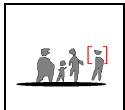


Groupe de Recherche
sur la Vulnérabilité Sociale



Démarche de concertation sur l'expérimentation de Salle(s) de Consommation Supervisée(s) à Marseille

[Octobre 2010 – Septembre 2012]

Synthèse des travaux du comité d'experts

Version courte

Juillet 2011

Composition du comité d'experts

Dr BOURLIERE, Hopital St Joseph, Chef du service Gastro-entérologie

Mme CARRIERI, INSERM U 912, Chargée de recherche

Dr DE SEVERAC, Prévention et Soin des Addictions (Groupe SOS), déléguée régionale

Mr FRAICHARD, Prévention et Soin des Addictions (Groupe SOS), directeur

Mme FRAPPAS, Service de la Santé Publique et des Handicapés de la Ville de Marseille, responsable de la Mission Sida, Toxicomanie, Prévention des Conduites à Risques

Dr FRAUGER, Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP), AP-HM, responsable adjointe

Melle HOAREAU, Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale (GRVS), chargée de mission

Pr LANÇON, Hôpital St Marguerite AP-HM, Chef du service Psychiatrie et addictologie

Dr MICALEFF, Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP), AP-HM, responsable

Dr MOKHTARI, AP-HM, Hôpital Nord AP-HM, Service des maladies infectieuses

Mme NAVÉ, Sos Hépatites PACA, présidente

Dr PADOVANI, Adjoint au Maire, Délégué Personnes Handicapées, Toxicomanie, SIDA, Comité d'Hygiène et de Sécurité, Médecine du Travail, Plan Alzheimer

Mr PASTINI, Asud Mars Say Yeah, directeur

Mr SANTUCCI, AMPTA, directeur, Fédération Addiction

Mr SCHNEIDER, ACCES, directeur

Pr SIMON, AP-HM, Service Addictologie

Dr STAMBUL, Fédération de soins aux toxicomanes - RTVH- Aix Tox, Médecin responsable, coordinatrice du réseau Aix-tox, AFR

Dr TOUBIANA, Service de la Santé Publique et des Handicapés (SSPH) de la Ville de Marseille, Directeur adjoint

Ont également participé aux travaux du comité d'experts

Mr CATUSSE, Sleep'in, chef de service, représente Dr DE SEVERAC Mr LATROBE, ACCES, administrateur

Melle LEBRUN, Bus 3132, Coordinatrice, représente Mr Foucaud

Mme PRIEZ, Le Tipi, Directrice

Mission d'accompagnement méthodologique

Melle Hoareau Emmanuelle, chargée de recherche, Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale (GRVS)

Mme REYNAUD-MAURUPT, sociologue Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale (GRVS)

Introduction

Depuis 1995, la Ville de Marseille est engagée dans la politique de réduction des risques. La ville et la région Provence Alpes Côte d'Azur se trouvent alors dans un contexte alarmant quant à l'ampleur de l'épidémie de SIDA. Une estimation indique que cette ville compte deux à trois fois plus de cas que la moyenne nationale : 1045 cas de sida (cumulés depuis le début de l'épidémie au 31/12/1994) par million d'habitants domiciliés dans les BDR *versus* 627 cas par million d'habitants en France (RNSP-BEH, 1995), dont, selon les acteurs locaux, 70 à 80 % résideraient à Marseille et dont près de la moitié seraient des personnes usagères de produits psychoactifs (ORS, 1995). Cet engagement historique s'inscrit dans une préoccupation de santé publique et d'égalité dans l'accès aux soins pour ces personnes, mais également dans un positionnement selon lequel l'accessibilité du dispositif de réduction des risques et de soins spécialisés et sa sollicitation par les personnes usagères de produits psychoactifs dépend de sa diversité et de son évolution permanente. Enfin, il relève d'une approche tenant compte de l'imbrication complexe des questions de santé publique, de sécurité ou de tranquillité publique que soulève toute mise en place d'un dispositif de réduction des risques.

En septembre 2010, dans un contexte de débat national sur l'expérimentation de centres de consommation supervisés (CCS), la Ville, par l'intermédiaire du Dr Padovani, Adjoint au Maire, Délégué, Personnes Handicapées, Toxicomanie, Sida, Comité d'Hygiène et de Sécurité, Médecine du Travail, Plan Alzheimer, et de son Service de la Santé Publique et des Handicapés (SSPH), engage une démarche de concertation « *afin de vérifier la pertinence des réponses, outils et interventions mis en place sur son territoire en matière de réduction des risques auprès des usagers de drogues et envisager de les compléter.* (Cette concertation) *prend en compte la perspective d'une inscription de la Ville de Marseille comme participant à une éventuelle expérimentation nationale de centres de consommation supervisés* » (Consultation lancée par la Ville, sept. 2010). Ce projet part du principe selon lequel l'efficacité désormais démontrée de la politique de réduction des risques repose aussi sur sa capacité d'évolution permanente au plus près des changements des pratiques de consommation, des produits consommés, des profils des consommateurs et des contextes de consommation, une exigence d'adaptation d'ailleurs soulignée dans les textes réglementaires.

Pour ce faire, un comité d'experts est constitué, composé d'un panel représentatif des acteurs locaux de Réduction des risques et de soins spécialisés en addictologie, de chercheurs, et auquel participent des responsables du SSPH et Mr Padovani. Il sollicite également le Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale pour une mission d'accompagnement méthodologique, ainsi que le Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances – Provence Alpes Côte d'Azur. Préalablement à l'élaboration d'un cahier des charges pour l'expérimentation d'un CCS, la première phase de la concertation (sept. 2010 – janv. 2011) a procédé à une analyse des besoins des personnes usagères de produits psychoactifs en termes de Réduction des risques et d'accès aux soins et à un état des lieux du dispositif de Réduction des risques sur le territoire marseillais.

Ces travaux ont *in fine* pour fonction de cadrer la réflexion collective sur le fonctionnement d'un tel dispositif, mais également de s'accorder sur un certain nombre de positionnements politiques quant à ses finalités en termes de santé publique, de sécurité et de tranquillité publiques, et de respect des personnes qui auraient à le solliciter ou à le voir s'installer dans leur environnement proche.

1. Le choix de la continuité et de l'innovation dans la politique de Réduction des risques : l'inscription dans une double perspective de santé publique et de tranquillité publique

En 1996, Mr Jean Claude GAUDIN, Maire nouvellement élu, confie au Pr Jean-François MATTEI une délégation Sida/toxicomanies. Dans un large partenariat avec les différents acteurs du champ médico-social et associatif, celle-ci doit porter un programme politique fort, articulé aux politiques publiques définies par l'Etat, et autour de deux axes prioritaires : la prévention et la réduction des risques liés aux usages de drogues, et l'accès aux droits (aux soins, au logement, à l'insertion professionnelle...).

Ainsi, Marseille, grâce notamment à l'implication des services déconcentrés de l'Etat et des opérateurs locaux, est pionnière dans la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques et, ce, à deux niveaux : celui de l'offre d'outils et de structures en réduction des risques à destination des personnes usagères de produits psychoactifs illicites (Boutique Transit, Programme d'Echange de Seringues, automates distributeurs échangeurs de matériel d'injection stérile), et celui de l'évaluation permanente de sa pertinence au regard de l'évolution des usagers et de leurs pratiques, par la mise en place d'instances de co-construction de la politique publique réunissant l'ensemble des opérateurs (Comité de Pilotage Automates en 1996 et Comité d'Orientation et de Pilotage Sida-Toxicomanie en 1998, réunis en Comité de Pilotage Départemental de Réduction des risques en 2003, devenu lui-même Ateliers de la Réduction des risques en 2008). En 2009, la Ville soutient la mise en œuvre d'une formation sur l'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) par les Ateliers de la Réduction des risques, puis, en février 2011, une formation des formateurs à la réduction des risques liés à l'injection. En 2010, la Ville participe au séminaire organisé par l'association "Elus, Santé Publique et Territoires" (ESPT) sur les centres de consommation supervisés.

Au regard, non seulement, de l'évolution des problématiques de santé liées à l'usage de produits psychoactifs sur le territoire marseillais, mais aussi de l'expertise collective de l'INSERM relative à la réduction des risques (juin 2010), Mr Padovani, Adjoint au Maire, souhaite poursuivre cet engagement de la Ville de Marseille. Cette démarche de concertation et, éventuellement, l'expérimentation d'un centre de consommation supervisé, renouent avec le rôle historique que Marseille a tenu dans l'élaboration de la politique nationale de Réduction des risques. Cette démarche a d'autant plus de sens dans cette ville, qui, a une longue histoire « avec » la pratique d'injection, dont la prévalence y est historiquement élevée et qui concerne une grande diversité de profils d'usagers. De plus, la situation de grande précarité sociale et de santé d'une importante partie des personnes usagères de produits génère, outre des problèmes de santé publique, nombre de nuisances publiques : consommation et abandon de matériel d'injection dans des lieux privés ou semi privés, nuisances sonores et matérielles (abandon de divers déchets et objets, dégradations), présence intempestive aux entrées d'immeubles ou sur la voie publique, et tensions entre usagers ou entre usagers et

trafiquants, effets des produits – notamment stimulants et benzodiazépines -, ou encore épisodes de décompensation psychiatrique, qui induisent un sentiment d'insécurité chez une partie des riverains.

Les professionnels du champ spécialisé marseillais s'inscrivent depuis longtemps dans une dynamique d'actualisation permanente des savoirs, des savoirs faire et des savoirs être sur lesquels se fondent leurs pratiques professionnelles, notamment dans le cadre des instances collectives de travail mises en place par la Ville. Ils ont, de fait, acquis une expertise, à la fois, dans l'évaluation et l'actualisation, certes de leurs pratiques professionnelles, mais plus largement de la politique de réduction des risques, ainsi que dans la médiation et la « traduction » de leur activité auprès de leurs partenaires et des riverains des structures. Ainsi, les membres du comité d'experts travaillent en étant attentifs au fait que, plus que dans d'autres champs politiques sans doute, tant l'usage de produits psychoactifs illicites suscite des positionnements divergents à l'égard de la chose publique, la politique de réduction des risques à l'échelle de la ville suppose de prendre en compte les préoccupations de sécurité et de tranquillité publiques de ses habitants. Ils appuient donc leurs travaux sur des rencontres avec des équipes de centres de consommation supervisés (Genève, Bilbao, Barcelone) et sur une littérature scientifique internationale quant à l'impact de ces dispositifs non seulement sur la santé des personnes usagères de produits psychoactifs, mais aussi en termes de diminution des nuisances publiques. Ils appréhendent donc la définition du fonctionnement, du public cible, et des objectifs d'un centre de consommation supervisé, comme indissociable, voire tributaire de l'inscription des décisions en matière de localisation, de configuration et de prestations, dans une finalité d'amélioration du vivre ensemble entre bénéficiaires et riverains des structures.

2. Les usagers marseillais particulièrement exposés aux risques liés à l'usage de produits psychoactifs

Afin de vérifier la pertinence d'une expérimentation d'un centre de consommation supervisé, il a fallu réaliser un état des lieux du nombre et des besoins des usagers problématiques à Marseille à partir d'une synthèse des données locales fournies par différentes enquêtes nationales et par les structures du dispositif spécialisé. Cet état des lieux a ciblé les personnes dont l'usage, du fait de ses modalités et/ou des dommages sanitaires et sociaux qu'il induit et/ ou de difficultés sociales et sanitaires antérieures qu'il amplifie, les conduit à solliciter une aide auprès des structures de réduction des risques et/ou de soins spécialisés.

L'enquête NEMO de l'OFDT réalisée en 2006 révèle que la prévalence de l'usage problématique de produits psychoactifs à Marseille est équivalente à celle observée dans d'autres agglomérations similaires, soit 10,2 usagers de drogues problématiques pour 1000 habitants âgés de 15 à 64 ans (OFDT, 2009). En 2010, sur la base d'un cumul des files actives en 2009 des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), et des microstructures rattachées à un cabinet de médecine généraliste) (N = 4 678 pers.), d'une interprétation des données de remboursement de Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) de l'Assurance Maladie (N = 2 800 pers. à Marseille) et, d'autre part, de leur mise en perspective avec les résultats de NEMO (N = 4 798 pers.), l'estimation haute, c'est-à-dire sans pondération par la prise en compte des doubles comptages, du nombre d'usagers problématiques recourant actuellement au dispositif spécialisé marseillais *ou susceptibles de le faire à court ou moyen terme* se situerait entre 4 000 et 5 000 personnes.

Cependant, il faut prendre en compte, non seulement ces doubles comptages entre structures, mais aussi le fait que tous ces usagers, notamment ceux qui sont stabilisés socialement et avec un TSO, ne fréquenteront pas une salle de consommation. En effet, si l'on s'intéresse seulement à l'injection, dans l'extraction locale Ena-CAARUD 2008, 73,6% des personnes injectent ou a injecté (27,8% n'a pas injecté au cours des 30 derniers jours) ; selon RECAP 2009, 47,6% injectent ou a injecté (la moitié n'a pas injecté au cours des 30 derniers jours). Dans la mesure où il est très difficile d'estimer précisément le nombre, on peut faire l'hypothèse qu'une proportion seulement de la file active totale des structures est susceptible d'être intéressée par l'expérimentation d'un tel dispositif.

Par ailleurs, la population d'usagers problématiques à Marseille se distingue par sa vulnérabilité sociale et sanitaire, du fait d'une moyenne d'âge plus élevée que celle observée au niveau national et d'une situation de précarité plus fréquente et plus cumulative, et de ses usages de produits.

Une précarité importante et un renouvellement des usagers sans contact avec le dispositif spécialisé

La majorité des usagers des CAARUD et près de la moitié des usagers des CSAPA sont en situation de précarité (les prestations sociales représentent l'origine principale des ressources), voire de grande précarité économique (aucune ressource régulière, absence de logement). Cette précarité constitue un indicateur de l'importance des dommages sanitaires liés à l'usage et au mode de vie, et d'une plus grande difficulté des usagers marseillais à maintenir ou à retrouver une situation sociale stable.

Entre un tiers des usagers dans les CAARUD et un cinquième des usagers dans les CSAPA vivent à la rue et/ou en squat ; une proportion identique vit dans un logement provisoire. Ainsi, près d'un quart des usagers marseillais vus dans les structures spécialisées consomment des produits le plus souvent dans l'espace public ou semi public : mauvaise hygiène et administration précipitée (crainte d'être surpris par quelqu'un) qui gênent la prise de précautions de réduction des risques. Ces personnes sont aussi les plus enclines à oublier ou abandonner leur matériel sur place. S'ajoutent certaines personnes qui ne peuvent consommer dans le logement provisoire ou durable qu'elles occupent ou dans lequel elles sont hébergées.

Si la majorité des usagers rencontrant des difficultés en lien ou amplifiées par l'usage est en contact avec le dispositif spécialisé, une partie des usagers ne le sollicitent pas pour diverses raisons (refus de cesser l'usage, méfiance, mode de vie). En outre, on assiste au renouvellement de ce public, dans lequel trois profils sont distingués et dont il est difficile d'estimer la proportion de ceux qui restent « cachés » : le dispositif spécialisé en rencontre-t-il une majorité ou seulement une minorité ? Les jeunes usagers vivant en squat, plus souvent injecteurs et/ou pratiquant le free base, sont particulièrement exposés au risque de contamination et de transmission du VIH/ VHC. Les publics originaires des pays de l'Est, souvent injecteurs, peu informés des risques de contamination dans leur pays d'origine et du fait de la barrière de la langue pour les professionnels français, sont susceptibles de présenter des niveaux de contamination VIH/VHC particulièrement élevés. Enfin, la précarisation globale des conditions de vie conduit certaines personnes, lorsqu'elles se retrouvent « à la rue », à initier des usages de produits autres que l'alcool, dans le contexte des sociabilités de la grande précarité, alors qu'elles en méconnaissent les risques.

Des usages particulièrement à risques du fait du type de produits utilisés, de la prévalence de l'injection et du risque accru de partage de matériel

Les usagers marseillais sont plus souvent en traitement de substitution aux opiacés avec de la BHD (Buprénorphine Haut Dosage). Ils sont plus souvent usagers de BHD et de sulfates de morphine hors protocole de soin qu'au niveau national. S'ils sont moins consommateurs d'héroïne, leur nombre augmente depuis deux ans (accroissement de la disponibilité du produit). Ils déclarent plus souvent un usage de cocaïne et d'amphétamines (faibles consommations de crack et de MDMA), notamment de Ritaline®, spécificité locale, qui induit d'importants dommages physiques et psychologiques.

En effet, les usagers marseillais sont, tous produits confondus, plus souvent injecteurs par rapport à la moyenne nationale. S'ils injectent un peu moins la BHD, ils utilisent plus souvent l'injection pour l'usage de cocaïne et d'héroïne ; ils injectent les amphétamines dans les mêmes proportions qu'au national. Que ce soit lié aux excipients dans le cas de la BHD ou à la fréquence d'usage élevée dans le cas des stimulants et des sulfates de morphine, ces pratiques d'injection induisent d'importants dommages sanitaires.

Les taux de partage de matériel d'injection, d'inhalation ou par voie nasale, sont équivalents à ceux retrouvés au niveau national. Mais, la prévalence élevée de l'injection, l'injection plus fréquente de produits à fréquence d'usage élevée (stimulants, sulfates de morphine) supposent un besoin en matériel stérile plus important qu'ailleurs et indiquent un risque plus important de réutilisation et/ou de partage de matériel d'injection. La grande précarité d'une partie non négligeable des usagers vus dans les structures spécialisées et/ou dans les squats, la méconnaissance des risques de contamination via certaines pratiques chez les usagers des pays de l'est, les plus jeunes – dont la présence dans l'agglomération s'est particulièrement accrue ces trois dernières années -, ou les plus récemment initiés, indique *a priori* l'importance relative des pratiques de partage du matériel.

Vieillissement de la population, situation de précarité, comorbidités psychiatriques et usages de stimulants accroissent les besoins en termes d'accès aux soins

La détérioration de la santé physique et psychologique liée à des années d'usage et, pour une grande partie d'entre eux, à des années de précarité implique des besoins en accès aux soins plus importants que dans d'autres agglomérations. Les usagers marseillais sont plus souvent en situation administrative régulière et ont plus souvent une couverture sociale, ce qui favorise l'accès aux soins : par rapport à la moyenne nationale, ils ont plus souvent été reçus en Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes / CSAPA. Mais, paradoxalement, ils sont moins nombreux à être en TSO (Traitement de Substitution aux Opiacés) ; ce qui peut s'expliquer par l'absence de traitement substitutif aux stimulants plus utilisés à Marseille.

Bien que l'importance numérique des personnes infectées par le VIH évolue peu, la prévalence de l'infection reste presque trois fois plus élevée que la moyenne nationale. La prévalence du VHC est équivalente à celle observée au niveau national ; mais, parmi les personnes ayant déjà utilisé la voie intraveineuse, les taux apparaissent supérieurs à la moyenne nationale.

En outre, la précarité du logement impacte directement l'observance des TSO et des traitements antirétroviraux. Ainsi, un cinquième des personnes infectées par le VIH et la moitié des personnes infectées par le VHC ne suivraient pas de traitement médical, et un nombre non négligeable de décès chez les usagers de produits et en grande précarité serait moins lié à l'usage qu'au défaut de traitement du VHC.

Enfin, la prévalence des comorbidités psychiatriques est particulièrement élevée parmi les personnes usagères de produits à Marseille. Or, cette prévalence constitue un indicateur des mésusages de médicaments à des fins auto-thérapeutiques et, notamment chez les personnes en grande précarité, d'une fréquence élevée des pratiques d'emprunt et de prêt de matériel d'injection. Ceci souligne la nécessité de développer des outils favorisant la rencontre de ces profils d'usagers particuliers par les professionnels et des prises en charge intégrées de la souffrance psychique, de l'usage de produits, et des difficultés sociales.

Prévalence historiquement élevée du VIH, prévalence élevée de l'injection, notamment avec des produits à fréquences d'usage élevées, réutilisation et partage de matériel accusé par la situation de précarité, profils d'utilisateurs méconnaissant les risques de transmission induits par certaines pratiques : cet ensemble d'éléments laisse craindre une reprise de l'épidémie de VIH et une nouvelle expansion de l'épidémie de VHC dans l'agglomération marseillaise.

3. L'inscription de la démarche de concertation dans une stratégie globale d'actualisation du dispositif de réduction des risques

Le renouvellement constant et l'hétérogénéité des usagers et de leurs pratiques d'usage nécessitent une réflexion permanente des acteurs institutionnels et opérationnels de la politique de santé publique sur l'optimisation de l'attractivité du dispositif spécialisé, de façon à ce que les usagers qui en sont les plus éloignés, les plus méfiants, les plus sceptiques, le sollicitent. L'évolution continue et la multiplication des outils de Réduction des risques illustrent moins une logique de consommation, qu'une stratégie pragmatique, reposant sur le constat selon lequel l'accessibilité de l'information, du matériel et de l'accompagnement de Réduction des risques dépend en partie de la possibilité qu'ont les personnes de s'en saisir de façon diversifiée, selon leurs besoins, les modalités et la temporalité de leur choix. A ce titre, comme le montre la littérature scientifique, l'expérimentation même d'un centre de consommation supervisé (CCS) permet de rencontrer les usagers « cachés » du dispositif spécialisé, et de fournir ainsi une estimation et une connaissance plus précises de la population d'usagers problématiques dans une agglomération.

Ainsi, cette démarche de concertation s'appuie sur le postulat selon lequel les CCS sont à considérer comme une des mesures d'une politique sanitaire globale, qui se décline en matière de Prévention, de Réduction des risques et de Soins, et ne représentent pas le « méta outil » capable de se substituer à plusieurs autres, ni la solution unique au problème de la transmission de l'hépatite C. L'hypothèse de travail est la suivante : si la Réduction des risques n'a pas endigué la transmission de l'hépatite C parmi les personnes usagères de drogues – contrairement à celle du VIH -, cela est dû *en partie* au fait qu'elle n'a pas disposé d'outils adéquats : centre de consommation supervisé, conseil personnalisé de Réduction des risques au moment même de l'injection (Education aux Risques liés à l'Injection (ERLI – choix entre unique ou répété) ou Accompagnement A l'Injection (AAI – répétition obligatoire), kit crack/ kit base. Cette réflexion sur l'expérimentation d'un CCS à Marseille s'inscrit donc dans une stratégie globale d'actualisation du dispositif de réduction des risques dans une double perspective, à savoir l'évaluation de sa cohérence et de son accessibilité actuelles, et le développement d'outils innovants ou insuffisamment développés.

Le dispositif ou « l'offre » de Réduction des risques recouvre le matériel lui-même, le fonctionnement et les prestations des structures (cf. annexe), et les compétences des professionnels qui y travaillent. Le dispositif marseillais compte cinq CAARUD, neuf automates échangeurs de matériel d'injection, deux stationnements du bus méthadone, sept CSAPA, trois équipes de proximité intervenant dans la rue et/ou les squats, trois pharmacies impliquées dans un Programme d'Echange de Seringues (PES), deux Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) hospitalières, quatre consultations en addictologie, ainsi que deux réseaux de santé spécialisés et deux microstructures. Ce dispositif peut être décrit dans une triple dimension : son adaptation à l'hétérogénéité des usagers et de leurs modes de sollicitation du dispositif, l'évolution au cours des dernières années du volume de

matériel de réduction des risques distribué, et son accessibilité, déclinable en trois axes : la diversité de l'offre, l'implantation géographique, elle-même croisée avec l'hétérogénéité des modes d'accès.

Cette évaluation s'inscrit dans la perspective des quatre grandes catégories de besoins en termes de Réduction des risques et d'accès aux soins des usagers marseillais que l'état des lieux des usages problématiques a permis de repérer : l'amélioration des conditions d'hygiène de l'usage pour les personnes les plus précarisées, le soutien dans le renforcement et l'acquisition de stratégies de préservation de soi, l'amélioration de l'offre de Réduction des risques et de soins spécialisés à destination des personnes usagères de psychostimulants, la réactivation du travail de proximité auprès des usagers les plus éloignés du dispositif (personnes vivant en squat, habitant les quartiers périphériques, ou originaires des pays de l'Est).

L'état des lieux du dispositif met en exergue, deux grandes évolutions dans la distribution de matériel d'injection stérile, et trois types de besoin en terme d'actualisation. D'une part, entre 2000 et 2009, le don de kits d'injection par les structures de réduction des risques a augmenté (+ 103 031 seringues) ; tandis que la distribution par les automates (- 25 000 seringues) et les ventes de Stéribox® en pharmacie ont diminué (- 19 235 kits, soit 38 470 seringues). Cette diminution de la délivrance par automates et de la vente de Steribox® (- 63 470 seringues au total) s'explique donc en partie par un report sur les CAARUD de l'approvisionnement en matériel stérile, mais aussi, vraisemblablement, par un report des usagers sur les seringues à l'unité vendues en pharmacies (données inconnues). L'augmentation du don de matériel dans les CAARUD est moins due à un échec des acteurs de réduction des risques à décourager le recours à l'injection, qu'à une meilleure connaissance des usagers du dispositif spécialisé marseillais et des risques liés au partage de matériel, et à un renouvellement des usagers (cf. ci-dessus).

Ceci s'explique également par l'augmentation au cours des années 2000, et sur l'ensemble du territoire national, de la prévalence d'usage de psychostimulants (quantité de matériel utilisé plus importante liée à une fréquence d'usage élevée). D'ailleurs, à l'exception de celle observée entre 2004 et 2005, les plus fortes augmentations de prise de matériel d'injection, s'observent dans les années où se diffuse l'usage de Ritaline® à Marseille (2006-2009), qui concerne un nombre relativement restreint d'usagers, mais se caractérise par de très nombreuses injections quotidiennes (30 à 60). Le caractère compulsif de l'usage de stimulants et l'absence de logement d'un grand nombre de leurs usagers pourraient expliquer la préférence pour les seringues à l'unité (plus discret, moins coûteux, plus disponible que les Steribox®).

D'autre part, les besoins en termes d'actualisation du dispositif se définissent en termes de redéploiement géographique de certains outils (automates échangeurs de seringues, pharmacies mettant en place un PES, travail de proximité en rue ou en squat), de développement d'outils innovants (groupes experts, champ stérile pour l'injection, ERLI ou AAI, CCS, soutien à l'amélioration

de l'hygiène de l'habitat) ou insuffisamment développés (*counselling* dans l'observance des TSO et des traitements antirétroviraux, kit crack, soutien et médiation avec les institutions pour des personnes en rupture de soin), enfin, de formation et de sensibilisation des professionnels impliqués ou susceptibles de l'être dans la mise à disposition de ces outils (pharmacien, médecins, équipes de CHRS). Le CCS représente, d'ailleurs, un lieu privilégié pour développer des outils de promotion de la santé et de traduction personnalisée, en phase avec les prises de risques réelles de l'usager et non avec la façon dont il les perçoit/ les décrit, de l'information de réduction des risques, parfois trop abstraite et généraliste pour qu'il en trouve une application concrète dans sa pratique.

Conclusion : Une expérimentation située à l'interface entre santé publique et sécurité/ tranquillité publique

L'innovation dans l'offre de Réduction des risques repose sur une logique de prise en compte et d'adaptation à la diversité et à l'évolution des profils d'usagers et de leurs rapports au dispositif spécialisé. Elle s'inscrit également dans une perspective de santé publique puisqu'elle vise à mettre en place un dispositif de structures et d'outils, à la fois complémentaires et au plus près des pratiques et prises de risques, afin de rendre l'individu meilleur acteur de sa santé, mais aussi protecteur de celle des personnes qu'il côtoie dans son entourage ou de façon anonyme. Les centres de consommation supervisés sont des lieux de promotion de la santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : la littérature scientifique montre qu'ils améliorent l'accès aux soins, favorisent la stabilisation sociale, augmentent le nombre de personnes cessant l'usage problématique de produits (arrêt total ou régulation et abandon des usages les plus à risques) et diminuent le nombre de décès par overdose.

Comme tous les outils de la Réduction des risques, pour les professionnels de la Réduction des risques et des soins spécialisés membres du comité d'experts, ce projet expérimental de centre de consommation supervisé pose la question de l'éthique et de la légitimité, outre celle de la légalité. Il se fonde sur les notions de dignité humaine, de droit au respect, à la santé et à la reconnaissance de citoyenneté des personnes usagères de produits psychoactifs illicites et/ou licites comme toute population vulnérable, quand bien même elles transgressent la Loi. Il relève d'un pragmatisme lucide et entreprenant. En effet, aider des personnes, dont l'état de santé est déjà détérioré par l'usage, à améliorer les conditions dans lesquelles elles consomment, est toujours plus probant au regard de la santé publique (c'est-à-dire tant de la santé des usagers eux-mêmes que de celle de leurs concitoyens), que d'attendre qu'elles veuillent ou puissent cesser leur usage de produits et de ne pas intervenir sur les situations de mise en danger d'elles-mêmes et d'autrui.

Enfin, pour les experts réunis dans cette concertation, il n'en reste pas moins que sur le plan politique, dans un contexte où l'usager de produits psychoactifs, notamment lorsqu'il est injecteur, fait toujours peur et, notamment quand il est en grande précarité, peut être source de nuisances publiques, le centre de consommation supervisé est un outil situé à l'interface entre santé publique et sécurité/ tranquillité publique. Dans un souci de respect et de conciliation entre des intérêts particuliers hétérogènes et en cohérence avec la mission de médiation auprès du voisinage des CAARUD, les experts préconisent que l'expérimentation prenne en considération et intègre, dès l'élaboration du cahier des charges, les préoccupations de la population locale. La consultation, l'information et l'attention aux besoins des riverains d'un dispositif de réduction des risques sont autant une condition à l'acceptation de son implantation, qu'à l'établissement de relations de respect mutuel entre les bénéficiaires et les habitants du quartier d'implantation.

Bibliographie

Association Nationale des villes pour le développement de la santé publique « Elus, Santé Publique, et Territoires », *Salle de consommation contrôlée à moindres risques pour usagers de drogues. Analyses et recommandations des élus locaux*. Tome 1 : Auditions d'experts et visites [actes du séminaire], 2011, disponible sur www.espt.asso.fr/images/2010_scmrtome1web.pdf

Chatôt F., 2006, « Usage et modalité d'usage de produits illicites au sein de populations nouvellement arrivées en France. Note thématique TREND Marseille 2005 », CIRDD-PACA, AMPTA, OFDT

Costes J.-M. et al., *Prévalence de l'usage problématique de drogues en France. Estimation 2006*, St Denis, OFDT, 2009

Conseil National du Sida, avril 2011, *Note valant avis sur l'impact des politiques relatives aux drogues illicites sur la réduction des risques infectieux*, Adoptée par le CNS le 20 janvier 2011 à l'unanimité des membres présents

Janssen E, Palle C. « Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France ». OFDT, *Tendance* n°70 ; Mai 2010

Jauffret-Roustdide M., Couturier E., Le Strat Y. et al, *Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues en France*, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004, BEH n° 33. 2006

Hoareau E., 2009, *TREND Marseille 2008*, AMPTA, OFDT

Hoareau E., 2010, *TREND Marseille 2009*, AMPTA, OFDT

Municipalité de Marseille, Direction de la santé publique et des handicapés, Données sur les automates 2000 à 2009, et Données sur le ramassage de seringues 2007 à 2009.

OFDT, *Tendances* n°74, « CAARUD : profils et pratiques des usagers en 2008 », déc. 2010

OFDT, « *Estimation de la prévalence de l'usage problématique de drogues à Marseille* », Présentation des résultats de NEMO 2006 par J.-M. Costes et L. Vaissade, CIRDD-AMPTA, oct. 2006

OPPIDUM 2008. Frauger E, Moracchini C, Micallef J. « Données de l'enquête d'octobre 2008 : données locales du CEIP-Addictovigilance et données nationales ». <http://www.observation-pharmacodépendance.org/>

OPEMA 2009. Moracchini C, Orléans V, Thirion X., « Données de l'enquête de novembre 2009 : données locale du CEIP-Addictovigilance et données nationales », <http://www.observation-pharmacodépendance.org/>

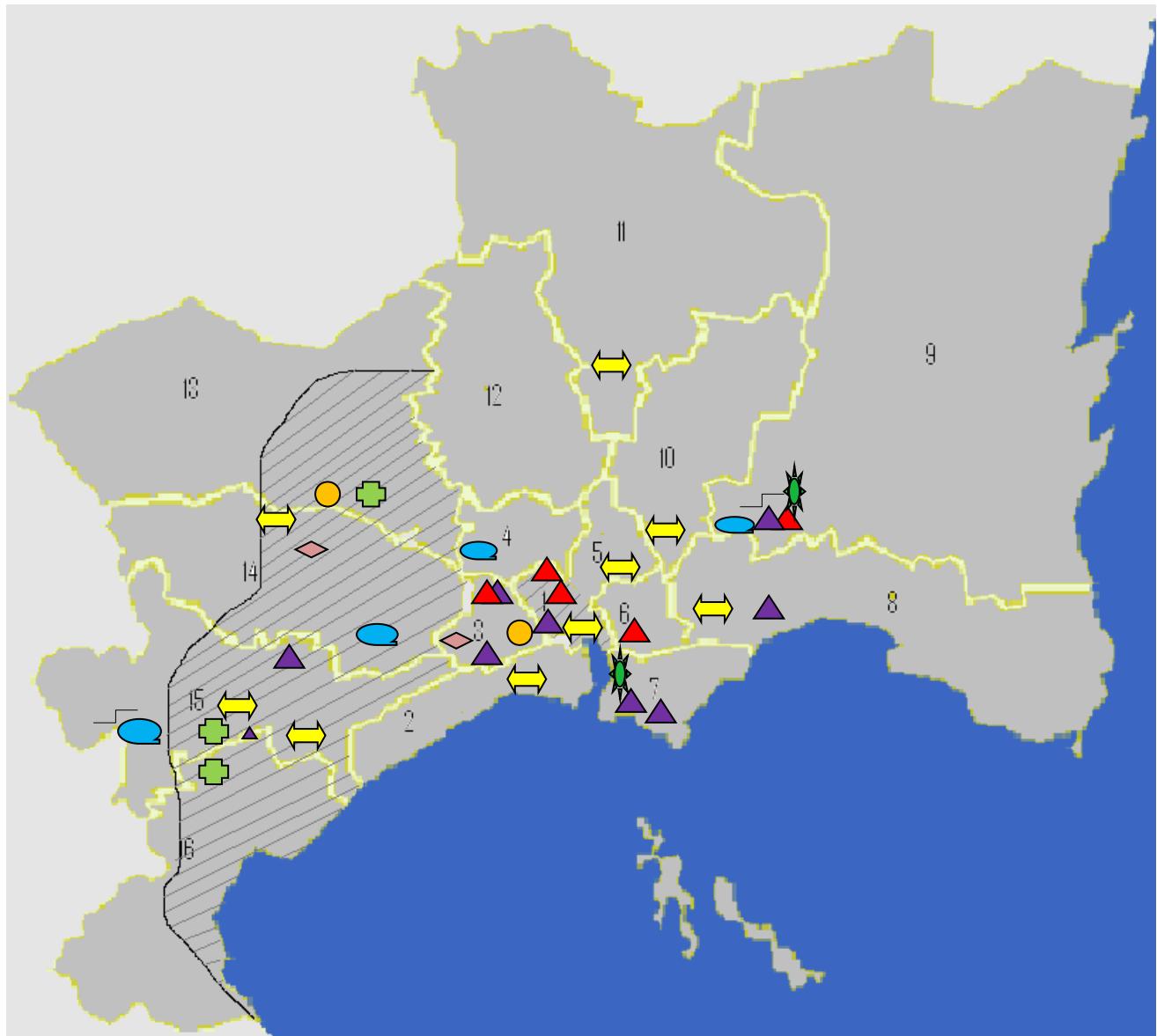
ORS PACA- Conseil Général 13, « *Le SIDA dans les Bouches du Rhône* », 1994

Palle C, Vaissade L., « Premiers résultats nationaux de l'enquête RECAP », OFDT, *Tendance* n°54 ; juin 2007

Pauly V, Frauger E, Rouby F et al., « Évaluation des conduites addictives chez les personnes entrant en milieu pénitentiaire à partir du programme OPPIDUM du réseau des centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) », *Encephale*. 2010 Apr;36(2):122-31.

Réseau National de Santé Publique, BEH, 30 juin 1995

Annexe n°1. Les dispositifs ayant une activité RDR à Marseille. Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances - Provence Alpes Côte d'Azur



- D'autres acteurs sont susceptibles d'intervenir auprès des personnes usagères de produits psychoactifs et avoir un rôle de Ré et/ou d'orientation vers le dispositif spécialisé. Parmi ceux-ci :
- Les 23 CHRS de l'agglomération ;
 - Les deux équipes mobiles de rue 'Précarité, santé mentale et alcoolodépendance' de Addiction Sud et de Edouard Toulouse ;
 - Les pharmaciens (vente de seringues et de Stéribox®) ;
 - Les associations intervenant auprès des personnes prostituées comme Autres Regards et l'Amicale du Nid