueilli par le CSAPA à Bourg-en-Bresse est majoritairement désinséré ou à la limite de la désinsertion. Le public rajeunit depuis environ 5 ans : des jeunes de 18-19 ans arrivent avec des demandes de substitution... Ces jeunes consomment de plus en plus de toxiques, de plus en plus variés, avec notamment la kétamine qui rencontre un grand succès.

Globalement, les patients du CSAPA ont des parcours de vie difficiles (comme c'est bien souvent le cas parmi les publics d'UDVI) : ils ont souvent vécu d'importants traumatismes psychiques dans leur enfance ou leur adolescence et leur consommation de substances psychoactives sert souvent à éviter de penser à ce passé, dans une tentative « d'auto-traitement »... L'entrée dans le soin se fait souvent par rapport à un besoin de se réinsérer : trouver un travail et aussi (ou surtout) arrêter de dépenser des sommes importantes pour obtenir des produits psychoactifs. La plupart veulent réguler leur consommation plutôt que l'arrêter complètement : ils souhaitent pouvoir « vivre avec »... Enfin, l'entrée au CSAPA amène souvent une démarche globale de soin de soi chez les patients.

On note que ce sont souvent les UDVI les plus âgés (40-50 ans) qui sont les « plus » insérés. Néanmoins ils sont dépendants de leur traitement et du CSAPA, à vie pour la plupart. Quelques uns ont parallèlement une prise en charge psychiatrique.

L'équipe du CSAPA a fait le choix de ne pas distribuer de matériel de réduction des risques, ce qui serait légalement possible étant donné la définition des missions des CSAPA, qui inclut cette dimension. Pour l'équipe d'AAJ, si la réduction des risques est une démarche tout à fait utile et nécessaire, il n'est pas souhaitable qu'elle soit portée par une structure qui a d'abord pour objectif le soin (et à terme le sevrage). D'après cette équipe, cela risquerait d'engendrer une confusion dans l'esprit des UDVI qui viennent pour un traitement de substitution et une psychothérapie et qui

⁹⁰ CSAPA : centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie

⁹¹ Voir le chapitre 2 du présent rapport qui est consacré à l'évaluation de ce PES

pourraient être perturbés par une offre de matériel gratuit d'injection, dans les mêmes locaux et par les mêmes professionnels soignants. On notera que tous les CSAPA de Rhône-Alpes n'ont pas fait ce choix, mais que la position d'AAJ est connue et respectée par les partenaires locaux.

Reste que, compte-tenu de la réalité du public d'UDVI à Bourg-en-Bresse et de leurs besoins, l'accès à du matériel d'injection stérile apparaît comme indispensable aux professionnels du CSAPA, que cette délivrance de seringues soit faite en pharmacie (comme c'est le cas dans le Pays de Gex) ou en CAARUD ou dans les deux.

➤ **Le CSAPA de l'ANPAA 01**

Outre le CSAPA d'Accueil Aide aux Jeunes, le département de l'Ain compte un autre CSAPA qui est celui de l'ANPAA 01 (Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et Addictologie de l'Ain). L'ANPAA, une des plus anciennes associations de prévention de France, était historiquement centrée sur les consommations problématiques d'alcool, néanmoins depuis 2006 une nouvelle orientation a été prise qui a élargi le travail de l'association à toutes les addictions. Enfin, l'ANPAA est devenu un CSAPA en 2009.

L'ANPAA est une association nationale qui se décline dans des comités régionaux et départementaux. En ce qui concerne l'Ain, le siège de l'ANPAA 01 se situe à Bourg-en-Bresse, et des consultations cannabis de l'ANPAA sont présentes en différentes villes du département : Ambérieu en Bugey, Bellegarde sur Valserine, Belley, Chatillon sur Chalaronne, Jassans Riottier, Meximieux, Montluel, Oyonnax, Saint-Genis Pouilly, Saint Maurice de Beynost, Thoissey, Trévoux, Villars les Dombes.

L'équipe de l'ANPAA 01 se compose d'une directrice, deux secrétaires, deux animateurs de prévention, deux médecins généralistes addictologues, six psychologues, deux sophrologues, un travailleur social.

L'ANPAA 01, qui est par ailleurs également membre du Réseau Addiction 01, peut prendre en charge toutes les addictions, sous l'angle de la prévention comme du soin (psychothérapie, substitution) ou de la formation. Néanmoins, à l'échelle de l'agglomération burgienne une convention a été passée entre l'ANPAA 01 et le CSAPA AAJ, afin qu'il n'y ait pas de « doublons » dans l'offre de prise en charge. Les deux CSAPA ne voient ainsi pas les mêmes publics : AAJ suit des personnes qui consomment des substances illicites et notamment des personnes en substitution. L'ANPAA 01 peut suivre des toxicomanes sous substitution lorsqu'ils sont stabilisés (lorsqu'ils ne s'injectent plus, en principe). Ainsi, les UDVI qui souhaitent démarrer un traitement (notamment s'ils sont demandeurs de substitution) sont orientés vers le CSAPA AAJ. Ainsi, *a priori*, l'ANPAA 01, pour ce qui concerne le bassin burgien, ne suit pas de consommateurs de drogues injectables « actifs » : il n'y a donc pas de projet de distribution de matériel de réduction des risques pour les UDVI. En revanche, l'ANPAA 01 converge sur le fait que l'accès gratuit à ce type de matériel est souhaitable pour les UDVI. On notera que la question de l'exigence du retour du matériel usagé, dans le cadre d'un PES, apparaît comme importante pour l'ANPAA 01. Cette exigence de retour fixerait un « cadre » ayant une réelle valeur thérapeutique dans une démarche de réinsertion sociale de l'UDVI, lui-même souvent enfermé dans la recherche, illégale, clandestine et à la longue désocialisante, de produits psychoactifs. Le retour des seringues usagées peut ainsi permettre de rétablir des règles, des contraintes qui contribuent à réinsérer l'UDVI dans une norme sociale partagée par les non-UDVI.

➤ **Le PAEJ Chocolat Chaud**

Le Point Accueil Ecoute Jeune « Chocolat Chaud » est situé dans le centre-ville de Bourg-en-Bresse. Il a été créé à l'initiative du CSAPA Accueil Aide aux Jeunes et de l'Association Départementale de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (ADSEA), les deux associations étant liées par une convention pour gérer et animer ce PAEJ. Ainsi, l'ADSEA prend en charge les aspects logistiques (budget, salaires) et une partie de l'accueil par la présence d'éducateurs de prévention. AAJ détache une assistante sociale deux demi-journées par semaine au PAEJ ainsi

qu'un médecin qui intervient une fois par mois. Au total, le PAEJ est ouvert cinq demi-journées par semaine et il y a toujours deux professionnels pour accueillir les jeunes.

Les fonds sont actuellement alloués par l'Agence Régionale de Santé, mais il y a quelques inquiétudes sur le montant des financements pour les années à venir.

Par rapport au travail que font les éducateurs de rue qui rencontrent souvent les jeunes dans les espaces publics, là où ils se trouvent, Chocolat Chaud représente un point d'accueil fixe, un abri qui permet un temps de pause, sans obligation de dialogue, sans nécessité d'engagement, mais avec la possibilité d'utiliser différents services, selon les besoins.

En effet, comme la halte de jour de Tremplin, l'accueil de Chocolat Chaud permet d'avoir accès à une collation, une douche, un lave-linge, une consigne, un téléphone. En revanche, Chocolat Chaud ne fait pas de domiciliation (pour les démarches administratives ; le courrier, etc.). Les jeunes sont accueillis de manière collective, mais il y peut également y avoir des entretiens individuels avec l'assistante sociale ou un éducateur. Au-delà de l'accueil et de l'écoute, les jeunes peuvent être aidés dans différentes démarches : accès aux droits (RSA, ASSEDIC,...), accès aux ressources de santé (CMUc, lien avec la PASS⁹² de l'hôpital de Fleyriat qui permet aux plus démunis d'avoir accès aux soins hospitaliers). Le médecin du CSAPA qui intervient une fois par mois à Chocolat Chaud reçoit les jeunes de manière individuelle pour un entretien et, à la marge, peut soigner quelques blessures superficielles (« bobologie ») sans pour autant faire de soins ambulatoires.

Les jeunes accueillis ont globalement entre 16 et 25 ans. Quelques personnes qui ont de forts repères au PAEJ sont admises au-delà de cet âge, mais au-delà de 30 ans elles sont orientées vers l'accueil de jour du CHRS Tremplin. Les jeunes accueillis à Chocolat Chaud sont en majorité un public « de rue » : des jeunes en voie de marginalisation, vivant en squat, ou du moins connaissant des formes d'hébergement aléatoires (camions, « copains », ...), sans activité professionnelle et souvent avec des liens familiaux fragiles ou rompus. Parmi ces jeunes on repère des « JAC » (Jeunes Avec Chiens) et quelques saisonniers (notamment les « jetés du TGV », voyageurs sans titres de transport qui sont « invités » à quitter le train avant d'atteindre leur destination finale). On notera que l'hébergement des JAC est particulièrement problématique : rares sont les CHRS qui acceptent les chiens, or ces jeunes souhaitent le plus souvent dormir avec leurs chiens.

La file active de Chocolat Chaud est d'environ 137 personnes et parmi elles environ la moitié constitue une sorte de « noyau dur » qui utilise régulièrement le PAEJ, en moyenne pendant un an. Au sein de ce noyau, environ 6 personnes semblent très « fidélisées » et fréquentent très régulièrement le PAEJ. L'autre moitié semble plus « volatile » : ces jeunes viennent quelques fois au PAEJ puis ne sont plus jamais revus (c'est notamment le cas des « jetés du TGV » et autres jeunes de passage qui ont un objectif précis en terme de destination et ne souhaitent pas rester à Bourg-en-Bresse).

Si 38% de ces jeunes sont originaires de l'agglomération de Bourg-en-Bresse, seuls 28 % viennent d'autres départements : les jeunes sont donc très majoritairement originaires du département de l'Ain. Une grande partie de ces jeunes ont passé une partie de leur enfance en institutions ou familles d'accueil. 73% des jeunes accueillis sont des hommes, quant aux filles, 70% d'entre elles ont moins de 25 ans : elles sont majoritairement plus jeunes que les garçons. Ainsi, 5 mineurs ont été vus en 2010, dont 4 filles...

Beaucoup de ces jeunes ont un grand manque d'étayage et ont souvent besoin d'une parole adulte pour parvenir à poser des repères dans leur existence. On notera que les filles sont plutôt moins marginalisées et qu'elles demandent plus facilement un accompagnement sur des points précis que les garçons (logement, santé, administratif). Enfin, elles connaissent globalement mieux les démarches à suivre.

Par ailleurs le PAEJ a noué des partenariats avec des centres de formation (IREIS, IFSI CPA...) le Collectif Errance, le Réseau Addiction 01 et la MRIE, entre autres, afin de mieux orienter et soutenir les jeunes dans leurs démarches.

⁹² PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

Une partie de ces jeunes sont concernés par une consommation régulière de drogues (de 30 à 50% du public accueilli), et certains par des drogues injectables. Ainsi, il est déjà arrivé que certains utilisent les toilettes du PAEJ comme « salle d'injection » (comme cela arrive également dans d'autres lieux d'accueil à Bourg)... Certains jeunes sont sous substitution, mais les mésusages de Subutex et de Méthadone ne semblent pas rares... Par ailleurs des surdoses de Kétamine ont pu être repérées. Reste que pour la plupart, on repère une consommation d'alcool et de cannabis plus ou moins ponctuelle ou régulière, mais globalement banalisée. Enfin, la pratique du sniff se développe largement parmi ces jeunes.

L'usage de seringues concerne donc bien une partie des jeunes utilisateurs de Chocolat Chaud, et on peut faire l'hypothèse que ces jeunes UDVI se trouvent régulièrement confrontés à la problématique de l'accès à du matériel d'injection stérile. Le constat de la présence d'une population jeune, marginalisée, ayant des besoins de matériel de réduction des risques en ce qui concerne l'injection (entre autres) est donc largement confirmé. Pour autant, les usagers de drogues par voie intraveineuse ne constituent pas la majorité des jeunes accueillis au PAEJ.

De ce fait, certains acteurs locaux ont pu imaginer que Chocolat Chaud constituait une sorte de prototype d'un CAARUD burgien et qu'un changement de statut serait tout à fait logique : Chocolat Chaud conserverait son mode de fonctionnement avec en sus, de la distribution de matériel de réduction des risques. Cette perspective ne semble cependant pas forcément constituer la meilleure option. En premier lieu Chocolat Chaud est un PAEJ qui reçoit donc des jeunes : même si quelques personnes ont plus de 25 ans, la grande majorité de la file active est beaucoup plus jeune. Or un CAARUD est ouvert à tous les majeurs, sans limite d'âge : les besoins et les problématiques d'une personne de 18 ans ne sont pas les mêmes que ceux d'une personne de 45 ans, par exemple. La perte du statut de PAEJ équivaldrait par ailleurs à un retrait de l'ADSEA, dont les missions sont centrées sur les enfants et adolescents.

Enfin, un CAARUD a pour objectif d'apporter une réponse de premier niveau à des personnes concernées par une addiction : inversement la « porte d'entrée » du PAEJ est beaucoup plus neutre. Chocolat Chaud n'est ainsi pas étiqueté comme un lieu dédiée à un public concerné par une addiction : il s'agit d'un lieu de « pause », d'aide pour ceux qui le souhaitent, sans qu'une problématique soit particulièrement mise en exergue... De la même manière, certains ont pu penser un moment qu'il serait pertinent de fusionner le PAEJ avec la future Maison des Adolescents or, là encore, le PAEJ même s'il n'est pas centré sur une thématique précise accueille plutôt des jeunes marginalisés, qui peuvent par ailleurs être accueillis en MDA, sans que cela constitue pour autant le public cible de la MDA, qui a vocation à accueillir tous les adolescents, sans privilégier un profil particulier...

Un changement de statut pour Chocolat Chaud n'apparaît donc pas, pour les différents acteurs en présence, comme la solution la plus souhaitable, même si une partie du public du PAEJ a des besoins de matériel d'injection propre : pour certains il faut conserver à la fois la spécificité de Chocolat Chaud en termes de tranche d'âge (et ce d'autant plus qu'une partie de ces personnes ne peuvent aller en CHRS du fait de leurs chiens entre autres), et le fait qu'en tant que ressource d'aide, il ne soit pas centré sur une thématique, les addictions en particulier.

Au bilan, les besoins des jeunes sont nombreux et complexes et varient d'un public à l'autre : un « guichet unique » ne constituerait probablement pas une réponse adaptée.

En revanche, il est probable que si un programme d'échange de seringue existait à Bourg-en-Bresse, porté par un CAARUD ou par des pharmacies, une partie des UDVI fréquentant Chocolat Chaud en serait également utilisatrices

➤ La permanence d'AIDES⁹³ (Territoires d'Actions Vallées du Rhône – Lieu de Mobilisation de Bourg-en-Bresse)

La permanence d'AIDES Ain-Rhône située à Bourg-en-Bresse est composée de huit personnes bénévoles qui ont été formées à l'accueil. Deux autres personnes sont en « immersion » qui tendent à se joindre aux bénévoles pour l'accueil du public.

La permanence à lieu dans un petit local situé non loin de la place du Champ de Foire, comprenant deux pièces, au sein de la Maison des Associations. Il est également possible, avec réservation, d'utiliser la salle de réunion de la Maison des Associations. Les plages d'ouverture au public sont le mardi de 18 heures à 20 heures et le jeudi de 14 heures à 17 heures. Par ailleurs, des bénévoles de l'association se déplacent également sur les lieux d'évènements festifs sur le bassin burgien (raves, teufs, ...), avec du matériel de réduction des risques (seringues, Stéribox).

Il y a toujours une personne formée pour accueillir le public pendant les plages d'ouvertures. La permanence accueille des personnes qui viennent pour échanger, rencontrer d'autres personnes, demander des conseils ou des informations. Les accueillant peuvent orienter les personnes accueillies selon leurs besoins, vers les ressources pertinentes : PASS de l'Hôpital Fleyriat, réseau addiction 01, Chocolat Chaud, le CHRS Tremplin, le CCAS... Beaucoup de personnes accueillies par AIDES connaissent déjà le CSAPA AAJ et certains y sont suivis en substitution.

On notera que le local d'AIDES à Bourg est très exigu : une petite pièce permet le stockage du matériel de RdR (entre autres) mais si tous les UDVI rapportaient systématiquement leur conteneurs de matériel usagé, il n'y aurait probablement pas la place de les mettre tous dans cette pièce. Une autre pièce contigüe à la première permet d'accueillir le public et sert également de « bureau » pour la permanence. Cette pièce étant néanmoins fort réduite également, il est difficile d'y accueillir plus d'une dizaine de personnes à la fois.

Du matériel de réduction des risques est donc délivré aux UDVI qui en font la demande : on soulignera qu'AIDES est aujourd'hui la seule ressource du bassin burgien qui délivre gratuitement ce type de matériel, que ce soit pour les injections ou pour le snif (« roule-ta-paille »), avec également des préservatifs masculins et féminins, et de la documentation sur ces différents sujets.. On notera que le Centre de Santé Publique de l'hôpital de Fleyriat peut également fournir des seringues stériles, mais à une échelle extrêmement réduite, puisqu'elle ne concerne que les personnes qui sont venues au centre pour un test de dépistage etc..

De janvier à septembre 2011, AIDES a délivré environ 4 500 seringues par mois (ainsi que d'autres éléments pour une injection stérile : Stéricup, Stérifilt, ...), ce qui fait une estimation d'environ 54 000 seringues pour toute l'année 2011. Cette délivrance gratuite a démarré il y a trois ans et la demande croît rapidement (le nombre de seringues délivrées double chaque année). Notons également qu'en 2010, 6 000 « Roule ta Paille » ont été distribués pour les personnes qui sniffent les produits (chaque kit contient dix feuilles de papier). Il semble cependant que les publics d'UDVI comprennent mieux l'intérêt de la réduction des risques en ce qui concerne l'injection qu'en ce qui concerne le snif : une part des toxicomanes méconnaissent totalement le fait que l'usage de matériel souillé pour le snif peut entraîner une contamination au VHC notamment...

AIDES peut également remettre des conteneurs de 1 litre, à la demande des UDVI (le retour du matériel usagé n'est pas exigé). Notons qu'entre janvier et juillet 2011, 450 conteneurs ont été rapportés à l'association parmi lesquels certains qui n'avaient pas été fournis par AIDES. En ce qui concerne le traitement de ces conteneurs, AIDES se « débrouille » avec des partenaires locaux qui ont accès à des filières d'élimination... Mais, compte-tenu de la montée en charge de la délivrance de seringues stériles et du retour de seringues usagées, une réflexion va s'imposer sur la formalisation de certains partenariats.

⁹³ AIDES : association nationale loi 1901 de lutte contre le VIH-Sida, également présente en province par des délégations régionales et départementales

Parmi les UDVI qui sont reçus à AIDES, beaucoup sont dans une grande précarité économique et sociale (hébergement, alimentation, recours aux soins...), et beaucoup ont des difficultés à demander de l'aide tant les processus de marginalisation les ont éloignés des ressources. Quelques uns vivent avec leurs enfants ou avec les enfants de leur conjoint, mais il y a très peu de familles « stabilisées » semble-t-il. Environ 30% des UDVI ont une activité professionnelle, en intérim, par des stages d'insertion professionnelles, CDD, ... Ces personnes sont majeures et peuvent être d'âges différents (jeunes et adultes jusqu'à 40-50 ans). En général, les UDVI reçus sont plutôt « actifs » (au minimum deux injections par jour), et quelques uns semblent concernés par des pathologies psychiatriques.

Si la majorité de ces UDVI sont des hommes on repère néanmoins quelques femmes, souvent marquées par des histoires familiales très difficiles, par une polyconsommation de substances psychoactives, parfois par de la prostitution occasionnelle, elles sont souvent en situation de danger (violences subies diverses, enfants placés, ...). Parmi les UDVI les femmes constituent donc une population extrêmement souffrante et fragile.

Globalement, la difficulté qui est repérée pour le public reçu à AIDES est celui du maintien de l'anonymat. La taille de la ville, les mécanismes de contrôle social sont tels qu'il est difficile pour les personnes de ne pas être repérées et étiquetées... A tel point que certains vont faire les tests de dépistage VIH à Lyon ou à Mâcon.

Enfin, on notera la présence d'UDVI originaires des pays d'Europe de l'Est et notamment de Pologne. Il s'agit très majoritairement d'hommes de moins de 30 ans, sur-précarisés, vivant sous des tentes de fortune établies dans la forêt de Seillon (alentours de Bourg-en-Bresse). Parlant souvent mal le français ils peuvent par ailleurs difficilement avoir accès aux droits qui leurs seraient ouverts en tant que ressortissants de l'Union Européenne car ils ont pour la plupart eu des démêlés avec la justice de leur pays et sont pour certains d'entre eux toujours poursuivis. Ces hommes vivent donc dans une situation à la fois très précaire et très complexe, car ils sont pour certains recherchés par la police de leur pays.

Au bilan, très peu d'UDVI socialement insérés sont vus aux permanences d'AIDES et la grande majorité de ces UDVI ont besoin d'écoute et d'aide pour accéder aux soins, au logement, ...

➤ **Le réseau Addiction 01 et les professionnels de santé libéraux**

C'est l'association Toxicomanie 01 qui a mis en place ce réseau dont l'activité a démarré en décembre 2008. L'objectif de ce réseau est d'améliorer la prise en charge des toxicomanes sur l'ensemble du département, notamment en soutenant les professionnels libéraux qui travaillent avec ce public (quelles que soient la ou les substances psychoactives que ces personnes consomment) et en particulier les médecins généralistes. Ce soutien peut prendre la forme de formations (sur tel ou tel produit, sur la dépendance, etc...), de documents d'appui technique (guides, ...). Le réseau crée également des opportunités de rencontres, de dialogue et de « passage de relais » entre les acteurs libéraux, associatifs ou hospitaliers qui travaillent dans le domaine des addictions : il permet d'échanger des connaissances, voire de mieux orienter ou réorienter des patients (notamment dans le cadre de patients en substitution).

Les différents acteurs contactés dans le cadre de cette étude ont largement souligné l'intérêt de ce réseau qui constitue pour eux une ressource pertinente d'information, d'échanges et crée des possibilités de collaboration autour de certains patients. Qui plus est, certains professionnels, médecins ou pharmaciens, apprécient particulièrement les formations qui sont proposées par le réseau, qui leur apportent des connaissances réellement nouvelles, pour certains, notamment en ce qui concerne les produits, la dépendance, les traitements, etc.

Au-delà de la création de liens, le Réseau apporte une aide financière aux médecins et aux pharmaciens qui acceptent de suivre des patients toxicomanes adhérents au réseau : outre un dossier technique qui concerne chaque patient adhérent, le réseau dédommage les professionnels afin que ce suivi de patients si particuliers (qui requièrent plus de temps, etc.) soit facilité : chaque pharmacien reçoit 30 euros par patient et par mois, les médecins généralistes reçoivent 40 euros.

En ce qui concerne les patients, un accueil téléphonique permet, en amont de la prise en charge, de les informer et de les orienter, suivant leurs demandes. Par ailleurs, depuis janvier 2011, a été mise en place la possibilité de consultations gratuites (12 consultations maximum par an et par patient) avec des psychologues, des diététiciens libéraux, etc... pour les toxicomanes qui s'engagent à adhérer au réseau : c'est le réseau qui finance ces consultations⁹⁴.

Actuellement le réseau est animé par un médecin généraliste de Bourg-en-Bresse, le Docteur Pénétrat (également à l'origine du réseau), d'une secrétaire à mi-temps et d'une coordinatrice à mi-temps. Pour le moment, il n'y a pas de possibilités d'accueil physique des patients et encore moins de distribution de matériel de réduction des risques.

L'action du réseau est donc essentiellement centrée sur l'accès aux soins : la prévention est un aspect qui ne peut être développé étant donné les moyens actuels. Pour autant, le réseau Addiction 01 est partisan de la mise en place d'outils d'accueil et de prévention pour les UDVI : PES en pharmacie ou CAARUD, ou les deux en même temps.

➤ Les pharmacies du bassin burgien

Une enquête par questionnaire a été réalisée auprès des officines du bassin burgien par le Réseau Addiction 01 en 2010, concernant la possibilité de mettre en place un Programme d'Echange de Seringues avec des pharmacies⁹⁵. 17 officines sur 24 ont répondu, soit un taux de réponse de 70% qui souligne l'intérêt des pharmaciens pour cette question.

Les résultats de cette enquête montrent que pour l'année 2009, les pharmacies qui ont répondu ont vendu 5 350 Stéribox (soit 10 700 seringues). On notera que, d'après les acteurs interviewés, sur le bassin burgien, les Stéribox sont vendus à 1 euro la boîte, comme recommandé par le Ministère de la Santé.

Par ailleurs sur les 17 répondants seule une pharmacie ne vend pas de Stéribox, quant à celles qui en vendent les écarts peuvent être importants entre elles en volumes de vente : de 1 à 45 kits par mois en 2010.

Précisons qu'actuellement il semble que tous les pharmaciens du bassin burgien ne délivrent pas de produits de substitution : seule une dizaine de pharmaciens de l'agglomération délivreraient ces produits. En revanche tous les pharmaciens adhérents au Réseau Addiction 01 délivrent du Subutex et deux d'entre eux ne délivrent pas de méthadone. Enfin, les pharmaciens qui délivrent ces produits travaillent souvent en bon lien avec les médecins généralistes prescripteurs : un lien qui permet de réduire les problèmes de falsifications d'ordonnance et qui permet de mieux distinguer les vraies urgences des fausses dans les demandes de produits de substitution par les UDVI.

Sur les pharmacies ayant répondu à cette enquête, seules deux d'entre elles ont clairement affirmé ne pas voir l'intérêt d'un PES à Bourg-en-Bresse, les autres sont assez partagées et circonspectes quant à la possibilité de s'engager dans un tel programme, compte-tenu du peu d'informations qu'elles ont reçu en la matière. Ainsi, 8 pharmacies pensent qu'un PES serait utile et 6 ne se prononcent pas. Enfin 7 pharmacies seraient a priori d'accord pour participer à un PES.

Les freins repérés à la mise en place d'un PES qui sont soulevés par les pharmaciens à la rubrique « *commentaires libres* » du questionnaire ont très largement trait à la récupération du matériel d'injection usagé : craintes de récupérer ce matériel et de devoir le stocker dans l'officine pour des raisons de sécurité (risques d'accidents, de contaminations, ...) et aussi réticences pour des raisons de place et de gêne dans l'officine (gêne pour les professionnels, gêne pour le public,...).

Compte-tenu des pharmacies qui sont déjà adhérentes au Réseau Addiction 01 et de celles qui semblent les plus intéressées et les plus actives dans ce réseau, il semble que l'on puisse compter

⁹⁴ Voir les documents de présentation du réseau Addiction 01 en annexe

⁹⁵ Ce sont les salariés du réseau Addiction 01 qui ont conçu et envoyé les questionnaires et qui ont traité les réponses à ces questionnaires

sur un « noyau dur » de 5 ou 6 pharmacies qui seraient effectivement prêtes à s'investir dans un PES.

D'après les différents acteurs que nous avons interrogés, il est nécessaire qu'il y ait un réel intérêt personnel de la part des pharmaciens pour qu'ils s'investissent dans une démarche de réduction des risques. Par ailleurs, cette implication doit être soutenue par un fort accompagnement de la part du réseau en termes d'informations, peut-être aussi de formation des pharmaciens et des personnels des pharmacies, de suivi du matériel stérile comme du matériel usagé (récupération des conteneurs). Ainsi, un PES porté par les pharmacies du bassin burgien nécessiterait un véritable travail de coordination, d'animation et d'appui technique... Ce qui converge avec le point de vue des coordinateurs de PES de Rhône-Alpes qui s'appuient sur des pharmacies⁹⁶ que nous avons interrogés : l'organisation et le suivi d'un PES nécessite un temps dédié important. Reste à définir qui aujourd'hui pourrait effectuer ce travail...

Au-delà de ces constats, l'enquête réalisée par le Réseau Addiction 01 conclut que la mise en place d'un CAARUD répondrait aux besoins des UDVI en matière de réduction des risques sur le bassin burgien, à Bourg même et dans les lieux de rassemblements festifs aux alentours de l'agglomération. Un CAARUD répondrait aussi aux besoins d'accueil, de conseil et de prise en charge de bas seuil des UDVI en grande précarité... En effet, si un PES en pharmacies apparaît comme une réponse pertinente pour la délivrance de matériel de RdR, il reste que les missions d'accueil, d'aide, d'orientation vers des ressources du social ou de la santé (PASS, ...), de prévention, relèvent davantage d'un CAARUD, les pharmaciens ne disposant pas des mêmes moyens et n'ayant pas toujours le temps d'entrer dans un dialogue, avec un public par ailleurs difficile à mettre en confiance.

Nous avons par ailleurs interrogé M. Flaujeac, pharmacien à Pont d'Ain et délégué ordinal de l'ordre des pharmaciens pour l'Ain. Il précise que si le stockage du matériel d'injection usagé peut effectivement constituer un frein important à la mise en place d'un PES, les conditions d'accueil du public dans les pharmacies sont également à prendre en compte : ainsi les petites pharmacies tenues par des femmes, voire par une pharmacienne travaillant seule, ne sont pas forcément les plus intéressées par la participation à un PES. Redoutant les agressions ou du moins les tensions qui peuvent survenir avec certains UDVI (notamment dans le cadre de la délivrance de Méthadone ou de Subutex), ces pharmaciennes peuvent choisir d'éviter complètement cette clientèle.

Qui plus est, *a priori*, tous les pharmaciens ne distinguent pas forcément la délivrance d'un traitement de substitution et la délivrance de matériel de réduction des risques : pour certains tout contact avec les UDVI peut être problématique, quelle que soit la demande.

Il y a donc un réel travail d'information et de sensibilisation à réaliser auprès des pharmaciens pour faire tomber certains préjugés sur les UDVI, pour rassurer les pharmaciens sur le fait que les PES n'engendrent généralement aucun problème avec ce public... Il est également nécessaire de rappeler que les pharmaciens n'ont pas pour mission de « faire la morale » aux UDVI, ni de leur « interdire » de consommer des substances psychoactives, mais qu'il s'agit de leur expliquer comment sécuriser l'injection afin d'éviter les risques de contamination, la détérioration des veines etc.

Il est également important d'aider les pharmaciens en matière de stockage du matériel d'injection usagé : les conteneurs doivent être collectés très régulièrement pour qu'ils ne s'accumulent pas dans la pharmacie et qu'ils ne créent ni risque ni gêne pour le personnel ou les clients.

4.6. La question des seringues usagées dans les espaces publics et de leur élimination

Parallèlement à la question de la réduction des risques pour la santé des UDVI liés aux pratiques d'injection par voie intraveineuse, qui constitue l'objectif principal d'un PES, se pose la question de

⁹⁶ Voir chapitre 3 du présent rapport

l'intérêt d'un PES en termes de récupération du matériel d'injection usagé... En effet, dans les années 80 et 90 il a été beaucoup question des accidents qui survenaient dans les espaces publics ou dans les lieux de traitement de déchets, avec des seringues usagées abandonnées sur les lieux d'injection sans protection, par les toxicomanes. Les risques d'infection au VIH mais aussi au VHC pour les personnes se trouvant malencontreusement au contact de ces seringues ont soulevé beaucoup de craintes et la sécurisation des espaces publics (notamment parcs, squares, etc.) ainsi que les filières de traitement des déchets sont devenu un enjeu important, qui a notamment modifié les pratiques de nettoyage des espaces publics, de récolte des déchets etc.

Aujourd'hui, il s'agit de savoir si l'on trouve, dans l'agglomération bourgienne, du matériel d'injection usagé, et notamment des seringues, dans les espaces publics, dans les déchets et ordures ménagères. Nous avons pour ce faire interrogé la responsable service hygiène et santé publique de la ville de Bourg-en-Bresse (Mme Aulaz) ainsi que la responsable du service environnement et développement durable de l'agglomération de Bourg-en-Bresse (Mme Croppi).

En ce qui concerne la ville de Bourg-en-Bresse, le travail sur la collecte des DASRI⁹⁷ a démarré au début des années 90... La municipalité avait proposé une collecte gratuite aux professionnels libéraux : la ville achetait des conteneurs qu'elle confiait aux professionnels, puis la ville collectait les conteneurs remplis et les éliminait... Mais il y avait encore beaucoup de retour de matériel usagé dans des bouteilles en plastique, des bocaux, qui nécessitaient de transvaser les seringues... Finalement ce système a été confié à l'agglomération de Bourg-en-Bresse dont c'était la compétence.

Notons que parallèlement, les protocoles de protection des agents municipaux qui récoltent les déchets sur la voie publique (poubelles dans les rues, les squares, ...) se sont améliorés pour que le risque d'accident soit le plus réduit possible (matériel de protection, gestes)...

Enfin, la ville a organisé une formation sur la collecte du matériel pour les agents des bailleurs sociaux. Il y a en effet parfois des seringues usagées qui sont retrouvées dans les parties communes de certains immeubles HLM (cages d'escaliers, caves, ...) et leur collecte doit également être sécurisée.

Concrètement, depuis 4 ans environ, très peu de seringues usagées ont été retrouvées par le service municipal de propreté urbaine sur la voie publique ou par le service des Espaces Verts : le fait est devenu rarissime (on repère au maximum 10 seringues par an). En revanche, c'est plutôt dans les squats et autres lieux clos que l'on peut retrouver des seringues usagées, quelquefois en nombre important, mais le service d'hygiène n'est pas toujours prévenu dans ces cas (c'est davantage la police municipale qui est interpellée dans ces situations d'occupation illégale de locaux vacants).

Du côté de l'agglomération qui a repris la question des DASRI, le constat est le même.

L'agglomération a ainsi mis en place depuis environ 7 ans une borne de récupération des DASRI qui a été posée sur l'avenue des Belges, aux environs du Champ de Foire, c'est-à-dire dans un lieu central à Bourg-en-Bresse.

Pour utiliser cette borne, professionnels de santé et particuliers doivent s'inscrire auprès du service Environnement de l'agglomération. L'inscription est gratuite pour les particuliers et coûte 83 euros par an pour les professionnels, (les municipalités de l'agglomération, tous les collèges et les associations sanitaires et sociales, la police municipale et nationale sont fournis gratuitement en conteneurs). Une fois l'inscription réalisée, une carte à puce est alors donnée par le service de l'Environnement ainsi qu'un conteneur (les conteneurs sont différentes tailles : ils vont de 0,25 litre à 2 litres, leur volume est choisi par les professionnels ou particuliers en fonction de leurs besoins). Pour s'inscrire les particuliers et professionnels doivent donner leur nom et leur adresse (numéro de Siret pour les professionnels, etc.) : la carte à puce est envoyée à domicile (ou sur le lieu de travail), ainsi qu'un relevé des dépôts effectués (et du poids total de ces dépôts) envoyé une fois par an, également par courrier. Ce relevé doit être conservé par les professionnels qui peuvent

⁹⁷ DASRI : Déchets d'Activité de Soins à Risques Infectieux

avoir à le présenter en cas de contrôle sanitaire (ce relevé fait office de justificatif d'élimination des DASRI). Cette inscription est valable pendant un an.

C'est la carte à puce qui permet d'ouvrir la borne afin d'y insérer le conteneur. Une fois le conteneur inséré, la borne délivre un « reçu » avec le numéro d'abonné (notons que les conteneurs peuvent aussi être déposés en déchetterie en montrant simplement sa carte à puce). La borne pèse automatiquement chaque conteneur inséré (le poids est enregistré pour le relevé des dépôts effectués), puis le conteneur bascule vers la partie arrière de la borne qui est réfrigérée. Une fois par semaine l'entreprise Tecmed, collecteur de DASRI agréé, ouvre la borne, récupère le bac plein et en place un autre. Les déchets sont éliminés dans l'usine d'incinération de Chambéry. Tecmed renvoie tous les bordereaux d'élimination au service Environnement de l'agglomération.

Ce système de récupération des DASRI semble bien fonctionner : la file active des usagers est de 285 personnes, parmi lesquelles on compte 70 professionnels (essentiellement des professionnels qui se déplacent dans le cadre de leur activité : infirmières, podologues, ...). On notera que les pharmaciens du territoire qui ont été informés de cette possibilité ne se sont pas montrés intéressés. Parmi les particuliers usagers de la borne, on repère un nombre important de personnes de plus de 60 ans, qui utilisent la borne sur des périodes courtes (pendant la durée de leur traitement) ou longue (c'est notamment le cas des diabétiques)... Les patients soignés à domicile ne savent pas toujours que c'est à l'infirmière de se débarrasser des DASRI qu'elle produit lors des soins, aussi certains les éliminent-ils eux-mêmes. On notera enfin que la borne n'a jamais été vandalisée.

Dans le prolongement des constats effectués par le service d'hygiène de la ville de Bourg-en-Bresse : on retrouve très peu de seringues usagées abandonnées dans les espaces publics et notamment les espaces verts de l'ensemble de l'agglomération. De même, en matière de déchets ménagers, l'agglomération ne note pas de problème notable dans leur collecte et l'entreprise d'élimination des déchets ne fait pas non plus remonter des situations d'accidents ou de problèmes avec du matériel d'injection usagé. Dans les centres de tri, on repère effectivement des seringues mais il semble qu'elles soient le plus souvent insérées dans des bouteilles en plastique (ce qui ne semble pas poser de problèmes aux centres). Par ailleurs, en ce qui concerne la collecte des déchets ménagers, il n'y a presque plus de collecte en sacs : 70% des ordures sont contenues dans des bacs roulants qui impliquent bien moins de manipulation que les sacs... Depuis 11 ans, un seul agent de l'agglomération s'est piqué par accident, sans être contaminé... Le problème des seringues usagées sur la voie publique, dans les espaces publics ou dans les ordures ménagères a donc énormément diminué : on continue à en trouver sans « protection » dans certains lieux publics, dans les ordures ménagères, mais cela est devenu rare.

4.7. La question des seringues usagées dans les lieux d'accueil et de résidence des publics fragiles : haltes de jour et CHRS

La question des seringues usagées dans des lieux qui reçoivent du public a également été posée aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) de Bourg-en-Bresse qui sont gérés, l'un par l'association La Parenthèse (émanation de l'ADSEA) et l'autre par l'association Tremplin. Les CHRS accueillent un public en grande fragilité économique et sociale, souvent concerné par des consommations problématiques de substances psychoactives. Parmi les publics accueillis, les personnes concernées par une addiction à l'alcool sont nombreuses, notamment chez les hommes. La consommation de cannabis est également banalisée chez beaucoup et les « surconsommations » de médicaments psychotropes posent également question aux équipes des deux CHRS. En revanche, en matière d'injection de drogues par voie intraveineuse, on repère des différences notables entre les deux CHRS.

Au CHRS La Parenthèse, exclusivement dédié aux femmes seules ou avec enfants, on repère relativement peu de personnes consommant des drogues par voie intraveineuse et on trouve très

rarement des seringues usagées abandonnées dans les parties communes, les toilettes, etc. Le problème des risques liés aux seringues usagées est donc quasiment inexistant dans ce CHRS. On notera par ailleurs qu'étant donné les besoins en matière de santé des publics accueillis, les responsables du CHRS sont en lien avec l'hôpital Fleyriat, certains médecins généralistes, le Centre Psychothérapique de l'Ain... En revanche, il n'y a pas de liens particuliers tissés avec les intervenants dans le domaine des addictions et ce même si, selon les besoins, les résidents peuvent être orientés vers AAJ, l'ANPAA 01 ou AIDES notamment... Au-delà de ces orientations, un besoin d'information, voire de formation sur les substances psychoactives émerge de plus en plus parmi les professionnels du CHRS La Parenthèse, notamment en ce qui concerne l'alcool, sujet paradoxalement plus difficile à aborder avec les résidentes que celui des drogues illicites et qui engendrerait davantage de déni.

Au CHRS de l'association Tremplin, qui accueille des hommes, la situation est sensiblement différente : des seringues sont régulièrement trouvées, de manière cyclique, dans les toilettes ou les poubelles du CHRS (et également souvent à l'Accueil de jour de l'association). Ces seringues sont le plus souvent jetées dans les toilettes ou les poubelles, sans aucune protection, ce qui crée un risque réel d'accident (blessure, piqûre) pour les personnes qui s'occupent de l'entretien des locaux. Il est également déjà arrivé que l'on trouve des dizaines de seringues usagées, abandonnées à même le sol, dans l'un des appartements en colocation du CHRS. Lorsqu'une personne qui s'injecte de la drogue, au sein des résidences de l'association, est repérée, elle est immédiatement renvoyée (avec néanmoins la possibilité de revenir après un mois d'exclusion, et de fréquenter l'accueil de jour).

Il apparaît globalement que les UDVI hébergés au CHRS ou fréquentant l'accueil de jour ont souvent un comportement problématique : dès qu'un consommateur est présent, une activité de deal se développe autour de lui, ou à partir de lui, au sein de l'établissement ou à l'extérieur... Et ce sans compter que les UDVI essaient le plus souvent de consommer au sein des résidences, malgré les règles établies. Le trafic concerne aussi bien les drogues injectables que le Subutex, et cette activité entrave les démarches de réinsertion.

Les UDVI vu par Tremplin sont des hommes plutôt jeunes (souvent entre 18 et 25 ans), originaires du bassin burgien, du département ou d'autres régions de France. Ces jeunes sont souvent dans une attitude de rébellion, très « anti-sociale », qui les différencie nettement des personnes ayant « majoritairement » une addiction à l'alcool. Même si la plupart sont dans des polyconsommations de produits psychoactifs, le fait de consommer des drogues illicites (même s'ils peuvent suivre, en parallèle, un traitement de substitution) et d'être en lien avec des activités de trafic crée une difficulté supplémentaire pour les professionnels et notamment les éducateurs qui les suivent et tentent de leur faire respecter les règles de l'association, le « cadre »...

Ceci étant, le directeur-adjoint de Tremplin souligne que ces UDVI, qui sont pour beaucoup très loin de toute idée de diminution de leur consommation ou de sevrage, n'ont accès à aucun lieu approprié pour s'injecter, ce qui les pousse à le faire un peu n'importe où, y compris dans les ruelles, en « extérieur » sans aucun moyen « d'injecter propre ». Il y aurait donc véritablement la nécessité d'un lieu d'injection sécurisé pour ces publics très désinsérés et également très « enfoncés » dans la toxicomanie, qui sont dans de grandes prises de risques pour eux-mêmes, en termes de conditions d'injection, et pour les autres, en termes d'abandon des seringues usagées... Néanmoins, la perspective d'un tel lieu étant pour le moment exclue en France, le développement d'outils de réduction des risques serait effectivement jugé très utile. Un programme d'échange de seringues est donc d'emblée perçu comme une réponse pertinente, même si le fait que les UDVI puissent emporter avec eux, dans le CHRS, des conteneurs soit problématique : il est strictement interdit de consommer des drogues dans les locaux de l'association et il ne faudrait pas que l'acceptation de conteneurs favorise une transgression de cet interdit...

Néanmoins, d'une manière globale, des outils de réduction des risques seraient pertinents d'après le directeur-adjoint de Tremplin : un CAARUD serait certainement nécessaire pour les UDVI qui ne sont pas encore ou pas « complètement » en soins. Au-delà, et en convergence avec les constats effectués par la directrice-adjointe du CHRS La Parenthèse, il existe un vrai besoin des professionnels de Tremplin, et notamment de ceux qui travaillent au CHRS et à l'Accueil de jour, de mieux connaître les drogues et leurs usagers. Des informations, voire des formations seraient très utiles pour aider ces professionnels à mieux appréhender les usagers de drogues (quelles que

soient ces drogues) : comment les accueillir, comment les accompagner, comment les orienter... Il y a également un besoin perçu du côté des UDVI de parler de leurs problématiques spécifiques liées à l'addiction. La mission d'écoute existe déjà au PAEJ Chocolat Chaud, et à l'accueil de jour de Tremplin, mais elle n'est sans doute pas suffisamment spécifique en ce qui concerne les addictions, par ailleurs, elle ne concerne que les jeunes de moins de 30 ans pour le PAEJ.

Si les deux CHRS connaissent et orientent en cas de besoin vers AAJ ou vers l'ANPA 01, on notera qu'ils connaissent très mal l'action du réseau Addiction 01, et ne connaissent pas l'existence des formations proposées par ce réseau.

Il serait peut-être également intéressant de réfléchir à un outil souple, sur le mode de l'Equipe Mobile Santé Mentale Précarité⁹⁸, dont le travail est très apprécié de Tremplin : il s'agirait de développer des interventions sur sites, à la demande des professionnels et selon les cas à traiter, à la fois pour avoir l'éclairage d'un spécialiste sur des situations particulièrement difficiles de toxicomanie, mais aussi pour donner une opportunité à l'UDVI d'entrer en contact avec une personne spécifiquement formée aux addictions.

4.8. Les publics d'usagers de drogues par voie intraveineuse du bassin burgien

4.8.1. Les constats des professionnels

A l'inverse du public d'UDVI repéré sur le Pays de Gex, relativement socialement inséré⁹⁹, au travers d'un logement (social ou autre) et parfois au travers d'une activité professionnelle, il semble que les UDVI du bassin burgien soient majoritairement dans des situations de désinsertion : errance au sein du département (avec ou sans chiens), hébergements de fortune, en squat ou chez des relations, peu d'activité professionnelle repérée. Il s'agit donc très largement d'un public en grande fragilité économique et sociale.

Les polyconsommations de produits psychoactifs sont fréquentes, avec un important développement du sniff. Néanmoins tous les UDVI ne vont pas vers le sniff, parfois même malgré le délabrement de leurs veines... Certains restent d'ailleurs attachés à l'injection plus qu'à tout autre pratique, quitte à s'injecter de l'eau distillée dans les veines dans les cas les plus extrêmes, simplement pour le plaisir du geste...

Les professionnels qui travaillent avec des UDVI font le constat d'un nombre important de jeunes de moins de 30 ans, avec des histoires familiales difficiles, des ruptures importantes et parfois des placements en institution (au titre de la protection de l'enfance)... Chez les plus jeunes on observe des phénomènes de déscolarisation... Certains sont originaires du bassin burgien, d'autres viennent plus largement du département, enfin on repère également une frange d'UDVI, moins nombreux, qui viennent d'autres régions de France... Certains sont des urbains, d'autres viennent de zones rurales. On soulignera que dans l'agglomération de Bourg-en-Bresse, comme dans les autres agglomérations de la région, très peu de ces jeunes vivent dans les quartiers « sensibles » (Reyssouze, Terre des Fleurs, Croix Blanche...) : les jeunes des quartiers sensibles consomment différents produits psychoactifs, mais l'injection reste une pratique peu répandue, voire taboue dans ces territoires en « politique de la ville », où le contrôle social peut être très fort...

Une partie de ces jeunes UDVI est connue des professionnels du soin parce qu'ils ont souhaité entamer un traitement de substitution (parfois même dès 18-20 ans), mais beaucoup semble-t-il

⁹⁸ Equipe Mobile Santé Mentale Précarité : équipe mobile de psychiatrie qui se déplace sur site pour rencontrer des usagers ou apporter un conseil aux professionnels, qui dépend du Centre Psychothérapique de l'Ain.

⁹⁹ Rappelons que le Pays de Gex est l'un des territoires les plus favorisés de la région Rhône-Alpes et qu'on y trouve très peu de publics désinsérés (Voir l'étude : Identification de territoires cibles en santé en Rhône-Alpes, ORS Rhône-Alpes, 2007

(<http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Rapport%20Territoires%20Cibles%20Indice%20global.pdf>)

continuent à s'injecter des produits en parallèle et notamment du Subutex, de manière plus ou moins ponctuelle ou régulière... Les plus jeunes sont rarement stabilisés dans leurs consommations, à tel point que certains ne peuvent être suivis ni par AAJ (qui définit des règles précises pour les modalités de prise en charge), ni par des médecins généralistes pour des traitements, tant leur difficulté à s'inscrire dans un cadre est grande. On soulignera d'ailleurs que si les moins de 30 ans peuvent utiliser le PAEJ Chocolat Chaud, pour faire une pause, parler avec des accueillants, demander de l'aide, utiliser les services de douche, lave-linge etc, il n'y a rien de similaire pour les plus de 30 ans, l'accueil de jour de Tremplin étant également utilisé par des personnes en grande fragilité sociale et souvent psychologique, mais peu par les jeunes très désinsérés, dans le refus d'un « cadre », qui vivent avec leurs chiens notamment (puisque les chiens ne sont pas acceptés)... Ce sont d'ailleurs essentiellement les jeunes UDVI, plutôt en errance, qui se regroupent dans les espaces publics, notamment dans le centre-ville de Bourg.

Parallèlement à ces jeunes désinsérés ou en voie de désinsertion, les professionnels repèrent des personnes plus âgées, ayant entre 40 et 50 ans, dont la consommation semble stabilisée (avec éventuellement un traitement de substitution en parallèle). Ces personnes sont largement moins nombreuses, mais elles ont plus souvent un logement, sont beaucoup moins dans l'errance. Certaines ont même une activité professionnelle. Ces personnes sont d'ailleurs plutôt suivies par des médecins généralistes à leurs cabinets, et elles achètent facilement des Stéribox en pharmacie. Les pharmacies ont ainsi parfois quelques clients UDVI « fidélisés » sur la longue durée, avec l'existence d'un dialogue entre pharmaciens et UDVI.

Plusieurs professionnels font le constat que, quel que soit leur âge, il est très difficile pour certains UDVI de parler de leur dépendance, de leurs pratiques : certains sont tellement happés par la précarité, la recherche de produit qu'ils n'ont pas de disponibilité pour autre chose. En revanche, d'autres UDVI sont repérés comme ayant un très grand besoin, à la fois d'être entendus, mais aussi d'être accueillis avec bienveillance. Si le médecin généraliste peut les écouter, le temps de la consultation ne suffit pas toujours, et ce d'autant plus que la confiance met parfois du temps à se construire... Par ailleurs on constate que certaines personnes vivent hors de l'agglomération mais viennent spécifiquement à Bourg pour se faire suivre par un médecin, de crainte que le recours au médecin de leur village ne soit repéré par les autres habitants et que leur addiction ne soit découverte...

Si la grande majorité des UDVI du bassin burgien repérés par les professionnels sont des hommes, il y a également des femmes, parmi les jeunes comme parmi les adultes... Si les jeunes femmes qui utilisent Chocolat Chaud demandent plus facilement de l'aide que les garçons et peuvent relativement facilement parler de leur consommation, d'autres femmes en revanche, sans doute plus âgées, sont au contraire beaucoup plus gênées par le fait de parler de leur consommation que les hommes, et peut-être aussi encore plus en situation de précarité et de fragilité...

Lors des entretiens il a également été souligné que la nouvelle prison de Bourg-en-Bresse doit être prise en compte dans l'analyse des besoins des UDVI du bassin burgien. En effet, la consommation de produits psychoactifs et notamment de produits illicites est aujourd'hui une réalité bien connue des prisons en France. Cette consommation, malgré toutes les contraintes qu'implique l'enfermement, existe mais dans des conditions sanitaires souvent déplorables et donc des risques d'infection largement majorés en prison. Par ailleurs, il n'est aujourd'hui pas possible en prison d'avoir accès à des Stéribox, ce qui entraîne inévitablement la réutilisation du matériel d'injection, par des personnes dont l'état de santé est souvent problématique. Les détenus UDVI sont donc face à un risque très important de contaminations de toutes sortes et il serait particulièrement pertinent et utile d'associer le personnel médico-social de la prison à un PES.

4.8.2. Paroles d'un UDVI : de forts besoin d'écoute, d'échanges, de bienveillance

Nous avons pu réaliser un entretien avec F, Burgien, UDVI depuis une dizaine d'années, grâce aux contacts d'AIDES¹⁰⁰. F a accepté de répondre à nos questions et de nous aider à mieux comprendre qui sont les UDVI du bassin burgien et quels sont leurs besoins.

Cet entretien confirme les constats effectués par les professionnels en ce qui concerne les UDVI du bassin burgien : beaucoup sont sans domicile fixe, ont connu des « cassures » dans leur histoire de vie et ont peu de réseaux familiaux aidant. Au bilan, une majorité vit dans la précarité économique... Une solidarité existe néanmoins entre UDVI qui peuvent s'entraider, en ce qui concerne notamment l'hébergement :

« Les jeunes squattent des immeubles abandonnés. Mais ils ne dérangent pas, et même ils retapent ces immeubles... Il y a une vie qui se crée, avec beaucoup d'entraide, on peut partager... Il y en a aussi qui vivent dans des camions ou sous des tentes, dans la forêt, mais toujours en groupe... »

Au-delà de cette solidarité, c'est aussi l'aide apportée par les professionnels de terrain qui permet la survie : les CHRS locaux, le PAEJ Chocolat Chaud, le CSAPA Accueil Aide aux jeunes sont décrits comme des ressources très importantes et très restructurantes pour ceux qui en acceptent les règles : les règles imposées peuvent en effet être rebutantes pour certains UDVI (horaires, chiens interdits parfois, ...), mais elles aident ceux qui sont prêts à les accepter :

« J'ai beaucoup évolué grâce au CHRS... Ils sont très présents. Quand ils prennent une personne en charge, ils ne la laissent pas tomber. C'est très efficace. Certains critiquent car ils disent que le CHRS est très cadrant. C'est vrai qu'il y a des horaires, par exemple, il faut libérer la chambre à 7 heures le matin... Mais ça nous redonne des repères... Au niveau alimentaire on arrive à mieux se nourrir... »

Reste que le fait de pouvoir dialoguer, d'être écouté est souligné comme essentiel, comme la base même d'un suivi. Cette possibilité « de parler, régulièrement, avec un professionnel » est présentée par F. comme une clé pour commencer à prendre du recul par rapport à sa consommation et parvenir à se projeter dans autre chose que la consommation de produits psychoactifs.

Le rajeunissement du public est également constaté par F., de même que la tendance à consommer de plus en plus de produits différents :

« Il y a de plus en plus jeunes, ils ont parfois 15 ou 16 ans, ils pensent qu'être SDF c'est la liberté... Et les jeunes d'aujourd'hui ils sont de plus en plus trash, ils veulent tout essayer, tant pis pour les conséquences. Pour les jeunes, tout est à portée de main et moins cher. Mais une fois qu'ils sont dans la drogue, ils n'ont plus d'attente, plus de motivation : ils sont déprimés, ils ont des idées suicidaires. »

En ce qui concerne les pratiques autour de l'injection, le partage de seringue n'a pas disparu, même si les UDVI pensent à rincer la seringue à l'eau avant de la réutiliser (ce qui n'apporte rien en matière d'asepsie), les démarches de réduction des risques ne sont pas d'actualité pour une partie des UDVI et il reste donc beaucoup de travail à faire en la matière. Il n'est donc pas rare que les UDVI soient plusieurs à utiliser la même seringue. Par ailleurs, même si le Stéribox est vendu un euro, pour des personnes qui sont en grande difficultés financières, le fait de l'acheter peut constituer un frein...

¹⁰⁰ AIDES (Territoires d'Actions Vallées du Rhône – Lieu de Mobilisation de Bourg-en-Bresse)

Au-delà du produit, la gestuelle de l'injection est aussi addictive que le produit lui-même et elle donne lieu à un véritable rituel dont il peut être très difficile de se défaire. L'injection suscite une fascination spécifique par rapport à d'autres pratiques toxicomaniaques :

« Il y a autant de dépendance à la gestuelle qu'au produit, c'est un rituel qui accroche encore plus que la cigarette. C'est un geste qui obsède... C'est plaisant, agréable, dangereux... Encore plus pour les jeunes : ils sont fascinés par l'idée de se piquer. »

Donc, même si le snif se développe de plus en plus, il faut rester attentif à l'attraction spécifique qu'engendre l'injection, si forte, par-delà le produit lui-même, qu'elle contribue à annihiler l'idée de la prise de risque.

En termes de produits injectés, le Subutex, médicament de substitution et d'aide au sevrage, est fréquemment injecté, comme le constatent également les professionnels :

« Avant, on s'injectait surtout de l'héroïne, de la cocaïne. Aujourd'hui tout le monde s'injecte du Subutex. Le Subutex est devenu la drogue accessible à tous grâce à la CMU. Il y en a beaucoup qui ne sont qu'au Subutex. »

Il ne faut pas néanmoins se méprendre sur ce constat : certes la CMU complémentaire qui rembourse à 100% le Subutex en facilite l'accès, mais le Subutex reste prescrit par les médecins, et il devient de plus en plus difficile sur Bourg, apparemment, de tricher avec les ordonnances, notamment du fait que de plus en plus de pharmaciens sont en lien avec les médecins prescripteurs. En revanche le trafic de Subutex existe à Bourg comme partout ailleurs, mais même revendu dans la rue, il reste financièrement abordable pour les UDVI.

Par ailleurs, F. précise que s'injecter du Subutex n'est pas équivalent à s'injecter de l'héroïne ou de la cocaïne en termes d'effets psychoactifs :

« Avec les premières prises il y a un flash... Et puis, plus on est accro moins il y a de flash... après on en prend juste pour être normal. »

Enfin, s'injecter du Subutex n'a pas non plus le même sens, voire le même impact « sociologique » que de s'injecter de l'héroïne ou de la cocaïne, car le recours au Subutex réduit, dans des proportions variables selon les personnes, le recours aux dealers :

« L'héro, c'est plutôt des gens désinsérés, des zonards, et puis c'est plus difficile à trouver, donc il faut des dealers. Ceux qui injectent du Subutex sont moins dans la rue, ils essayent d'avoir une activité. Le Subutex on l'a en pharmacie, c'est plus facile. »

On peut faire l'hypothèse que ceux qui s'injectent du Subutex acquis en pharmacie, dans le cadre d'un traitement de substitution, même si cette pratique est néfaste pour la santé, ne sont plus tout à fait dans la même démarche que ceux qui ne s'injectent que des produits acquis clandestinement et illégalement. Par ailleurs, le fait d'obtenir une prescription de Subutex implique un minimum d'échange avec le médecin généraliste, puis le recours à une pharmacie. Même s'il y a mésusage du Subutex, l'UDVI est en contact avec des professionnels de santé : il revient, même de manière furtive et détournée, dans le circuit du droit commun.

Pourtant le contact avec le pharmacien notamment, n'est pas toujours facile. Comme on l'a vu dans les réponses de certains des UDVI qui ont participé à l'enquête par questionnaire réalisée dans le Pays de Gex, le regard du pharmacien, parfois perçu comme peu bienveillant ou « jugeant » peut mettre les UDVI très mal à l'aise :

« Quand on va chercher le Stéribox en pharmacie, ou même pour le Subutex, ils ne sont pas toujours très aimables... Parfois on est mal accueillis par les pharmaciens : il n'y a pas de sourire, ils sont agressifs. Certains refusent de nous servir, quand ils ne veulent plus de toxicomanes. »

A l'inverse pourtant, certains pharmaciens peuvent constituer une vraie ressource pour les UDVI, et cet élément est très important à prendre en compte dans la perspective de la mise en place d'un PES. Si tous les UDVI ne sont pas spontanément demandeurs d'échanges verbaux en pharmacie, les quelques mots d'accueil, le regard du pharmacien sont pourtant importants car ils peuvent contribuer à « ré-inclure » la personne dans la vie sociale. Dans certains cas, le pharmacien va jusqu'à conseiller l'UDVI, dans une démarche bienveillante qui peut être très appréciée et constituer une aide dans le cadre du traitement de substitution, malgré les rechutes et les mésusages :

« Ça apporte un maintien dans la prise de Subutex. Il peut y avoir une vraie relation avec le pharmacien quand il y a de la gentillesse, de la courtoisie... On peut parler. Certains me disent de ne pas montrer que je prends du Subutex, car il y a parfois des toxicomanes à l'extérieur de la pharmacie qui nous attendent pour nous voler le traitement... Certains pharmaciens nous donnent des conseils, ils nous disent de ne pas réutiliser les mêmes seringues. »

Parallèlement au fort besoin de certains UDVI de parler et d'être écoutés avec bienveillance, élément qui doit impérativement être pris en compte dans une réflexion sur la réduction des risques sur le bassin burgien, il y a donc cette attente d'un autre regard de la part des professionnels de santé, un regard qui ne condamne pas, n'exclue pas.

Qu'en est-il enfin de l'élimination du matériel d'injection usagé et notamment des seringues ? F. nous dit que beaucoup de seringues sont « jetées dans les poubelles, [des squares, des parcs, ...] et souvent sans protection ». Les seringues seraient également parfois jetées « dans les toilettes publiques, ou n'importe où, dans les bacs de fleurs, ... ». Cet élément vient contredire les informations obtenues auprès de la Ville de Bourg-en-Bresse et de l'agglomération, qui de fait récupèrent très peu de seringues usagées dans les espaces publics ou la voie publique. Reste que compte-tenu du fait que les modalités de vidage des poubelles publiques ont été fortement sécurisées ces dernières années, il n'y a plus d'accident avec d'éventuelles seringues présentes dans ces poubelles, et par ailleurs les seringues ne sont pas forcément toujours repérées.

F. précise néanmoins que la gestion des seringues usagées n'est pas la même selon les publics :

« Le conteneur, c'est pour les gens posés. Ça peut mobiliser ces personnes. Mais les jeunes, les SDF, ils jettent dans les poubelles des lieux publics. »

Les UDVI qui sont dans une consommation « stabilisée », relativement maîtrisée, peuvent avoir le souci de se débarrasser de leurs seringues de manière protégée. En revanche, pour les personnes les plus désinsérées, les plus déstructurées ou simplement les plus jeunes, cette préoccupation a peu de place dans la pratique de l'injection.

Nous avons enfin interrogé F. sur les besoins des UDVI face à la perspective d'un PES, en termes de structures et aussi de kits.

Pour F. un CAARUD serait l'idéal pour les UDVI, car ces structures sont conçues expressément pour favoriser les échanges, le dialogue, l'aide, et elles sont adaptées pour accueillir même les publics les plus désinsérés ou exclus... Mais un PES en pharmacie serait néanmoins une aide, ne serait-ce que du fait de la gratuité du Stéribox.

En ce qui concerne le « kit idéal », F. nous décrit un contenu qui correspond à l'actuel Stéribox, avec des seringues, cotons, stéricups, stérifilts, préservatifs. Une dosette d'acide citrique ne lui paraît pas forcément une bonne idée car cela « brûle les veines ». En revanche un tube de crème cicatrisante est un plus qui peut être vraiment apprécié : certaines crèmes semblent très efficaces et permettent de limiter les traces de piqûres dans les bras. Il y a là une dimension « esthétique » très importante car elle réduit les stigmates de l'addiction et là encore, rapproche d'une certaine « norme sociale ».

4.9. Les besoins du bassin burgien en terme d'échange de seringues

Les **indicateurs** quantitatifs montrent qu'il existe dans l'Ain une population qui s'injecte des drogues (héroïne, cocaïne). Les ventes de Stéribox®, notamment, objectivent ces pratiques : 25 000 kits vendus en 2009, soit 50 000 seringues, mais ces données en volume ne permettent pas d'estimer la population concernée. Les données communiquées par l'InVS à un niveau infradépartemental montrent que le taux de ventes dans le bassin burgien est supérieur de moitié par rapport à la moyenne départementale (25,5 kits pour 100 habitants de 20-39 ans contre 17,0), et qu'il est du double de la moyenne départementale dans la zone Ambérieu – Nantua – Oyonnax (35,7 kits pour 100 habitants de 20-39 ans contre 17,0).

Les autres indicateurs (interpellations, accès aux consultations spécialisées, ventes de médicaments de substitution) confirment l'existence de ce public, mais sont également dépendants de l'activité des services répressifs pour le premier, des services de soins pour les autres, ce qui diminue leur intérêt pour objectiver des besoins.

En extrapolant les estimations nationales à la population de l'Ain, on peut estimer que 700 personnes utiliseraient régulièrement de l'héroïne et que 800 s'injecteraient régulièrement des drogues, ce qui est cohérent avec une file active de 477 personnes suivies en centre de soins spécialisés (selon les rapports d'activité des centres de soins de l'Ain en 2009). Plusieurs dizaines de personnes seraient concernées dans la seule ville de Bourg-en-Bresse.

Les données sanitaires montrent que les infections chroniques, avant tout l'hépatite C, mais aussi l'hépatite B et le VIH, restent des risques importants de l'injection¹⁰¹, ainsi que le décès par surdose du fait de l'utilisation d'opiacés. Les données chiffrées ne reflètent cependant pas avec précision les conséquences sur la santé de l'injection et du sniff de drogue, du fait des limites des systèmes d'information et du fait de l'évolution souterraine de ces maladies infectieuses, qui peuvent se développer à l'insu des personnes infectées faute de dépistage.

L'absence de données sur les infections bactériennes et les candidoses ne doit pas faire oublier que le risque de l'injection est aussi à ce niveau (abcès, phlébite, septicémie, endocardite...).

Tous les **entretiens** convergent sur le fait qu'il existe un réel public d'UDVI sur le bassin burgien, avec une proportion importante de jeunes marginalisés, en grandes difficultés économiques, sociales et souvent aussi psychologiques. Ce public a de réels besoins d'aide matérielle pour assurer sa survie, en termes de logement, d'accès aux soins et à la prévention, et aussi des besoins d'écoute, d'un regard bienveillant de la part des gens « insérés ». En effet, au-delà des problématiques de santé physique courantes qui peuvent concerner tout un chacun (gripes, rhumes, contraception, etc.), des difficultés liées aux pratiques de consommations de drogues (veines abîmées, fosses nasales détériorées, etc.) et des problèmes de santé liés à l'errance et à des conditions de vie précaires (dermatologie, blessures superficielles...), toutes les personnes interviewées soulignent que les UDVI en voie de marginalisation ont un fort besoin d'échange, d'étayage psychologique sans pour autant qu'il s'agisse de soins. Enfin, au-delà du mal-être toujours repéré, et souvent lié à des histoires personnelles douloureuses, un certain nombre de ces UDVI sont concernés par des troubles psychologiques, voire des troubles psychiatriques. Ce public, âgé de moins de 30 ans, majoritairement masculin, peu ou pas stabilisé dans sa consommation de produits psychoactifs, notamment pour les plus jeunes, a également un réel besoin d'aide en matière de réduction des risques : au-delà du mésusage du Subutex®, souvent injecté (ce qui a néanmoins la « vertu » de réduire les contacts avec les réseaux de dealers), les pratiques de partage de seringues et de matériel d'injection n'ont pas disparu, de même que le

¹⁰¹ Et du sniff pour l'hépatite C.

partage de paille pour le sniff : les besoins d'éducation à la réduction des risques sont importants, particulièrement auprès des plus jeunes semble-t-il, et ce d'autant plus que les nouveaux consommateurs sont de plus en plus jeunes.

Une part beaucoup plus faible d'UDVI relativement socialement « insérés », plus âgés, qui ont le plus souvent un logement, et qui parviennent à gérer leur consommation est également repérée. Ces personnes sont peut-être plus à même de prendre soin d'elles, ou du moins de limiter les prises de risques par rapport à leur consommation de drogues.

Les chiffres en matière de Stéribox® vendus en pharmacies et surtout de kits d'injection distribués gratuitement par AIDES Ain-Rhône montrent par ailleurs que la demande ne fléchit pas et qu'elle est même largement à la hausse en ce qui concerne le matériel gratuit.

On notera que la présence des UDVI est bien repérée par les professionnels de santé des CSAPA, CHRS, PAEJ, ADSEA et par les professionnels libéraux : en revanche on ne repère plus guère de matériel usagé abandonné dans les espaces publics ou sur la voie publique. L'agglomération de Bourg-en-Bresse (en charge de la collecte des déchets ménagers sur le territoire) n'a pas eu d'échos d'accidents ou de blessures dans les centres de tris des déchets. De ce fait il n'y a pas de pression des citoyens, des élus ou de tel ou tel corps professionnel pour mettre en place un système de collecte des déchets des UDVI.

En termes de besoins de prise en charge des UDVI qui souhaitent arrêter ou diminuer leur consommation, ou du moins la « stabiliser », le CSAPA Accueil Aide aux Jeunes apporte une réponse aux UDVI, notamment à ceux qui sont prêts à s'engager dans une démarche de substitution dans le respect de certaines règles. Pour les consommateurs « stabilisés » le CSAPA de l'ANPAA 01 peut également apporter un soutien psychothérapeutique et médical. En ce qui concerne les professionnels de santé libéraux, et notamment les médecins généralistes, l'existence du Réseau Addiction 01 a constitué semble-t-il un réel progrès, de mise en lien, d'échanges, d'information et de formation autour de la question de la prise en charge des personnes concernées par une addiction. Cette mise en lien est notamment importante entre médecins et pharmaciens par rapport aux traitements de substitution.

En ce qui concerne l'accueil des UDVI, ce sont les haltes de jour des CHRS, mais aussi le PAEJ Chocolat Chaud qui offrent des espaces de « pause », d'écoute et aussi d'aide de tous ordres aux UDVI qui vivent en errance.

Néanmoins, hormis la distribution par AIDES de matériel gratuit d'injection, rien n'existe aujourd'hui sur le bassin burgien en termes de ressource de réduction des risques : pas de CAARUD (il n'y a d'ailleurs aucun CAARUD sur tout le département de l'Ain), et pas de programme d'échange de seringues en pharmacie.

Compte-tenu du profil des UDVI repérés sur le bassin burgien un CAARUD correspondrait véritablement aux besoins spécifiques de réduction des risques, d'accueil et d'écoute des UDVI, quel que soit leur âge.

En l'absence d'un CAARUD un PES porté par des pharmacies constituerait une ressource pertinente pour l'accès gratuit au matériel d'injection et pour le retour du matériel usagé. Ceci étant, même avec la présence d'un CAARUD, un PES en pharmacie reste une option pertinente pour les UDVI les plus insérés qui ne souhaitent pas fréquenter ou être vus dans un CAARUD, et d'une manière plus générale pour tous les UDVI en dehors des heures d'ouverture du CAARUD. Par ailleurs, le recours à la pharmacie a peut-être un sens particulier, au niveau symbolique, en termes de retour vers les ressources de droit commun.

Idéalement, les deux ressources sont donc complémentaires et peuvent contribuer à aider les UDVI à sortir de la marginalité et des prises de risques qu'elle implique.

5. SYNTHÈSE

5.1. La réduction des risques (RdR) : de l'objectif de « guérison » à celui d'évitement de l'aggravation des problèmes de santé

La notion de la réduction des risques est relativement nouvelle dans l'histoire de la prise en charge des addictions. Si il y a quelques dizaines d'années, comme pour l'alcool, la consommation de substances psychoactives illicites renvoyait au vice et à la dépravation, peu à peu, les médecins se sont mis à considérer ces pratiques sous l'angle de la dépendance et de la pathologie. C'est la loi de 1970 qui pose véritablement un jalon dans cette évolution en considérant l'usager de drogues comme un individu à la fois délinquant et malade. Face à ces malades l'objectif des professionnels de santé est logiquement la « guérison », c'est-à-dire le sevrage puis l'abstinence. La notion de maladie amène donc celles de traitement, de thérapie, de soins... Dans la réalité, il s'est néanmoins avéré que l'objectif de sevrage était très difficile à atteindre et qu'entre le « tout ou rien » il fallait poser d'autres objectifs intermédiaires, faute de quoi la prise en charge des toxicomanes perdait son sens. C'est pourquoi, dès le milieu des années 80, dans un contexte de développement de l'épidémie de sida, la Direction Générale de la Santé définit le lien qui unit la réduction des risques et le soin. Ainsi, sans renoncer à l'objectif de soin et d'arrêt de la consommation de stupéfiant chez les usagers de drogue par voie injectable (UDVI), la Direction Générale de la Santé évoque l'acceptation de la notion de dépendance chez ce public et parallèlement à l'objectif de soins, elle pose un objectif de réinsertion sociale. Cette définition implique donc l'acceptation de la longue durée et d'étapes, de rechutes, dans le parcours des UDVI vers la « guérison » : en *attendant* le sevrage et l'abstinence, il s'agit d'aider les UDVI à se « *garder en bonne santé* » et donc, de réduire les risques liés à la consommation de drogues : surdoses, infections diverses (VIH, hépatites, et autres maladies infectieuses...). C'est afin de réduire ces risques que les traitements de substitution se sont développés (méthadone, buprénorphine haut dosage¹⁰²), avec également la délivrance de matériel d'injection stérile (kits Stéribox®), notamment au travers de programmes d'échanges de seringues (PES). Ces programmes sont basés sur la délivrance gratuite de matériel d'injection stérile, en échange du matériel d'injection usagé que doivent rapporter les UDVI. Ce retour du matériel usagé permet de diminuer les risques d'accidents et de contamination du fait de seringues abandonnées dans les espaces publics, mais il évite ou réduit aussi la réutilisation par les UDVI de leur matériel usagé. Depuis 2004, l'Organisation Mondiale de la Santé a repris à son compte les principes fondant la réduction des risques en ce qui concerne les traitements de substitution et la délivrance de matériel stérile. De même, la déclaration de Dublin de février 2004, placée sous l'égide de l'ONUSIDA, regroupe 53 pays d'Europe et reconnaît les principaux facteurs contribuant à la dissémination du VIH : elle souligne le besoin d'étendre les interventions de réduction des risques, le but étant que les programmes d'échanges de seringues atteignent au moins 60 % des UDVI.

Aujourd'hui la notion de réduction des risques continue à se développer et à s'affiner : au-delà du risque de surdose et du risque d'infections, c'est également la préservation du capital veineux qui est visée, notamment par le biais d'une « éducation » aux pratiques d'injection.

En ce qui concerne les impacts de la réduction des risques et notamment des programmes d'échange de seringue, la littérature scientifique montre qu'ils sont positifs : diminution notable des surdoses du fait des traitements de substitution et forte diminution des infections au VIH... Les modes de contamination en ce qui concerne les hépatites B et C étant beaucoup plus diversifiés (au-delà même des pratiques de consommation de produits psychoactifs), l'impact est plus modeste que pour le VIH. Si les constats sont positifs en matière d'état de santé des UDVI, il

¹⁰² Subutex®, puis les génériques buprénorphine Arrow® et Mylan®.

semble également qu'ils montrent un meilleur accès des UDVI au système de soins et au « soin de soi ».

Les principaux acteurs de la réduction des risques aujourd'hui, en matière de soins sont les Centres de Soins et d'Accompagnement en Addictologie (CSAPA) qui initient et supervisent les traitements de substitution et proposent des psychothérapies aux usagers de drogues. Les CSAPA peuvent également délivrer gratuitement du matériel de réduction des risques, mais tous ne le font pas, certains redoutant que cela ne crée une confusion dans l'esprit des UDVI qui sont en principe suivis par un CSAPA dans le cadre d'un soin et d'une démarche d'arrêt des consommations.

Les médecins généralistes qui suivent des UDVI, notamment sous l'angle des traitements de substitution, constituent également des acteurs de première ligne¹⁰³, ainsi que les pharmaciens qui peuvent vendre des seringues librement depuis le décret de 1987. Les pharmaciens vendent notamment aujourd'hui des Stéribox® et ils sont impliqués dans plusieurs territoires en France dans des programmes d'échanges de seringues (PES). Notons que les évolutions réglementaires en cours, notamment sur le principe de Responsabilité Elargie du Producteur (REP) devraient, logiquement, amener les pharmaciens à prendre en charge les matériels usagés (notamment d'injection) qui auront été vendus dans leurs pharmacies. La question du retour des seringues dans le cadre des PES en sera certainement modifiée, car spontanément, aujourd'hui, un certain nombre de pharmaciens, s'appuyant sur les règles en vigueur en matière de stockage des DASRI, avancent qu'ils ne peuvent assumer le retour de matériel d'injection usagé faute d'avoir les moyens matériels (locaux, aération, etc.) pour le faire.

Enfin, différentes associations (qui portent d'ailleurs souvent des CAARUD, mais pas toujours) comme AIDES, KEEP SMILING, ASUD et d'autres (on repère des acteurs associatifs dans tous les départements de Rhône-Alpes), constituent des ressources importantes et pertinentes tant au plan de l'éducation pour la santé que de la réduction des risques, notamment par la délivrance de matériel d'injection stérile gratuit.

En tout état de cause la philosophie de la réduction des risques n'est pas remise en cause aujourd'hui : une sorte de consensus médical, social et politique a émergé qui établit que l'on ne peut avoir pour unique objectif sanitaire le sevrage. Pour des personnes souffrant d'addictions, la notion de cheminement, d'étapes, est aujourd'hui prise en compte et la réduction des risques vise à permettre aux UDVI de franchir ces étapes pour enfin parvenir à sortir de l'addiction.

Dans la réalité, il semble que les traitements de substitution créent parfois une certaine dépendance, même si les personnes parviennent à se réinsérer socialement, et à reprendre une vie « normale », avec logement et souvent emploi...

Les débats et recherches sont donc loin d'être clos en matière de soins, de sens et de pratiques de la réduction des risques, mais les objectifs de survie, de vie et de qualité de vie des UDVI, personnes le plus souvent fragiles au plan social, économique et psychologique, demeurent.

5.2. L'évaluation du Programme d'Echange de Seringues du Pays de Gex

L'évaluation du PES du Pays de Gex, qui implique 17 pharmaciens du territoire, est portée par l'équipe gessienne du CSAPA Accueil Aide aux Jeunes. Elle a mis en lumière plusieurs enseignements importants.

En premier lieu, il apparaît possible de mobiliser des pharmaciens pour ce type de démarche et certains d'entre eux sont effectivement réellement intéressés et motivés par l'objectif de réduction des risques chez les UDVI. Si des craintes ont pu exister face à ce public particulier, elles sont rapidement tombées. Alors que les contacts avec les UDVI peuvent être parfois problématiques

¹⁰³ Prescription (initiale ou renouvellement) de buprénorphine, renouvellement de prescription de méthadone.

lorsque ces derniers tentent d'obtenir davantage de Subutex que ce qui est prescrit sur leur ordonnance, l'échange de seringues ne crée aucune difficulté : qu'il s'agisse de chercher du matériel stérile ou de rapporter du matériel usagé, les rapports entre pharmaciens et UDVI sont simples et non conflictuels. La plupart du temps, il semble qu'il y ait peu d'échanges entre pharmaciens et UDVI : le contact est plutôt rapide, furtif.

Après une montée en charge de la délivrance de kits depuis plusieurs années (le programme existe depuis 1994), on observe une baisse du volume de seringues délivrées depuis quelques années, avec en revanche une hausse apparente du matériel usagé rapporté.

Ces résultats peuvent s'expliquer par de nouvelles pratiques des UDVI qui se fournissent ailleurs ou autrement en seringues (n'oublions pas que la Suisse toute proche offre également de nombreux programmes de réduction des risques, notamment à Genève)... Ils sont peut-être aussi le signe d'un essoufflement des pharmaciens et du programme en général : le PES est entré dans une sorte de routine qui nécessiterait sans doute une remobilisation des pharmaciens.

En ce qui concerne le retour du matériel usagé, ces résultats sont étonnants. Alors que la plupart des pharmaciens interrogés déclarent que les UDVI rapportent très rarement les seringues usagées, les chiffres indiquent un volume supérieur à ce qui est distribué. Le fait est que les conteneurs de seringues usagées sont pesés par l'entreprise en charge de leur collecte et de leur élimination, mais que le contenu de ces conteneurs n'est pas vérifié.

Par ailleurs, on ne repère plus sur le Pays de Gex de problématique de seringues usagées abandonnées sur la voie publique ou dans des espaces publics : des amoncellements de seringues sont parfois retrouvés dans des squats mais, globalement, on peut supposer que la majeure partie des seringues usagées sont jetées avec les ordures ménagères. En tout état de cause, les seringues ne sont plus un risque dans les espaces publics.

Le programme d'échange de seringues est, au bilan, jugé utile et pertinent à la fois par les pharmaciens, qui souhaitent continuer à y participer, et par les UDVI qui ont accepté de répondre à l'enquête que nous avons menée par questionnaires. Pour tous, l'accès gratuit à des seringues réduit les risques pour la santé. Par ailleurs, l'échange et l'accueil bienveillant des pharmaciens sont très appréciés des UDVI qui se sentent alors mieux acceptés. A l'inverse, lorsque le regard du pharmacien est ressenti comme froid ou « *jugeant* » cet échange est moins ou peu « restructurant », aidant pour l'UDVI.

Reste qu'une remobilisation des pharmaciens est probablement nécessaire pour redonner aux pharmaciens le sens et le goût de cet échange avec les UDVI, et les requestionner sur le sens du retour du matériel usagé. S'il n'y a plus de problèmes dans les espaces publics, le retour du matériel usagé reste néanmoins un geste citoyen qui implique les UDVI et a peut-être une valeur thérapeutique et resocialisante.

5.3. Capitalisation d'autres Programmes d'Echanges de seringues

➤ Différentes formes d'organisation de PES en Rhône-Alpes

Les différents Programmes d'Echanges de Seringues impliquant des pharmacies qui ont été examinés, en Rhône-Alpes et dans le Jura, montrent qu'il y a autant de formes de PES que de territoires : s'appuyant ou non sur des CAARUD ou des CSAPA, impliquant une dizaine de pharmacies ou seulement deux ou trois, on note que les possibilités sont multiples, qui reflètent toujours la structuration du territoire en matière d'organisation de prise en charge des UDVI et de dispositifs de réduction des risques. On repère également selon les territoires différents modes de financements des PES (Etat, collectivités locales...), et différents modes de fonctionnement (avec un coordonateur dédié, avec un coordonateur qui a d'autres missions...).

Néanmoins, sur tous les territoires, la motivation et l'intérêt individuels des pharmaciens pour aider les UDVI est déterminante. Participer à une action de réduction des risques, qui implique un travail supplémentaire, du temps, mais sans contrepartie financière, ne va pas de soi, et il est

indispensable que le responsable de la pharmacie soit personnellement sensibilisé à la problématique pour que l'adhésion à un PES soit effective.

Par ailleurs, pour que cette adhésion des pharmaciens se maintienne sur la durée et que le PES fonctionne, il apparaît que, quel que soit le territoire, l'animation et la coordination du PES par un tiers est indispensable : la présence régulière sur le terrain, la disponibilité face aux questions des pharmaciens ou à leurs difficultés logistiques et matérielles liées au PES, sont des éléments indispensables à la réussite d'un tel programme.

➤ **Différents types d'UDVI en Rhône-Alpes : un PES ne répond qu'en partie aux besoins des UDVI les plus précarisés et désinsérés**

En termes de publics d'UDVI, globalement, on repère en Rhône-Alpes, de manière très schématique trois types de profils :

- Les urbains, péri-urbains ou ruraux relativement socialement insérés, qui ne sont pas déconnectés du droit commun, ont un lieu de résidence fixe, et ont un fort besoin d'anonymat
- Les précarisés désinsérés, qui vont les ressources des milieux urbains. Ils ne sont pas forcément stables en termes de lieu de résidence, et peuvent avoir un mode de vie plutôt « nomade ». Ils sont plutôt jeunes et globalement éloignés du droit commun (jeunes avec chiens, *teufeurs*, ...).
- Les travailleurs saisonniers : qui connaissent des formes de précarité et sont plutôt « nomades »

Compte-tenu de ces différents profils, on a repéré différents besoins en matière de réduction des risques, mais aussi d'accueil, d'aide, d'anonymat... Pour les publics les plus désinsérés, les CAARUD répondent aux besoins d'accueil « sans conditions » (c'est-à-dire notamment avec des chiens), et sans objectif de sevrage ou même de soin. Par ailleurs les CAARUD offrent une aide matérielle (lavage du linge, douche, collation, ...) une aide administrative et des possibilités de dialogue, en individuel ou en collectif, et enfin un étayage en matière « d'éducation pour la santé », qui ne sont pas envisageables en pharmacie pour des raisons matérielles (temps, espace notamment).

En revanche, les pharmacies, de par l'amplitude de leurs heures d'ouverture, sont beaucoup plus accessibles que les CAARUD qui ne sont en général pas ouverts tous les jours, toute la journée, les samedis etc. Enfin, les pharmacies s'inscrivent dans la routine de la « normalité sociale » dans les ressources du droit commun : en ce sens elles offrent des possibilités d'anonymat bien supérieures aux CAARUD qui peuvent être plus « stigmatisants » socialement pour ceux qui sont vus y entrer ou en sortir.

Ainsi, les PES offrent un avantage notable en matière de souplesse d'accès et d'anonymat, mais ils ne constituent qu'une réponse partielle aux besoins des usagers les plus désinsérés, les plus précarisés et qui ont les consommations les plus problématiques. Pour ces derniers, un CAARUD reste la réponse la plus complète et la plus adaptée, même si un PES en pharmacie est complémentaire et stabilise, sécurise l'accès à du matériel d'injection stérile.

➤ **Mettre en place un programme d'échange de seringues : différents choix à effectuer**

L'examen des différentes réalités Rhône-alpines en matière de PES, montre que la mise en place d'un tel programme implique une réflexion sur les outils même de réduction des risques, les moyens de les livrer aux pharmaciens, mais également de collecter le matériel usagé. Il est donc très important d'envisager, avant le démarrage formel du PES, quels seront les choix dans les domaines suivants :

- Les kits : Stéribox®, Kits + ou « kits maison » ? Dans le cas des « kits maison » il sera indispensable de faire des choix sur leur contenu : au-delà des seringues stériles, des cotons imprégnés d'alcool, des préservatifs, des Stéricup® et des Stérifilt®, qui semblent aujourd'hui constituer une base universelle, les kits peuvent également contenir, ou non, des « *Roule ta paille* », des pommades cicatrisantes, des dosettes d'acide citrique : ces éléments ne sont pas anodins et relèvent de véritables prises de position ou approches.

- La livraison des kits : par le personnel « maison », bénévoles ou salariés, ou par des grossistes-répartiteurs ? Quelle sera la périodicité de la livraison ?
- Les conteneurs de collecte : leur volume, leur format, leur mode d'ouverture (ronde ou rectangulaire, avec ou sans clapet de sécurité, qui empêche le matériel de ressortir mais qui empêche aussi de voir le contenu...).
- La collecte des conteneurs et l'élimination du matériel usagé : collecte par personnel « maison » bénévoles ou salariés, avec un véhicule sécurisé ou non, ou avec une entreprise spécialisée dans la collecte des déchets à risques infectieux, à quelle périodicité... ?
- L'exigence ou non du retour de la part des usagers. Là encore, il s'agit d'une position à discuter, car elle peut varier d'un professionnel, d'un spécialiste ou d'un militant à l'autre. Au regard de la terminologie « Programme d'échange de seringues », il sera important de réfléchir à la place et au sens que l'on donnera au retour du matériel usagé. Le fait de faire appel à la responsabilité et l'esprit civique des UDVI par rapport aux risques que peuvent représenter les seringues usagées dans les espaces publics ou les ordures ménagères peut favoriser la motivation de certains pharmaciens. Il apparaît même que le retour peut avoir une valeur symbolique forte : au-delà du geste citoyen qui évite les risques d'accidents, le fait de rapporter les seringues usagées en pharmacie implique un échange, voire peut-être un « contre-don » au sens anthropologique du terme. Les pharmaciens rendent un service, gratuitement, dans le but d'éviter la propagation du VIH et du VHC chez les UDVI, mais ils ne veulent pas être vus ou se sentir comme des « *dealers* », des acteurs qui encouragent la toxicomanie. Dans ce contexte, le retour du matériel usagé constitue sans doute une forme de reconnaissance de la part des UDVI du service rendu par les pharmaciens, mais aussi, un échange de service vis-à-vis de la société.

Par ailleurs, il y a également un travail de réseau à réaliser avec les différents acteurs présents localement, qui sont en lien avec les UDVI : médecins généralistes, CSAPA, hôpital, associations de terrain, etc. C'est le travail en réseau qui permet les échanges d'information, les échanges sur les difficultés et les pratiques, et qui peut, au bilan, enrichir la perception qu'ont les pharmaciens des problématiques des UDVI et de leurs besoins. Ce travail de lien et de partenariat relève du coordonnateur du PES et peut-être plus ou moins développé selon le temps prévu et affecté à la coordination du PES.

Ainsi, il apparaît clairement que la mise en place d'un PES en pharmacies nécessite des ressources dédiées. La présence d'un coordonnateur ou d'un responsable est ainsi indispensable : la mobilisation et remobilisation des pharmaciens au fil des mois et des années, (sur les drogues, les publics d'UDVI, la RdR, l'échange de seringues...) le suivi de la livraison des seringues stériles, le suivi de la collecte des conteneurs usagers, impliquent un temps de travail important, d'autant plus important que les pharmaciens sont nombreux dans ce PES. C'est un temps de travail qui ne peut se confondre avec aucun autre et qui nécessite donc du personnel et un temps dédié spécifique, un espace de travail. Cela implique donc des budgets supplémentaires lorsque les structures porteuses existent déjà (CAARUD, CSAPA, associations diverses), ou des budgets nouveaux lorsque rien n'existait.

Le montage d'un PES constitue une étape importante en soi : repérage puis information et mobilisation des pharmaciens, mise en route du PES. Globalement, on peut considérer que deux années de fonctionnement sont nécessaires pour qu'un PES atteigne son rythme de croisière. Par la suite, la tendance est plutôt à la montée en charge, lorsque les pharmaciens sont véritablement actifs au sein du PES : signe de l'utilité des PES mais aussi du fait qu'un tel programme ne peut être mené avec des « bouts de ficelles » en termes de compétences et de finances...

5.4. Les besoins du bassin burgien en matière de réduction des risques

5.4.1. Les indicateurs disponibles

Peu d'indicateurs permettent de décrire **l'usage de drogues injectables et sniffables (héroïne, cocaïne)** dans le bassin burgien.

Les données nationales montrent que l'usage d'héroïne et de cocaïne sont en hausse, l'extension étant géographique (vers les zones péri-urbaines et rurales) et en termes de public (vers de nouveaux publics plus jeunes, bien insérés ou précarisés). L'injection reste répandue mais semble en baisse, alors que le sniff est en hausse (ainsi que l'usage de crack, qui est fumé).

Les enquêtes en population générale ne permettent pas de déterminer le nombre de personnes concernées, et la seule estimation disponible réalisée par l'OFDT date de 2006 et concerne la France entière. En rapportant les taux observés au niveau national au département de l'Ain, on estime qu'il y aurait 2210 usagers « problématiques » de drogue dans l'Ain (à savoir l'injection et/ou l'usage régulier d'héroïne, cocaïne ou amphétamine), dont 155 à Bourg-en-Bresse. Parmi ceux-ci :

- 710 seraient des usagers réguliers d'héroïne (au moins une fois par mois), dont 50 à Bourg-en-Bresse,
- 790 s'injecteraient régulièrement des drogues (au moins une fois par mois), dont 55 à Bourg-en-Bresse.

Cette estimation fait l'hypothèse que les « usagers problématiques » de drogue de l'Ain sont conformes à la moyenne nationale. Cette hypothèse ne peut être démontrée, mais d'une part elle est cohérente avec le nombre de 500 personnes suivies en centre de soins spécialisés, et avec les autres indicateurs disponibles, pour lesquels l'Ain est soit en dessous de la moyenne nationale, soit au dessus. Ainsi :

- Il y a moins d'interpellations pour usage d'héroïne, de cocaïne ou d'ecstasy dans l'Ain qu'en France, moins de ventes de médicaments de substitution aux opiacés, et aussi moins de recours aux centres de soins spécialisés.
- Il y a par contre plus de kits Stéribox® vendus dans l'Ain qu'en France.

Les ventes de kits Stéribox® sont sans doute l'indicateur reflétant le mieux les besoins des UDVI, car ils sont achetés à l'initiative des UDVI eux-mêmes et ils sont largement disponibles dans les pharmacies¹⁰⁴. Ainsi, 25 000 kits ont été vendus en 2009 dans l'Ain, soit 50 000 seringues. Il s'agit cependant de volumes de ventes, qui ne permettent pas d'estimer un nombre d'UDVI, ni de distinguer si des ventes importantes sont liées à un grand nombre d'usagers ou à une « fidélisation » de ceux-ci.

Les données de ventes de Stéribox® nous ont été communiquées par l'InVS à un niveau infra-départemental. Elles montrent que la zone de Bourg-en-Bresse a un taux de ventes supérieur au taux départemental (25 kits pour 100 habitants de 20-39 ans contre 17) ainsi que la zone de Nantua, qui inclut aussi Ambérieu-en-Bugey et Oyonnax (35 kits pour 100 habitants contre 17). Rappelons qu'il ne s'agit que de ventes, les kits distribués gratuitement par des associations ou dans le cadre d'échange en officine ne sont pas comptabilisés ici.

Ces données objectivent donc l'existence de pratiques d'injection de drogue sur le bassin burgien, et plus encore dans la zone adjacente d'Ambérieu – Nantua – Oyonnax. Elles ne permettent cependant pas d'estimer un nombre de personnes concernées.

¹⁰⁴ Alors que les indicateurs d'interpellations sont liés à l'activité des services répressifs, et que les indicateurs de recours aux soins et à la substitution sont liés à l'offre de soins et aux pratiques professionnelles des soignants.

En ce qui concerne **les problèmes de santé dus à l'injection et/ou l'usage régulier d'héroïne ou de cocaïne**, les risques sont surtout infectieux. Là encore, du fait de la faible prévalence d'usagers dans la population générale, les indicateurs de santé reflètent difficilement ces problèmes de santé, et les données locales, quand elles sont disponibles, montrent des effectifs réduits sur lesquels il peut être difficile de faire un suivi valide. Quatre problèmes de santé majeurs peuvent cependant être décrits par des indicateurs :

- **L'hépatite C** représente aujourd'hui le risque majeur pour les UDVI (l'injection multipliant le risque d'infection par 94) mais également le sniff (risque multiplié par 7). Près d'un UDVI sur deux serait infecté. Il y a eu 382 nouveaux cas en Rhône-Alpes en 2009, dont 104 ayant le risque injection et 59 ayant le risque sniff (pas de données pour le seul département de l'Ain). Il faut souligner le fait que de nombreuses personnes n'ont pas eu de dépistage et ne connaissent pas leur statut sérologique. Cette méconnaissance fait que l'hépatite C peut évoluer de façon chronique vers la cirrhose ou le cancer du foie, en l'absence de traitement.
- **L'hépatite B** est également un risque important pour les UDVI, mais les données des nouveaux cas en 2009 n'ont pas encore été exploitées par les centres de référence. Rappelons que cette maladie peut être évitée par la vaccination (qui est loin d'être généralisée chez les UDVI), et qu'elle évolue aussi fréquemment vers la chronicité.
- **Les infections au VIH**, et le sida qui était historiquement le risque majeur pour les UDVI dans les années 1990, ont depuis très fortement reculé, notamment grâce aux programmes de réduction des risques. Ainsi, de 2003 à 2009 (en 7 ans), il y a eu 95 nouveaux cas d'infection VIH dans l'Ain, dont 8 chez les UDVI. Ces petits effectifs peuvent paraître rassurants. L'injection reste cependant un facteur de risque important, les UDVI ayant 18 fois plus de risque d'être infectés que des adultes hétérosexuels du même âge.
- **Les décès par surdose** ont eux aussi fortement diminué depuis le milieu des années 1990, mais ils sont de nouveau en augmentation depuis 2003. Les opiacés sont en cause dans la grande majorité des cas. Le risque de décès par surdose est comparable à celui d'être infecté par le VIH, puisqu'il y a eu 3 décès dans l'Ain en 3 ans (2005-2007).

Ces données chiffrées (quand elles existent) objectivent l'existence de dommages liés à l'usage problématique de drogues. Les effectifs relativement faibles des nouveaux cas de maladie ne doivent pas occulter le fait que les infections par les virus des hépatites C et B et par le VIH sont des maladies chroniques qui se développent sur de nombreuses années, souvent à bas bruit.

Enfin, l'absence de données sur les **infections bactériennes et les candidoses** ne doit pas faire oublier que le risque de l'injection est aussi à ce niveau (abcès, phlébite, septicémie, endocardite...).

5.4.2. Les besoins perçus des UDVI du bassin burgien par les acteurs locaux, et les réponses existantes

- **Des UDVI bien repérés par les acteurs locaux, qui sont majoritairement désinsérés ou socialement très fragiles**

Tous les témoignages convergent sur le fait qu'il existe un réel public d'UDVI sur le bassin burgien, avec une proportion importante de jeunes marginalisés, en grandes difficultés économiques, sociales et souvent aussi psychologiques.

Ce public de jeunes UDVI désinsérés a des besoins d'aide matérielle pour assurer sa survie, en termes de logement, d'accès aux soins et à la prévention, mais aussi des besoins d'écoute, d'un

regard bienveillant de la part des gens « insérés ». En effet, au-delà des problématiques de santé physique courantes qui peuvent concerner tout un chacun (grippes, rhumes, contraception, etc.), des difficultés liées aux pratiques de consommations de drogues (veines abîmées, fosses nasales détériorées, etc.) et des problèmes de santé liés à l'errance et à des conditions de vie précaires (dermatologie, blessures superficielles...), toutes les personnes interviewées soulignent que les UDVI en voie de marginalisation ont un fort besoin d'échange, d'étayage psychologique sans pour autant qu'il s'agisse de soins. Enfin, au-delà du mal-être toujours repéré, et souvent lié à des histoires personnelles douloureuses, un certain nombre de ces UDVI sont concernés par des troubles psychologiques, voire des troubles psychiatriques.

Ce public, globalement âgé de moins de 30 ans, majoritairement masculin, peu ou pas stabilisé dans sa consommation de produits psychoactifs, notamment pour les plus jeunes, a également un réel besoin d'aide en matière de réduction des risques : au-delà du mésusage du Subutex, souvent injecté (ce qui a néanmoins la « vertu » de réduire les contacts avec les réseaux de dealers), les pratiques de partage de seringues et de matériel d'injection n'ont pas disparu, de même que le partage de roule-ta-paille pour le snif : les besoins d'éducation à la réduction des risques sont importants, particulièrement auprès des plus jeunes semble-t-il, et ce d'autant plus que les nouveaux consommateurs sont de plus en plus jeunes et donc très vulnérables et malléables

Une part beaucoup plus faible d'UDVI relativement socialement « insérés », plus âgés, qui ont le plus souvent un logement, et qui parviennent à « contrôler » leur consommation est également repérée. Ces personnes sont peut-être plus à même de prendre soin d'elles, ou du moins de limiter les prises de risques par rapport à leur consommation de drogues.

➤ **La présence d'UDVI est confirmée par les ventes de Stéribox... mais n'est plus visible par du matériel d'injection abandonné dans les espaces publics**

Les chiffres en matière de Stéribox vendus en pharmacies et surtout de kits d'injection distribués gratuitement par AIDES Ain-Rhône montrent que la demande ne fléchit pas et qu'elle est même largement à la hausse en ce qui concerne le matériel gratuit.

On notera que la présence des UDVI est bien repérée par les professionnels de santé des CSAPA, CHRS, PAEJ, ADSEA et par les professionnels libéraux. En revanche on ne repère plus guère de matériel usagé abandonné dans les espaces publics, la voie publique. L'agglomération de Bourg-en-Bresse (en charge de la collecte des déchets ménagers sur le territoire) n'a pas eu d'échos d'accidents ou de blessures dans les centres de tris des déchets. De ce fait il n'y a pas de pression des citoyens, des élus ou de tel ou tel corps professionnel pour mettre en place un système de collecte des déchets des UDVI.

➤ **Les ressources du bassin burgien pour les UDVI**

En termes de ressources de prise en charge des UDVI qui souhaitent arrêter ou diminuer leur consommation, ou du moins la « stabiliser », le CSAPA Accueil Aide aux Jeunes apporte une réponse aux UDVI, notamment à ceux qui sont prêts à s'engager dans une démarche de substitution dans le respect de certaines règles. Pour les consommateurs « stabilisés » le CSAPA de l'ANPA 01 peut également apporter un soutien psychothérapeutique et médical. En ce qui concerne les professionnels de santé libéraux, et notamment les médecins généralistes qui suivent des UDVI, l'existence du Réseau Addiction 01 a constitué semble-t-il un réel progrès, de mise en lien, d'échanges, d'information et de formation autour de la question de la prise en charge des personnes concernées par une addiction. Cette mise en lien est notamment importante entre médecins et pharmaciens par rapport aux traitements de substitution.

En ce qui concerne l'accueil des UDVI, ce sont les haltes de jour des CHRS, mais aussi le PAEJ Chocolat Chaud qui offrent des espaces de « pause », d'écoute et aussi d'aide de tous ordres aux UDVI qui vivent en errance.

Néanmoins, hormis la distribution par AIDES de matériel gratuit d'injection, rien n'existe aujourd'hui sur le bassin burgien en termes de ressource de réduction des risques : pas de CAARUD (il n'y a d'ailleurs aucun CAARUD dans le département de l'Ain), et pas de programme d'échange de seringues en pharmacie.

5.4.3. Les réponses possibles à mettre en œuvre

➤ Un CAARUD et un PES : une vraie complémentarité

Compte-tenu du profil des UDVI repérés sur le bassin burgien, largement composé de personnes socialement fragiles ou désinsérées, **un CAARUD correspondrait véritablement aux besoins spécifiques de réduction des risques, d'accueil et d'écoute de ces UDVI**, qui ne sont pas stabilisés socialement ni dans leur consommation.

En l'absence d'un CAARUD, **un PES porté par des pharmacies constituerait une ressource pertinente** pour l'accès gratuit à du matériel d'injection, un accès de plus facilité du fait des plages d'ouvertures des pharmacies. Un PES permettrait également le retour du matériel usagé.

Ceci étant, **même avec la présence d'un CAARUD sur la ville, un PES en pharmacie reste une option pertinente pour les UDVI les plus insérés** qui ne souhaitent pas fréquenter ou être vus dans un CAARUD, et d'une manière plus générale pour tous les UDVI en dehors des heures d'ouverture du CAARUD. Par ailleurs, le recours à la pharmacie peut avoir un sens particulier pour les UDVI, au niveau symbolique, en termes d'utilisation des ressources de droit commun, d'opportunité de resocialisation.

Idéalement, CAARUD et PES sont deux ressources complémentaires qui, au-delà de l'aide à la réduction des risques en matière d'injection, peuvent contribuer à aider les UDVI à sortir de la marginalité, à prendre davantage soin d'eux-mêmes.

➤ Le besoin d'impliquer tous les partenaires locaux dans une réflexion sur le sens et les moyens de la « RdR »

On notera par ailleurs que les entretiens menés avec les pharmaciens dans la présente étude montrent que pour certains d'entre eux la notion de réduction des risques recouvre avant tout le risque de contamination pour les non consommateurs de drogues, notamment au travers des seringues souillées abandonnées dans les espaces publics. Pour eux l'intérêt d'un PES est avant tout la protection de la population face aux risques d'accidents avec les seringues souillées, d'où l'importance majeure accordée au retour des seringues usagées. Or, il n'y a pratiquement plus aujourd'hui de problème de seringues usagées dans les espaces publics de l'agglomération. Par ailleurs la philosophie de la réduction des risques est bien centrée sur la protection des UDVI, afin que leur consommation de substances psychoactives ne détériore pas ou n'aggrave pas leur état de santé. Il y a donc, sur le fond aussi, **un important travail d'explicitation à réaliser auprès des pharmaciens intéressés par un PES**, en matière de principes et d'objectifs de la réduction des risques. Ce qui ne doit pas exclure d'ouvrir le débat sur le sens et l'importance du retour du matériel usagé pour les pharmaciens comme pour les UDVI : le retour du matériel doit-il être impérativement exigé, doit-il constituer une condition obligatoire pour avoir accès à du matériel stérile ? Ou au contraire le retour doit-il être encouragé sans pour autant être obligatoire ? Cette question est d'importance car le retour apparaît souvent d'emblée comme « normal » : pour de nombreux professionnels il implique une participation de l'UDVI au PES, une forme de « contre-don » au sens anthropologique du terme...

De même, pour les pharmaciens – comme pour les médecins généralistes – le fait de suivre un patient en substitution alors que l'on sait qu'il continue, en parallèle, à avoir des pratiques

d'injection peut être problématique : pharmaciens comme médecins ne veulent pas être considérés comme des « *dealers* », complices de l'addiction, voire, ils ne veulent pas risquer d'encourager l'addiction. Cette appréhension est levée lorsque **l'objectif à court terme du professionnel n'est pas le sevrage de l'UDVI, sa « guérison »** et que celle-ci est considérée comme un objectif à long terme qui sera marqué par des étapes, des rechutes etc. Avant d'arriver à un sevrage ou du moins à une stabilisation qui permettra la vie en société, **l'objectif principal doit rester la réduction des risques d'infection, de surdose, et de détérioration du capital veineux chez les UDVI.**

Enfin, il apparaît que si seule une poignée de pharmaciens du bassin burgien participent à un PES, cela risque de décourager certains des professionnels motivés qui pourraient alors avoir l'impression de se « dévouer » pour tous les autres en récupérant toute la clientèle d'UDVI ayant besoin de matériel d'injection stérile. **La notion de partage de la « contrainte » entre plusieurs pharmaciens** ne doit donc pas être négligée, même si au départ, un noyau de pharmaciens à véritablement envie d'aider les UDVI et de s'impliquer dans cette démarche.

La sensibilisation et l'implication des pharmaciens pourrait par ailleurs peut-être être encouragée par un éventuel soutien de **l'Ordre des pharmaciens** ou encore du **Syndicat des Pharmaciens de l'Ain**. Si de tels soutiens pouvaient être obtenus pour défendre la démarche de réduction des risques par un PES cela pourrait peut-être encourager une certaine frange de pharmacies plus « frileuses » face aux UDVI à s'engager dans un PES.

6. PISTES D'ACTION

Au vu des résultats de cette étude, qui s'appuie sur une synthèse bibliographique, l'évaluation du PES du Pays de Gex, ainsi que des témoignages d'acteurs locaux et d'usagers de drogue par voie intraveineuse, **quatre grandes pistes d'action** peuvent être proposées :

➤ 1/ Le Programme d'Echange de Seringues du Pays de Gex : deux propositions pour améliorer son fonctionnement et renforcer son activité

Ce programme fonctionne et est jugé utile et pertinent par les personnes qui ont répondu à l'enquête, pharmaciens comme UDVI.

On peut néanmoins proposer deux pistes de travail pour affiner et développer le travail déjà réalisé :

- Redévelopper le travail de terrain des professionnels d'AAJ auprès des pharmaciens, qui existe déjà, mais qui s'est un peu essoufflé au fil du temps, et qui permettrait de remotiver et de remobiliser ces professionnels notamment autour :
 - De l'accueil des UDVI en pharmacie. Le lien avec les UDVI peut être plus fort et, au minimum, le regard porté par le pharmacien sur l'UDVI a un impact psychologique et sociologique sur ce dernier qui peut-être rassurant et « restructurant ».
 - De l'exigence de retour du matériel d'injection usagé, ce qui renvoie également à la relation entre pharmacien et UDVI et au sens de l'échange. Il apparaît indispensable de mener une réflexion spécifique sur le sens et l'utilité du retour des seringues usagées, à la fois pour les UDVI (au plan matériel, symbolique, voire thérapeutique) et pour les pharmaciens.
- Renforcer le contrôle du retour des conteneurs de matériel d'injection usagé, à travers l'analyse des bordereaux de l'entreprise de collecte des conteneurs, mais aussi en ouvrant régulièrement certains conteneurs de manière aléatoire, afin de mieux évaluer le retour « réel » de seringues d'UDVI et de s'assurer que le PES n'est pas « détourné » comme filière de collecte des DASRI-PAT (déchets d'activité de soins à risque infectieux des patients en auto-traitement).

➤ 2/ La réponse « idéale » aux besoins des UDVI du bassin burgien : un CAARUD et un PES en pharmacie

Cette étude confirme, à la suite des constats effectués depuis plusieurs années par les professionnels de terrain, qu'il existe de réels besoins sur le bassin burgien en matière de réduction des risques pour les usagers de drogues par voie intraveineuse. L'agglomération de Bourg-en-Bresse est la plus importante du département de l'Ain et il est clair que son pouvoir d'attraction est fort, compte-tenu des différentes ressources qui s'y trouvent, notamment en matière d'aide aux publics en grande précarité. Un dispositif de réduction des risques apparaît donc comme indispensable, et ce d'autant plus qu'hormis le PES du Pays de Gex, il n'existe aucun dispositif formalisé de réduction des risques dans tout le département.

Dans l'idéal, il serait pertinent de développer un CAARUD et un Programme d'Echange de Seringues en pharmacies, de manière parallèle : il n'y a aucun CAARUD dans tout le département,

alors que la présence et les flux d'UDVI sont largement attestés et qu'ils ne sont pas anodins en volume.

Le CAARUD permettrait de développer un accueil véritablement adapté pour les consommateurs de drogues marginalisés (acceptation des chiens chez les jeunes en errance notamment), ouvert aux publics de tous âges, comprenant des accueillants formés spécifiquement aux problématiques de toxicomanie et de réduction des risques, avec des possibilités matérielles pour stocker des kits d'injection stérile, et également des conteneurs pour le retour des seringues usagées.

L'existence, en parallèle, de pharmacies participant à un Programme d'Echange de Seringue présenterait de son côté deux avantages importants et totalement complémentaires avec un CAARUD, à l'échelle d'une agglomération de l'importance de celle de Bourg-en-Bresse. En effet, l'amplitude d'ouverture des pharmacies dépasse largement les possibilités d'un CAARUD. Les pharmacies sont ouvertes tous les jours, y compris le samedi, le plus souvent de 8 heures à 19 heures. Par ailleurs, on sait qu'il y a également sur l'agglomération burgienne des UDVI relativement socialement insérés, ayant un logement et parfois un emploi, et qui souhaitent préserver le plus possible leur anonymat. Ces UDVI stabilisés dans leur consommation et insérés ne souhaitent pas forcément se rendre dans un CAARUD : être vus en entrant ou en sortant d'une telle structure pourrait être très stigmatisant socialement pour une personne qui souhaite que son addiction demeure cachée. Pour ces UDVI, les pharmacies constituent la meilleure manière de préserver leur anonymat, tout en ayant un accès facilité à du matériel d'injection stérile et gratuit.

Cette complémentarité entre CAARUD et PES en pharmacie existe dans plusieurs zones urbaines qui ont également une population importante et diversifiée d'UDVI : Chambéry et Lyon en ce qui concerne la région Rhône-Alpes. Par ailleurs, dans des villes comme Grenoble par exemple, un PES en pharmacie existe parallèlement à la délivrance gratuite de matériel stérile par des associations comme AIDES 38, ce qui permet de couvrir tout le « spectre » des besoins selon les différents profils d'UDVI.

Néanmoins, si la possibilité d'ouvrir un CAARUD dans l'Ain n'est pas envisageable, un PES en pharmacie semble une solution *a minima*, indispensable pour développer la réduction des risques sur le bassin burgien.

La présence d'un automate sur la ville de Bourg-en-Bresse peut également se révéler pertinente à condition qu'elle se positionne en complément d'une structure d'éducation à la santé et d'accompagnement dans la réduction des risques, c'est-à-dire idéalement d'un CAARUD. Un automate peut en effet compléter le service rendu par les pharmaciens ou le CAARUD, en donnant la possibilité aux UDVI de se fournir en matériel d'injection stérile en dehors de leurs heures d'ouverture.

Rappelons que la solution complète et idéale se justifie d'autant plus que l'offre actuelle d'accompagnement des UDVI est particulièrement faible pour l'ensemble du département de l'Ain.

➤ **3/ Un PES en pharmacies : des moyens humains et matériels dédiés sont nécessaires sur trois dimensions**

Monter, animer et coordonner un PES en pharmacie n'est pas un travail anodin et ne s'improvise pas. Cela nécessite au minimum une personne, qui soit en charge de la supervision de l'ensemble de l'activité, et de l'animation du réseau de pharmaciens.

Au total, trois dimensions essentielles sont à prendre en compte, qui requièrent des choix en amont et des moyens propres :

- Le matériel : le choix du contenu et du contenant des kits d'injection stérile, des conteneurs, des modes de livraison du matériel stérile et de la collecte du matériel usagé, le choix de la filière d'élimination du matériel usagé.

- Le montage et l'animation du réseau : le suivi de l'activité du PES et la résolution des problèmes qui peuvent surgir (ruptures de stock de kits, difficultés dans la collecte, problèmes avec les UDVI, ...). Cela demande une réelle disponibilité afin d'être en lien étroit avec les pharmaciens par téléphone, mais également physiquement en visitant régulièrement les pharmacies.
- Le lien et le travail en réseau avec les acteurs locaux et partenaires extérieurs au PES et notamment le syndicat des pharmaciens de l'Ain et l'Ordre des pharmaciens.

➤ **4/ Développer les possibilités d'information et de formation des acteurs locaux en contact avec les UDVI**

Au-delà des professionnels spécialistes des addictions qui travaillent sur le bassin burgien (CSAPA AAJ et ANPAA 01, réseau addiction 01, mais aussi service d'alcoologie de l'hôpital Fleuryat...), d'autres professionnels soulignent leurs importants besoins d'informations sur les drogues, la problématique de réduction des risques mais aussi, pour certains, leurs besoins de formation quant à l'accueil, l'accompagnement et l'orientation de ces publics, au rang desquels on repère en premier lieu les pharmaciens libéraux et également les professionnels des CHRS.

Le réseau Addiction 01, notamment au travers de la participation d'AAJ et de l'ANPAA 01, propose déjà ce type d'outils d'information et de formation : il s'agirait alors d'élargir leur diffusion, en développant la communication autour de l'activité du réseau et aussi en élargissant le réseau aux professionnels du social et de l'insertion.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- J. Derricott, N. Hunt, A. Preston, L'injection à moindre risque. APOTHICOM/ CILDT, 2008
- Collectif. Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations. Expertise collective. INSERM, 30 juin 2010
http://www.inserm.fr/content/download/24837/157124/file/reduction_risques_ver_final.pdf

Articles, actes, enquêtes (par ordre de citation dans le rapport)

- Journée Nationale de l'Echange de Seringues en Pharmacies. Actes de la journée, Lyon, 26 mars 2001, CHS Saint-Jean De Dieu, Lyon
- F. Arnold Richez, Histoire, histoires... la RDR, pourvu qu'on vive. Le courrier des addictions (6), n°2, avril-mai-juin 2004
- Les traitements de substitution en France : résultats récents 2004. Tendances, N°37, OFDT, Juin 2004
- G. Le Naour, Lutte contre le sida : reconfiguration d'une politique de « réduction des risques liés à l'usage de drogues à Marseille. Sciences Sociales et Santé, Vol 23, N°1, mars 2005
- D. Fontaine, I. Dumas, M. Dreneau, l'Evaluation du gisement de DASRI (déchets d'activité de soin à risques infectieux) produits par des patients en auto-traitement, octobre 2005, ORS Rhône-Alpes
- Le dispositif national de réduction des risques - Enquête Inter-associative (ANIT, AFR, AIDES, ANPREF, Médecins du Monde). Association SAFE. Juin 2007
- Focus sur les produits psychoactifs pour le département de l'Ain. CIRDD Rhône-Alpes, 2008
- Deuxièmes journées CAARUD. Actes des 17 et 18 juin 2008. Cahiers thématiques de l'AFR. N°6. ZFR 2009
Cahier juridique. Actualités sociales hebdomadaires, n°2663, 11 juin 2010
- Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues. Le cahier juridique. Actualités sociales hebdomadaires, n°2663, 11 juin 2010
- L. Simon, DASRI : les bornes à la rue. Le pharmacien de France. N°1222. Juillet 2010
- Etude sur les rôles et fonctions des consommations de produits psychoactifs des jeunes adultes, CIRDD Rhône-Alpes, janvier 2011
- Brandon DL Marshall PhD a d, M-J Milloy MSc a c, Evan Wood PhD a b, Prof Julio SG Montaner MD a b, Thomas Kerr PhD, Reduction in overdose mortality after the opening of North America's

first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. The Lancet, VOL 377, ISSUE 9775, P 1429 - 1437, 23 April 2011

- Beck F, Guignard R, Jean-Baptiste Richard JB, Tovar ML, Spilka S. Les niveaux d'usage de drogues en France en 2010. Tendances, n°76, juin 2011.

Tous les numéros de *Tendances* sont en ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend.html>

- Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, Laffiteau C. Les drogues à 17 ans, résultats de l'enquête Escapad 2008. Tendances, n°66, juin 2009.

- Costes JM. Prévalence de l'usage problématique de drogues en France : estimations 2006. Tendances, n°69, décembre 2009.

- Gandilhon M, Cadet-Taïrou A, Lahaie E, Chalumeau M. Drogues illicites : les observations du dispositif TREND en 2009. Tendances, n°73, décembre 2010.

- Canarelli A, Coquelin T. Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés. Tendances, n°65, mai 2009.

- Spilka S., Le Nézet O., Laffiteau C., Legleye S., Analyse régionale ESCAPAD 2008, OFDT, 2009. Fiche Rhône-Alpes en ligne : http://www.ofdt.fr/BDD_len/ESCAPAD/2008_RHONE_ALPES.xhtml

- Lopez D, Martineau H, Palle C. Mortalité liée aux drogues illicites. Etude d'une cohorte rétrospective de personnes interpellées pour usage de stupéfiants. OFDT, 2004, 158 p. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxdlk7.pdf>

- Janssen E, Palle C. Les surdoses mortelles par usage de substances psycho-actives en France. Tendances, n°70, mai 2010.

- Bello PY, Cadet-Taïrou A, Halfen S. L'état de santé des usagers problématiques. *In : Costes JM (Ed.). Les usages de drogues illicites en France depuis 1999*, OFDT, 2010, p.38-50 <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxjqc2.pdf>

- InVS, l'épidémiologie des hépatites B et C en France, BEH 2009, 20-21, p.195, http://www.invs.sante.fr/beh/2009/20_21/beh_20_21_2009.pdf

- Gasc C, Denetière G, Encrenaz N, Catelinois O. Les Maladies à Déclaration Obligatoire en région Rhône-Alpes et ses départements en 2009. Bulletin de veille sanitaire de la Cire Rhône-Alpes, numéro spécial MDO 2009, juin 2011, 10 p. http://www.invs.sante.fr/fr/content/download/8822/65213/version/1/file/bvs_ra_mdo_06_2011.pdf

- Guilloreau P, Julien C, Simatis JF. Les hépatites virales. Recensement de l'activité en Rhône-Alpes. ARS, mars 2011, 41 p. http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/private/RHONE-ALPES/Direc_sante_publicque/Protection_Promotion_Sante/Prevention_Promotion_Sante/Acrobat/20110407_DDPPS_rapport_hepatites_2009.pdf

Textes officiels

- Guide Méthodologique pour les communes : organiser dans la ville un dispositif de distribution et de récupération de seringues, Direction Générale de la Santé, Paris, 1986
- Schéma Régional d'Addictologie Rhône-Alpes. Volet médico-social et ambulatoire 2009-2013. Préfecture de la région Rhône-Alpes. Arrêté du Préfet de la région Rhône-Alpes n°10 – 105 du 8 mars 2010.
- Rapport d'information sur les toxicomanies. Mission d'information sur les toxicomanies, Tome 1. Enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 30 juin 2011 (n°3612), enregistré à la présidence du Sénat le 30 juin 2011 (n°699)

Bases de données en ligne

- Base Iliad (Indicateurs Locaux pour l'Information sur les Addictions) de l'OFDT : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/indic.html>
- Séries statistiques de l'OFDT : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/series.html>
- Base de données VIH-sida de l'InVS : http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/vih-sida/BDD_vih/index.htm

ANNEXES

GUIDES D'ENTRETIEN ET QUESTIONNAIRE

1/ Guide d'entretiens utilisé avec les pharmaciens du Pays de Gex

2/ Guide d'entretien utilisé avec les coordonnateurs des PES contactés

3/ Questionnaire (auto-administré) pour les UDVI participant au PES du Pays de Gex

4/ Documents de présentation Réseau Addiction 01

5/ Photo d'un kit distribué dans le PES du Pays de Gex

Annexe 1 - Evaluation du PES Pays de Gex

Guide d'entretien pour les pharmaciens du Pays de Gex

1/ Depuis quand êtes-vous dans ce PES et pour quelles raisons êtes-vous entré dans ce PES ?

- Quel est le sens du PES d'après-vous ? A quoi sert-il ?
- Qu'est-ce que la « réduction des risques » d'après vous ?
- Quels sont précisément les éléments qui ont joué comme un levier ou un frein pour intégrer ce PES ?
- Pour quelle raison êtes-vous toujours dans le PES ?

2/ Aujourd'hui, comment fonctionne le PES ?

- La file active par an (nombre d'usagers « stables » et « ponctuels »)
- Le nombre de kits délivrés
- Le taux de retour
- La livraison des kits (les éventuels problèmes de rupture de stock...)
- Les conteneurs et la collecte des conteneurs (le stockage, la sécurité)
- Est-ce que le PES a créé un lien spécifique avec les médecins généralistes autour des toxicomanes ?
- Y-a-t-il déjà eu des problèmes avec ce PES pour vous ? Si oui, lesquels ?
- Ce PES a-t-il modifié certaines de vos pratiques en pharmacie / l'organisation spatiale de la pharmacie ? Comment ? Pourquoi ?

3/ Les contacts avec AAJ

- Le rythme des contacts, le mode de contacts
- Les besoins éventuels d'accompagnement, d'information (usages, usagers, produits, pathologies associées,...)

4/ Les toxicomanes que vous recevez en pharmacie ?

- Leur profil (sexe, âge, emploi, logement, ...)
- Leur ancienneté / fidélité à la pharmacie
- Quel est votre rapport / contact avec les toxicomanes ?
- Quel est le comportement des toxicomanes dans la pharmacie ?
 - Achètent-ils d'autres médicaments pour eux-mêmes (ou pour leurs enfants, ... ?), du Subutex ?
 - Posent-ils des questions demandent-ils des conseils
 - Leur comportement a-t-il évolué depuis leur entrée dans le PES ?

5/ Souhaitez-vous apporter des modifications au fonctionnement de ce PES ? Si oui, pourquoi ?

6/ Accepteriez-vous de participer à l'enquête auprès des UDI, en faisant passer un questionnaire papier dans votre pharmacie ? (explications...)

Remerciements – fin de l'entretien

Annexe 2 : Capitalisation sur les programmes d'échange de seringues en officine dans la région Rhône-Alpes

Guide d'entretien à destinations des coordinateurs et responsables de PES

1/ La profil de la population locale de consommateurs / les spécificités du territoire en matière de toxicomanie et notamment de consommations de produits injectables

- CSP, sexe, âge, urbain/rural, degré d'insertion professionnelle et sociale ?
- Publics « sédentaires » ou nomades » ? Quels territoires d'habitat / de consommation repérés ?
- Ancienneté dans la toxicomanie ?
- Modes de consommations et produits consommés ?
- Accès de ces publics aux seringues avant le PES ?
- Problématique locale autour des seringues usagées abandonnées (espaces publics, collecte et traitement des ordures ménagères, ...) ?

2/ Les facteurs qui ont été déclencheurs pour mettre en place un PES avec officine ?

- Le contexte local en matière de réduction des risques (politique, sociologique, historique) ?
- Les leviers, les freins face au projet de PES (sécurité, gestion des conteneurs, formation, dialogue avec les UDVI, ...) ?
- Le montage du PES (partenaires, consultation, ...) ?

3/ Le profil des officines participantes au PES

- Taille, territoire (quartier), clientèle, configuration de la pharmacie ?
- Motivation des officines participantes ?
- Arguments / position des officines qui refusent de participer
- Quelle typologie possible des pharmacies participantes ?

4/ Le fonctionnement du PES aujourd'hui ?

- Chiffres (officines, seringues délivrées, retour du matériel d'injection usagé, ...) ? Evolution dans le temps ?
- Les autres constats en local (comportements des UDVI, perception du PES par les partenaires locaux, ...)
- Adéquation par rapport aux objectifs de départ du PES ?
- Complémentarité / articulation avec PES porté par un CAARUD local ? Avec vente de Stéribox ?

5/ Quelles recommandations pour mettre en place un PES ?

- Comment monter un PES ?
- Comment animer un PES ?

Remerciements – fin de l'entretien

Annexe 3 :

Programme d'Echange de Seringues du Pays de Gex

Questionnaire aux usagers

L'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes, réalise une étude sur l'échange de seringues dans le département de l'Ain. Ce questionnaire anonyme a pour but de mieux comprendre les besoins des usagers du Programme d'Echange de Seringues du Pays de Gex.

Votre avis est important.

Merci de prendre quelques minutes pour répondre, en cochant les cases .

Pour toute information complémentaire vous pouvez nous joindre au : 04 72 07 46 20

VOTRE PARTICIPATION AU PROGRAMME D'ECHANGE DE SERINGUES

1/ Depuis quand participez-vous au programme d'échange de seringues du Pays de Gex ?

Moins d'un an 1 à 5 ans Plus de 5 ans

2/ En moyenne, combien de kits prenez-vous par semaine ? /___/___/ kits par semaine

3/ Habituellement, prenez-vous plutôt des boîtes ou plutôt des enveloppes ?

Plutôt des boîtes Plutôt des enveloppes

4/ Habituellement, où vous prenez vos seringues ? (*plusieurs réponses possibles*)

Toujours dans cette pharmacie

Dans plusieurs pharmacies du Pays de Gex

Ailleurs (*précisez*) :

5/ En moyenne, combien de seringues utilisez-vous par semaine ?

/___/___/ seringues par semaine

6/ Prenez-vous actuellement un traitement de substitution ?

Non Oui : Subutex Méthadone Autre : *précisez* :

7/ Connaissez vous le centre de soins « Accueil Aide aux Jeunes » ?

Non Oui

VOTRE OPINION SUR LE PROGRAMME D'ECHANGE DE SERINGUES

8/ Pour vous, quels sont les avantages du programme d'échange de seringues ?

.....
.....
.....
.....

9/ Pour vous, quels sont les inconvenients du programme d'échange de seringues ?

.....
.....
.....
.....

10/ Est-ce que le fait de participer au programme d'échange de seringues à modifié :

- vos pratiques d'injection ? Non Oui

- vos consommations de produits ? Non Oui

Expliquez :

.....
.....
.....
.....

Suite au verso →

LES INJECTIONS ET LES SERINGUES USAGEES

11/ Durant le dernier mois, vous est-il arrivé de :

- Réutiliser votre seringue ?
 Souvent Parfois Presque jamais Jamais
- Utiliser la même seringue à plusieurs ?
 Souvent Parfois Presque jamais Jamais
- Utiliser la même eau à plusieurs ?
 Souvent Parfois Presque jamais Jamais
- Refaire les cotons ?
 Souvent Parfois Presque jamais Jamais

12/ En général, où mettez-vous vos seringues après usage ? (une seule réponse)

- Je les remets dans leur boîte ou l'enveloppe
- Je les mets dans un récipient (cannette, bouteille en plastique...)
- Je les mets dans un sac
- Je les jette directement, sans les mettre dans une boîte ou un sac, ...
- Autre : Précisez.....

13/ Où jetez-vous finalement vos seringues usagées ?

- Je les dépose à la pharmacie. : Toujours Souvent Parfois Jamais
- Je les dépose dans le « Médibus » : Toujours Souvent Parfois Jamais
- Je les mets à la poubelle chez moi : Toujours Souvent Parfois Jamais
- Autre (Précisez)..... : Toujours Souvent Parfois Jamais

14/ Est-ce facile ou difficile de rapporter les seringues usagées à la pharmacie ?

- Très facile Plutôt facile Plutôt difficile Très difficile

Expliquez pourquoi :
.....
.....

VOUS ET VOS PROPOSITIONS

15/ Etes-vous : un homme une femme

16/ Quel est votre âge ? /__ / __ / ans

17/ Vivez-vous avec un ou des enfants de moins de 15 ans ?

- Non Oui

18/ Avez-vous actuellement une activité professionnelle rémunérée ?

- Non Salarié CDD Salarié CDI Indépendant

19/ Avez-vous actuellement un logement dans le Pays de Gex ?

- Non Oui

20/ Quelles améliorations pourrait-on apporter à ce programme d'échange de seringues ?

.....
.....
.....
.....
.....

Merci de vos réponses. Mettez le questionnaire dans l'enveloppe et donnez-la fermée au pharmacien qui la transmettra à l'ORS pour l'analyse

L'étude sera consultable sur le site Internet de l'ORS en juillet 2011

Annexe 4 :
Documents de présentation Réseau Addiction 01

LES MISSIONS DU RESEAU

- ### CONTACTS
- Président : Dr P. PENETRAT
 - Coordinatrice : L. GIROUD
 - Secrétaire : C. BOUQUET
- **REGROUPER LES ACTEURS DE TERRAIN**
Rassembler les professionnels confrontés aux problèmes d'addiction sous toutes leurs formes.
 - **HARMONISER LES PRATIQUES**
Proposer des outils communs pour favoriser les échanges d'information et permettre une plus grande efficacité.
 - **SOUTENIR LES PROFESSIONNELS**
Rompre l'isolement des professionnels et leur apporter des réponses en cas de difficultés de prise en charge.
 - **ACTUALISER LES SAVOIRS**
Offrir une formation technique dans le domaine des addictions, et engager une réflexion sur les pratiques.
 - **ORIENTER LES PERSONNES EN DEMANDE DE SOIN**
Mettre en lien ces personnes avec des professionnels disponibles.
 - **DEVELOPPER LA PREVENTION ET L'INFORMATION**

VOUS OU L'UN DE VOS PROCHES AVEZ UNE DEMANDE DE SOIN

Réseau Addiction 01 garantit une orientation, en 24h ouvrable, auprès des structures ou des professionnels correspondant à vos besoins.

Le réseau n'est pas un lieu de consultation mais il coordonne les parcours de soins.

Le réseau peut vous informer et répondre à vos questions sur les différents lieux de soin.

Vous n'avez pas de médecin ou vous n'osez pas lui parler de vos difficultés,

Vous vous interrogez sur votre consommation,
Vous avez envie d'arrêter,

Vous voulez franchir une étape de vie....

Appelez Réseau Addiction 01

Permanence téléphonique

Du lundi au jeudi : de 8 h 00 à 12 h 00

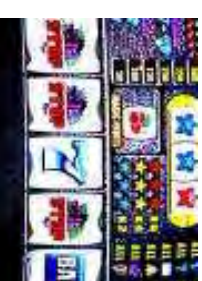
Le vendredi : de 14 h 00 à 17 h 00

Tel : 04 74 22 04 31

Fax : 04 74 30 96 95

E-mail: reseau.addiction01@gmail.com

Site web: www.addiction01.org



VOUS ETES UN PROFESSIONNEL

Réseau Addiction 01 peut vous soutenir dans la prise en charge des personnes dépendantes, et vous aider à améliorer la qualité du service rendu :

- Une permanence téléphonique
- Une coordination départementale
- Des formations, groupes d'échange
- Une harmonisation des pratiques
- Un paiement forfaitaire par patient membre
- Un annuaire remis à jour régulièrement

Professionnels du secteur médico-psycho-social, face à ces situations complexes ne restez pas seul.

DEVENEZ MEMBRE POUR BENEFICIER

DU SOUTIEN DU RESEAU

(Renseignement par téléphone ou sur Internet)



Tabac

Alcool

Cannabis

Autres drogues Jeux Hépatites

Sida

Mal-être ...



<http://www.addiction01.org>

- ▶ S'informer sur les addictions
 - ▶ Tester sa dépendance en ligne
 - ▶ Trouver les coordonnées des services utiles
 - ▶ Les avantages du réseau, ses partenaires
 - ▶ **Un accès réservé aux professionnels**
- Outils pratiques, compte-rendu des formations, forum, guides de bonnes pratiques...

Réseau Addiction 01

Un réseau de santé pour :

- Coordonner les soins
- Soutenir les professionnels
- Informer et orienter le public
- Favoriser l'accompagnement

global des personnes à risque ou avec une conduite addictive.



RESEAU
ADDICTION 01



Avantages du réseau pour les professionnels

En tant que professionnels, nous sommes confrontés chaque jour dans notre pratique à des patients que nous aimerions pouvoir mieux accompagner dans leurs difficultés avec l'alcool, les drogues illicites, le tabac, les médicaments psychotropes.

Ce sont des situations souvent complexes, auxquelles il est difficile de faire face seul. L'organisation des professionnels de santé en réseau structuré est une réponse à ces difficultés de prise en charge.

L'objectif du réseau de santé RESEAU ADDICTION 01 est d'aider tout professionnel à améliorer la qualité du service rendu aux personnes en difficulté avec une conduite addictive.

Pour cela le réseau met à votre disposition des outils performants et validés :

- Une permanence téléphonique pour répondre à vos difficultés et vous informer,
- Une coordination départementale à votre écoute,
- Des séances de formations techniques ou pluri-professionnelles,
- Des outils de travail disponibles dans l'accès réservé du site,
- Des procédures pour faciliter le travail en réseau, pour homogénéiser les pratiques,
- Un paiement forfaitaire pour la reconnaissance du temps de consultation spécialisé (professionnels libéraux).
- Un annuaire des structures du département de l'Ain

Pour devenir membre du réseau il suffit d'accepter la charte du réseau, de signer l'engagement du professionnel et de le retourner à la coordination du réseau de santé (Cf. rubrique « Devenir membre »).

Cette adhésion est gratuite. Vous pouvez à tout moment demander, sans délai, à ne plus être membre du réseau.



Avantages du réseau pour les patients

Tout professionnel de santé (médecin, psychologue, travailleur social...) membre du réseau de santé RESEAU ADDICTION 01 peut vous proposer, lorsque votre accompagnement le requiert, d'être inclus dans le réseau de santé. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser cette proposition. Vous pouvez en sortir sur simple demande. **Vous restez libre de votre choix.**

Réseau Addiction 01 a pour vocation d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes souffrant de conduites addictives, et résidant dans le département de l'Ain.

En adhérent au réseau :

- Vous pourrez **construire avec les professionnels du réseau un projet de soin et/ou de Santé** qui tient compte, d'une part, de vos souhaits et, d'autre part, des référentiels de pratique du réseau.
- Vous avez la garantie d'être suivi par **des professionnels de santé qui s'engagent à se former** et à mettre leur pratique en conformité avec les principes du réseau,
- Grâce au **dossier médical partagé**, les différents professionnels vous encadrant pourront mieux communiquer et ainsi améliorer la **cohérence de votre parcours de soin, tout en respectant le secret professionnel.**
- En cas de départ d'un professionnel, le réseau organise **la continuité des soins** auprès d'un autre soignant.
- Vous gardez bien sûr **un droit d'accès, de rectification et de suppression aux informations** vous concernant. Les données personnelles ne seront utilisées qu'après **anonymisation.**
- En cas de difficultés concernant votre parcours de soin, vous pouvez appeler **la permanence téléphonique** de la cellule de coordination.
- Le réseau permet **un suivi proche du malade.**
- L'adhésion est gratuite. Vous pouvez à tout moment, si vous le désirez, **arrêter librement** votre participation au réseau. Il vous suffit d'en informer votre professionnel de santé référent.

L'adhésion se réalise auprès d'un médecin membre de Réseau Addiction 01.

Pour devenir membre du réseau, il suffit de lire la lettre d'information, de signer l'engagement du patient et de le donner au médecin (Cf. rubrique « Devenir membre »).

Annexe 5 :

Photo d'un kit utilisé dans le PES du Pays de Gex (Photo AAJ)

