

21<sup>es</sup>  
RENCONTRES  
PROFESSIONNELLES  
DU  
RESPADD

RÉSEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR LA PRÉVENTION DES ADDICTIONS

# ADDICTIONS ICI & AILLEURS

Rencontre de pré-colloque organisée et proposée par le CAARUD/CSAPA Bus 31/32

→ Mardi 7 JUIN 2016

PALAIS DU PHARO 58, boulevard Charles Livon

## ICI ET AILLEURS, UNE HISTOIRE MARSEILLAISE

GENOVES Juan, Sequencias 62, 1998. © Adalgis, Paris [2016]



[www.respadd.org](http://www.respadd.org)



## Sommaire

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
<b>TABLE RONDE</b> .....	<b>4</b>
• <b>Migrations et addictions : la situation marseillaise</b> .....	<b>4</b>
• <b>Usages et usagers de drogues sur Marseille</b> .....	<b>7</b>
• <b>Les salles de consommation à moindre risque : et Marseille?</b> .....	<b>9</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>12</b>

## INTRODUCTION

### ● Béatrice Stambul, présidente du Bus 31/32 & d'ASUD Mars Say Yeah

C'est en sa qualité de présidente du CSAPA CAARUD Bus 31/32 que Béatrice Stambul accueille aujourd'hui l'ensemble des participants à cette matinée consacrée à l'histoire de Marseille, des drogues et des drogués.

Marseille pâtit d'une image difficile, parfois liée au trafic de l'héroïne. Au-delà des films consacrés à ce sujet, nombreux ont entendu parler des filières corses et siciliennes, de la « French Connection », de l'assassinat du Juge Michel. Béatrice Stambul a rencontré des usagers – la plupart, hélas, sont morts aujourd'hui – qui ont connu cette époque. Cette mémoire est difficile, mais elle doit être préservée, car elle est constitutive du travail que les acteurs de l'addictologie et de la réduction des risques conduisent aujourd'hui.

Le paysage de la drogue à Marseille a profondément évolué dans les années 80. La quantité comme la qualité et la nature des produits consommés ont changé. Avec la disparition de la « French Connection », apparaît sur le marché une héroïne de mauvaise qualité. Les modes de consommation évoluent avec l'apparition des polyconsommations, soit l'association de différentes substances psycho-actives (héroïne, comprimés, produits de synthèse...). Bien évidemment, la politique de réduction des risques est liée à la pandémie du Sida du début des années 80. La ville de Marseille a payé un très lourd tribut à l'épidémie qui a touché très fortement les usagers de drogues. En 1994, lorsque le premier bus d'échange de seringues est mis en service par Médecin du Monde, la prévalence du VIH chez les usagers de drogues marseillais est deux fois supérieure à la moyenne nationale.

Béatrice Stambul présente les grandes étapes de la politique marseillaise en matière de toxicomanie et de réduction des risques. Pour rappel, une première structure d'échange de seringues avait été mise en place en 1990 à Marseille. Le programme a échoué faute de conviction, probablement de motivation, mais également de savoir-faire. Le responsable s'était vanté d'avoir distribué une seule seringue en 1 an et avait mis fin au projet le jugeant inutile sous prétexte que, selon lui, les usagers de drogues n'étaient pas sensibles à la prévention.

La politique de réduction des risques n'est pas abandonnée pour autant. La boutique TRANSIT de l'AMPT ouvre ses portes en 1992. En 1993, le Steribox est diffusé dans les pharmacies. En 1994, Médecins du Monde (l'un des premiers initiateurs de la politique de réduction des risques) met en place un bus d'échange de seringues. Le développement de ces dispositifs a permis de faire chuter fortement la prévalence du VIH chez les usagers de drogues (passant de 49 % à 18 % en deux ans). Les chiffres parlent d'eux même et apportent la preuve, s'il en était besoin, que les usagers de drogues sont, comme toutes personnes normales, sensibles à la prévention. Aujourd'hui, hormis pour certaines populations issues notamment d'Europe de l'Est ou d'Afrique du Nord, les contaminations aux VIH chez les usagers de drogues sont quasiment nulles.

Béatrice Stambul souligne que Marseille a toujours pu bénéficier de tutelles bienveillantes. L'ARS comme la mairie regroupent des personnes pragmatiques qui, au-delà de leurs appartenances diverses, ont toujours apporté leur soutien aux différents dispositifs mis en place. Ainsi, en 1996, le Professeur Mattéi, alors conseiller municipal délégué à la lutte contre le sida et la toxicomanie, réunit toutes les associations marseillaises, décide l'installation d'un dispositif d'un distributeur de seringues et met en place un comité de pilotage toxicomanie sida géré par la DDASS (direction départementale des affaires sanitaires et sociales) remplacée aujourd'hui par l'ARS. Ce comité a favorisé l'installation

d'une véritable culture d'échange et de coopération, voire même de collaboration, entre le tissu associatif et les institutions.

L'année 1997 voit la naissance, impulsée par Médecins du Monde, des interventions en milieu festif qui auront permis de s'adresser à des nouvelles populations. Ces interventions font toujours partie des dispositifs existants et constituent aujourd'hui une partie non négligeable de l'activité du Bus 31/32.

Le Bus Méthadone est mis en place en 1999, à Paris et Marseille, un dispositif innovant qui, après le désengagement de Médecins du Monde, donnera naissance au Bus 31/32, devenu aujourd'hui un CSAPA CAARUD. Placé sous l'égide de Patrick Padovani, l'adjoint à la santé de la mairie de Marseille, le Bus 31/32 participe activement au projet de construction d'une salle de consommation à moindre risque à Marseille. Malheureusement, le projet n'a pas été retenu. Pourtant, comme le souligne Béatrice Stambul, les besoins en termes de réduction des risques restent très élevés. La proportion des injecteurs à Marseille est l'une des plus élevées en France. Sans oublier que les situations d'exposition aux risques infectieux et de contamination à l'hépatite C sont encore nombreuses.

Le CSAPA CAARUD Bus 31/32 est, de par sa position singulière de structure de première ligne, aux avant-postes de la réduction des risques. Il bénéficie, aujourd'hui de nouveaux soutiens. Même ceux qui se sont montrés les plus réfractaires dans le passé semblent s'être convertis à la réduction des risques. Un récent rapport de la Fédération française d'addictologie plaide pour la consommation de drogues dans les locaux des centres d'accueil pour toxicomanes.

Béatrice Stambul rappelle à l'assistance l'organisation, le 26 juin prochain, de la « Journée internationale contre l'abus et le trafic de drogues » organisée dans le cadre de la campagne mondiale : « Support Don't Punish » (« soutenez, ne punissez pas »). La manifestation est déployée dans plus de 100 villes et a pour objectif de promouvoir de meilleurs politiques en matière de drogues, mettant la priorité sur l'accompagnement (Support) plutôt que sur la répression (Punish).

Des acteurs locaux interviendront tout au long de cette matinée pour présenter les actions qui sont menées à Marseille, une ville que Béatrice Stambul connaît bien et qu'elle aime profondément ; une ville qui se doit d'offrir à tous ses habitants, d'ici ou d'ailleurs, des services adaptés et de qualité, répondant à leurs besoins, respectueux des spécificités et des citoyennetés. Bref, une ville qui se doit d'étendre et d'amplifier les actions de réduction des risques qui ont partout fait leur preuve.

## TABLE RONDE

**Discutant : Matthieu Fieulaine**, administrateur du Bus 31/32, anthropologue, association « Santé ! », Marseille.

📍 **Migrations et addictions : la situation marseillaise**

● **Reem Mansour**

Médecin, Centre de rétention administrative du Canet, Marseille

● **Élise Vallois**,

Juriste, Comité pour la santé des exilés (COMEDE), Marseille

Reem Mansour est médecin généraliste. Elle partage son temps entre le centre de rétention administrative de Marseille et la prison des Baumettes.

Les centres de rétention sont des lieux mal connus. Ils ont été créés par la Loi du 29 octobre 1981. Ils sont au nombre de 26 sur l'ensemble du territoire français. La rétention administrative est une privation de liberté spécifique pour les étrangers en instance d'éloignement du territoire français. Il s'agit du placement par une préfecture, « pour le temps strictement nécessaire à son départ » d'un étranger qui fait l'objet d'une mesure d'éloignement forcé. Les centres de rétention ne relèvent pas de l'administration pénitentiaire et sont gérés par la Police des frontières. La durée maximale de rétention est de 45 jours.

La prise en charge sanitaire dans les centres de rétention est régie par une circulaire du 7 décembre 1999. Celle-ci introduit la notion d'UMCRA (Unité médicale du centre de rétention administrative). L'organisation des soins se fait au moyen d'une convention entre le ministère de l'emploi et de la solidarité, représenté par le préfet, et un centre hospitalier public ou privé participant au service hospitalier. À Marseille, la santé des retenus est de la responsabilité de l'AP-HM (Assistance publique hôpitaux de Marseille).

L'UMCRA de Marseille dispose de locaux dédiés à l'intérieur du centre de rétention. Des infirmières sont présentes sur place, 7 jours sur 7 (fériés inclus). Un médecin généraliste est présent au moins 5 demi-journées par semaine. L'Unité médicale ne dispose pas de psychologue ou de psychiatre. Une consultation est proposée par les infirmières pour chaque nouvel arrivant. Il est à noter que ces consultations sont toujours acceptées. Les personnes présentant une pathologie aiguë ou chronique, celles qui suivent un traitement ou qui expriment un état de stress (ou tout autre comportement « inhabituel » lié à leur placement en rétention) sont orientées vers une consultation médicale. Une consultation médicale est systématiquement proposée pour les femmes. On peut considérer que les femmes migrantes sont plus souvent exposées à des violences. Pendant la consultation, les infirmières comme les médecins généralistes peuvent faire appel à un service d'interprétariat par téléphone (Inter-Service Migrants).

L'UMCRA dépend de l'AP-HM (Hôpital nord). L'unité peut programmer des consultations spécialisées en milieu hospitalier. Elle a accès à l'ensemble des examens complémentaires ainsi qu'au service des urgences somatiques et psychiatriques ou au service des urgences dentaires.

L'UMCRA a reçu, en 2015, environ 37 nationalités. 27 % des patients sont originaires d'Algérie, 24 % de Tunisie et 12 % du Maroc. Le centre de rétention a une capacité théorique de 136 places. En 2015, environ 1766 personnes ont été placées en rétention à Marseille dont 41 femmes (2,32 %). L'âge moyen des retenus est de 32 ans. 17,55 % d'entre eux sortent de prison (un taux qui augmente régulièrement). L'UMCRA a réalisé 1092 consultations médicales en 2015 dont au moins un tiers concerne des problèmes de santé mentale (troubles psychologiques, stress, angoisses, insomnies). La majorité des retenus ont des vulnérabilités et se trouvent souvent dans un état de santé précaire. Pour certains, c'est une pathologie psychiatrique qui a « favorisé » leur interpellation. Tous les retenus ont été arrachés brutalement à leur quotidien. Ils ne comprennent pas pourquoi ils ont été placés dans un centre de rétention et éprouvent un profond sentiment d'injustice. S'ils partent au tribunal ou à l'hôpital pour une consultation, ils font le trajet menottés alors que leur seul délit est l'absence d'un titre de séjour.

Reem Mansour présente un focus sur les personnes qui sont sous traitement de substitution sous opiacés (TSO). Cette situation particulière lui permet d'introduire la notion de « responsabilité de l'UMCRA dans la mise en œuvre de la protection légale des étrangers malades contre l'éloignement du territoire ». En cas de risque d'exceptionnelle gravité, le médecin de l'unité peut saisir le médecin de l'ARS du lieu d'implantation du centre de rétention en lui envoyant un rapport médical détaillé sur lequel il va décrire la situation du patient, son traitement et son pays d'origine. Le groupe addiction de la Direction générale de

la santé (DGS) a transmis aux médecins des ARS un document intitulé : « Le droit au séjour pour soins. Questions particulières pour les personnes en traitement de substitution ». Cette note a pour objectif de préciser les conditions d'appréciation de la situation des personnes étrangères en situation irrégulière bénéficiant de TSO et sollicitant un titre de séjour pour soins. La DGS, à la lumière de plusieurs témoignages, a réalisé que cette procédure était insuffisamment connue et que les pratiques des ARS, des médecins intervenant en milieu carcéral ou en centre de rétention administrative, pouvaient être variables. Les disparités de traitement des dossiers ont pu aboutir à ce que des personnes inscrites dans des parcours de soins en France, soient renvoyées dans leur pays d'origine ceci entraînant interruption de la prise en charge. La note rappelle au corps médical que l'arrêt brutal d'un TSO expose la personne à des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé : syndrome de sevrage, danger de rechute avec reprise des consommations et risque accru de surdose mettant en jeu le pronostic vital, exposition à des risques infectieux (VIH, VHC...). Ce risque grave se retrouve lors de retours dans un pays d'origine ne permettant pas la poursuite du traitement.

En 2015, l'UMCRA a reçu 4 patients sous méthadone (1 algérien, 2 marocains et 1 géorgien). L'unité a saisi l'ARS pour trois cas. Ceux-ci ont été libérés ou expulsés, et ceci, sans lien avec la saisine. Reem Mansour en déduit que le médecin de l'ARS avait émis un avis défavorable. En 2015, sur les 1766 personnes reçues, 26 étaient sous buprénorphine, dont 20 étaient sortants de prison. Le médecin de l'ARS a été saisi pour 11 personnes. Il a rendu un seul avis favorable.

On peut donc se poser légitimement des questions sur la logique de l'avis du médecin de l'ARS, généralement défavorable (notamment pour les patients sortants de prison). Il est à croire qu'il ne statue pas uniquement en fonction des critères médicaux. Se pose également la question du relais médical et de l'orientation à la sortie du centre de rétention administrative. Faut-il les orienter vers un CSAPA ? Vers la PASS ? Enfin, Reem Mansour pose une dernière question : le Centre de rétention administrative est-il un lieu pour débiter un TSO ? Elle laisse la question ouverte.

Élise Vallois se propose de compléter la présentation de Neer Mansour. Le COMEDE est une association dont l'objet est la promotion de la santé des exilés. L'association propose, entre autres, un accompagnement des personnes étrangères malades dans leur accès à un titre de séjour. La procédure permettant d'accéder à un titre de séjour pour raison médicale est soumise à trois conditions : l'état de santé de la personne nécessite une prise en charge médicale ; le défaut de cette prise en charge pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ; l'intéressé ne peut effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine. Aujourd'hui, comme rappelé par Reem Mansour dans son exposé, il est de la responsabilité du médecin de l'ARS de procéder à l'évaluation médicale de la demande de titre de séjour pour soins.

Une nouvelle loi a été adoptée en mars 2016 (son entrée en vigueur a été reportée au mois de janvier 2017). Elle garantit un droit de séjour à l'étranger qui ne peut pas être pris en charge dans son pays « eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé ». Par ailleurs, l'obtention d'un titre de séjour pour raison médicale ne sera plus soumise à l'avis du médecin de l'ARS. À partir de janvier 2017, cette compétence sera transférée aux médecins de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (sous tutelle du Ministère de l'intérieur).

L'accompagnement proposé par le COMEDE est à la fois médical et socio-juridique. D'un point de vue médical, l'association effectue une première évaluation afin de vérifier que les trois conditions requises pour une demande de séjour de soins sont remplies. Si l'évaluation est négative, les dépôts de demande de droits de séjour sont le plus souvent découragés, la démarche pouvant entraîner une obligation de quitter le territoire français. Si les conditions

médicales sont remplies, le COMEDE procède à une évaluation socio-juridique. Ces deux évaluations se font soit en interne soit en partenariat avec d'autres structures (Médecins du Monde, Le Bus 31/32).

S'agissant plus spécifiquement des addictions, Élise Vallois indique que les personnes suivies par le COMEDE sont pour la plupart sous traitements de substitution. La majorité présente d'autres pathologies du type psychologique ou infectieuse (VIH ou VHC). Le COMEDE ne propose pas un accompagnement spécifique aux usagers de drogues, sachant que toutes les situations sont, quelles qu'elles soient, traitées au cas par cas. Par ailleurs, Élise Vallois souligne que les difficultés que rencontrent les usagers de drogues ne sont pas tant liées à leur addiction qu'à leur situation de très grande précarité. La Préfecture, par exemple, refuse de traiter les dossiers de demande des personnes qui disposent uniquement d'une adresse administrative, ce qui, rappelle Élise Vallois, est totalement illégal et donc, profondément scandaleux. La préfecture exige également un passeport en cours de validité ou des documents d'état civil de moins de six mois, autant de demandes encore une fois illégales. Les personnes rencontrent également des difficultés par rapport au coût des démarches. Le coût du dépôt d'un dossier de demande pour un titre de séjour s'élève à 50 euros. Si l'autorisation du titre de séjour est délivrée, le bénéficiaire devra payer en moyenne 300 euros pour l'obtenir.

Élise Vallois précise que les personnes qui ont été accompagnées par le COMEDE dans une demande de titre de séjour ont, dans leur grande majorité, reçu une réponse positive. Les rares refus sont le plus souvent inexplicables. Toutes les conditions médicales sont remplies. Et pourtant, le médecin de l'ARS rend un avis défavorable. Élise Vallois confirme, sur ce point, les propos tenus précédemment par Reem Mansour et souligne que certains refus sont effectivement basés sur des critères non médicaux, comme le passé pénal par exemple. Les personnes sortant de prison ont aujourd'hui peu de chance de recevoir un avis positif. Le médecin de l'ARS statue non pas sur des critères médicaux, mais sur des critères moraux et se permet de rendre un avis négatif pour des personnes dont l'état de santé justifie l'obtention d'un titre de séjour.

---

● **Questions de la salle**

En réponse à une question posée depuis la salle, Élise Vallois précise qu'il est strictement interdit d'enfermer un mineur dans un centre de rétention administrative. Seuls les centres habilités (ils sont très rares) peuvent accueillir des familles.

Jeremy Constan, stagiaire et éducateur spécialisé au Bus 31/32, souhaite savoir si le centre de rétention administrative est un lieu propice pour prescrire un TSO. Le centre dispose-t-il des moyens nécessaires, en termes de médecins ou infirmiers ? Reem Mansour lui répond qu'elle en est convaincue. Le centre dispose aujourd'hui de tous les moyens nécessaires. Toutefois, la question se pose de la poursuite des soins à l'extérieur du centre.

---

Ⓜ **Usages et usagers de drogues sur Marseille**

● **Emmanuelle Hoareau**

Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale

● **Serge Longère,**

Directeur du Bus 31/32, délégué régional RESPADD

---

La présentation d'Emmanuelle Hoareau est issue de la concertation, lancée par Monsieur Padovani, sur l'expérimentation de salle(s) de consommation à moindres risques à Marseille. La démarche avait pour but principal de vérifier la pertinence des réponses, des outils et des interventions mis en place sur le territoire marseillais en matière de réduction des risques auprès des usagers de drogues. Pour ce faire, un groupe d'experts a été constitué réunissant des professionnels de CAARUD et de CSAPA, des praticiens hospitaliers, des

représentants des personnes usagères et des chercheurs en épidémiologie, en pharmacologie et en sociologie. Ce comité s'est réuni une dizaine de fois entre septembre 2010 et septembre 2012. L'objectif était d'ouvrir un espace de réflexion collective et pluridisciplinaire sur l'expérimentation d'une ou de plusieurs salles de consommation à moindre risque à Marseille et, notamment, d'élaborer des positionnements communs quant aux enjeux de santé publique, de sécurité et de tranquillité publique (considérant que les trois sont indissociables). La démarche était centrée autour de trois axes de travail :

- Établir un état des lieux sur les caractéristiques des usages, des situations socio-économiques et des besoins de santé des personnes susceptibles de fréquenter les espaces de consommation. Il s'agissait d'établir une synthèse des données locales, notamment des rapports d'activité des CAARUD en 2009, et une synthèse comparative des enquêtes de l'OFDT et du CEIP. La méthodologie a également consisté à comparer les données locales aux moyennes nationales pour caractériser la situation marseillaise.
- Réaliser un état des lieux sur le dispositif de réduction des risques et de soins spécialisés à Marseille. L'expérimentation n'a pleinement son sens que si elle s'inscrit dans une évolution générale du dispositif.
- Élaborer des préconisations de degrés différents quant au cahier des charges de l'expérimentation

#### ■ Un état des lieux des usagers de drogues marseillais.

L'estimation du nombre de personnes qui seraient susceptibles de solliciter la ou les salles de consommation est difficile à réaliser. Outre le risque de double, voire de triple comptage entre les différentes structures (une seule personne peut être vue dans différentes structures), Emmanuelle Hoareau souligne le phénomène de sous déclaration des pratiques d'injection. À cela, s'ajoute le fait que certaines personnes en grande précarité, notamment celles qui sont trop éloignées de la salle, n'y viendront pas ou très peu.

En additionnant de manière brute les files actives des CAARUD, des CSAPA et de l'association Nouvelle Aube, le nombre d'usagers est estimé à 4 860 personnes. Parmi celles-ci, l'on peut estimer à environ 1 700 le nombre de personnes qui utiliseraient la voie intraveineuse. Si la répartition hommes/ femmes est équivalente à celle observée au niveau national (sachant que les femmes représentent 30 % des files actives), les usagers marseillais sont relativement plus âgés que la moyenne nationale. Le public marseillais est particulièrement précarisé. Les usagers vivent plus souvent des prestations sociales. Nombreux sont sans revenus et sans ressources officielles et vivent de mendicité ou de petits trafics. Les usagers marseillais sont moins nombreux à disposer d'un logement durable ou indépendant que la moyenne nationale (les usagers sans logement représentent plus du double de la moyenne nationale).

Plus d'un quart des usagers vus dans les CSAPA marseillais en 2009 consomment des produits dans l'espace public ou semi-public (parkings et entrées d'immeubles) et dans des squats. Ces modes de consommation favorisent les mauvaises conditions d'hygiène, les prises de produits précipitées sans précautions ainsi que les pratiques de partage ou de réutilisation de matériels.

En 2009, les professionnels des CAARUD notaient que le renouvellement des publics prenait trois formes. Ils soulignaient, pour commencer, l'augmentation du nombre de jeunes usagers en grande précarité. Ceux-ci sont particulièrement exposés au risque de contamination puisqu'ils vivent plus souvent en squat collectif. Ils sont par ailleurs, injecteurs ou usagers de free base. Les moins de 30 ans ont plus souvent tendance à partager le matériel d'injection (les contaminations VIH / VHC ont d'ailleurs lieu dans les premières années de consommation). Les professionnels des CCARUD constataient également une

augmentation d'usagers plus âgés originaires des pays de l'Est. Ces usagers sont souvent injecteurs et originaires de pays où les niveaux de contamination VIH sont élevés. Enfin, les CAARUD soulignent l'arrivée de nouvelles personnes en situation d'exclusion sociale.

S'agissant des spécificités d'usage des personnes vues dans les CAARUD, l'état des lieux souligne un usage plus fréquent de BHD et de sulfate de morphine chez les usagers marseillais. En ce qui concerne les stimulants, on retrouve une forte prévalence de l'usage de cocaïne et d'amphétamines. L'usage de free base est probablement sous-estimé, y compris en injection. Cette pratique a fortement augmenté dans les années 2000, mais on ne la retrouve pas très fréquemment dans les différentes enquêtes. S'agissant des usagers vus dans les CSAPA, l'état des lieux souligne une plus forte consommation de benzodiazépines que la moyenne nationale. On retrouve également une forte fréquence des amphétamines (confirmée par l'enquête RECAP 2009 de l'OFDT). De fait, l'usage d'héroïne est relativement rare chez les usagers marseillais.

Les besoins de santé des usagers marseillais sont plus marqués. Les recueils de données (CAARUD ou CSAPA) mettent en exergue des prévalences VIH et VHC beaucoup plus élevées chez les usagers marseillais par rapport à la moyenne nationale. On note également une fréquence plus grande des comorbidités psychiatriques. Selon l'OFDT, les usagers marseillais semblent plus souvent avoir été hospitalisés en psychiatrie par rapport à la moyenne nationale (31,7 % versus 30,1 %), et l'ont plus souvent été à 2 ou 3 reprises (48,2 % versus 34,9 %).

#### ■ Les préconisations

Pour les initiateurs de la démarche de concertation, caractériser à grands traits les usages de produits et les besoins de santé et d'aide sociale des personnes visait à vérifier la pertinence des salles de consommation. Il s'agissait également d'identifier des axes d'amélioration de l'offre de réduction des risques et de soins spécialisés afin de s'adapter à l'hétérogénéité des publics, de leurs pratiques, de leurs attentes et de leur rapport au dispositif spécialisé. Trois grands axes ont été repérés :

- Redéployer géographiquement l'offre de réduction des risques, à commencer par les automates de distributeurs échangeurs. Il s'agira de relancer un travail de sensibilisation auprès des pharmacies pour la mise en place de PES et la pratique de prix corrects sur les Steribox et de repenser le travail de rue, notamment dans les quartiers éloignés de l'hyper centre.
- Mettre en place et développer des outils innovants de réduction des risques.
- Renforcer la formation professionnelle des équipes des CAARUD et des CSAPA et sensibiliser les professionnels du champ médico-social.

#### 📍 Les salles de consommation à moindre risque : et Marseille?

● Perrine Roux

Administratrice du Bus 31/32, chercheure en santé publique, unité INSERM – SESSTIM, Marseille

#### ■ L'exemple de Vancouver : un modèle en termes de santé publique et d'évaluation

Perrine Roux a eu l'opportunité de visiter INSITE, une salle de consommation à Vancouver. Cette grande ville multiculturelle de 600 000 habitants est située sur la côte pacifique. Le dispositif INSITE a été implanté dans le quartier Downtown Eastside, peuplé essentiellement de personnes ayant des problèmes d'addiction et de grande précarité. Les habitants de ce quartier, issus majoritairement du marché portuaire, ont durement subi les effets de la crise économique des années 1980 entraînant une progression de l'alcoolisme, de la

consommation d'opium et de crack. S'en est suivie une flambée des épidémies de VIH et de VHC au point que Vancouver devient la ville d'un pays développé avec le plus fort taux de contamination au VIH des usagers de drogues. Face à ce désastre sanitaire, les associations se sont mobilisées pour mettre en place une salle de consommation à moindres disques.

La salle de consommation est organisée en « U » pour éviter les stationnements et les flux croisés. INSITE met à disposition des usagers, 12 postes d'injection. Chaque poste contient un container destiné à récupérer les seringues usagées ainsi qu'un grand miroir permettant au personnel de santé de s'assurer, sans être trop intrusif, de la sécurité des usagers. Le site reçoit 900 visites par jour, pour environ 587 injections quotidiennes. Les drogues injectées sont principalement l'héroïne (36 %) et la cocaïne (32 %). INSITE met également à disposition des usagers, une salle de repos ainsi qu'une cafétéria dont le service est assuré par des usagers rémunérés. Aucune limite de temps n'est imposée aux usagers. INSITE propose également un ensemble de services médicaux et sociaux, dont un programme de prise en charge des addictions (ONSITE).

### ■ Les données scientifiques

INSITE a fait l'objet de nombreuses évaluations. Fruit d'une collaboration entre les associations et des chercheurs, une procédure d'évaluation a été mise en place avant l'ouverture de la salle. Des études qualitatives et ethnographiques ont été réalisées et des cohortes d'usagers ont été formées pour évaluer l'impact de l'ouverture du site. Les acteurs communautaires ont été impliqués à tous les niveaux de la recherche.

L'évaluation a permis de répondre à un grand nombre de questions :

- INSITE permet-elle d'atteindre les personnes exclues du système de soins ?
  - La salle accueille une population sans logement, consommateurs quotidiens d'héroïne et de cocaïne et qui s'injectent essentiellement dans les lieux publics.
- INSITE favorise-t-elle la consommation de drogues et les overdoses ?
  - Les données montrent qu'il n'y a pas eu d'augmentation de la consommation de drogue dans la collectivité. Le dispositif attire surtout les personnes qui s'injectent depuis longtemps (16 ans en moyenne). La fréquentation régulière de la salle aide les usagers à s'engager dans un programme de substitution. Les données d'évaluation montrent que le nombre d'overdoses a chuté de plus de 35 % dans le quartier Downtown Eastside après l'ouverture d'INSITE.
- INSITE contribue-t-elle à la prévention des pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC ?
  - On observe une réduction de 70 % du risque de partage de seringues parmi les utilisateurs réguliers de la salle.
- INSITE favorise-t-elle la prise en charge de la dépendance et les soins médicaux ?
  - Une étude a montré une augmentation de plus d'un tiers des inscriptions à un programme de prise en charge de la dépendance aux opiacés. Les données d'enquête montrent que les clients réguliers avaient deux fois plus de chance de démarrer un traitement. INSITE permet également de prendre en charge d'autres problématiques de santé comme les infections cutanées.
- INSITE favorise-t-elle les nuisances et la criminalité ?
  - Il n'y a pas eu d'augmentation significative du taux de trafic de drogues et de la criminalité après l'ouverture de la salle. On note, par ailleurs, une baisse significative du nombre de seringues et de matériels abandonnés dans les lieux publics ainsi que du nombre de personnes s'injectant dans les environs du centre. Les policiers ont été associés à l'ouverture d'INSITE et orientent spontanément les injecteurs vers la salle. Ainsi, les chercheurs ont demandé

à 1 090 clients sélectionnés de façon aléatoire s'ils avaient déjà été aiguillés vers INSITE par la police locale lorsqu'ils s'injectaient des drogues dans des lieux publics. Au total, 182 personnes (soit 17 % de l'échantillon) ont répondu que oui

- Les bénéfiques sont-ils supérieurs aux coûts ?
  - La salle de consommation permet d'éviter 35 nouveaux cas de VIH et au moins 3 décès par an. Le bénéfice est estimé à 6,5 millions de dollars par an.

Les évaluations ont permis de maintenir INSITE ouverte alors que la salle était menacée de fermeture par le gouvernement fédéral.

#### ■ L'expérimentation française

Une étude a été confiée à l'INSERM afin d'évaluer l'impact des ouvertures des salles de consommation à moindres risques. Pour ce faire, une cohorte d'usagers de drogues, intitulée COSINUS, a été constituée. La recherche est sous la responsabilité d'un consortium de recherche formé par 3 principaux investigateurs ainsi que des chercheurs associés et des partenaires scientifiques. La durée de l'enquête sera de deux ans. Elle se déroulera dans quatre villes (Bordeaux, Marseille, Paris et Strasbourg), dans les CAARUD partenaires de la recherche et dans un lieu permettant la confidentialité.

Les critères d'inclusion dans la cohorte seront : les usagers réguliers de drogues illicites ou de médicaments détournés (francophones et âgés de plus de 18 ans) ayant pratiqué l'injection de drogues au moins une fois au cours du dernier mois. Chaque participant sera suivi pendant 12 mois avec un entretien en face à face à l'inclusion, à 3, 6, 9 et 12 mois. Les entretiens d'inclusion ou de suivi, d'une durée approximative de 20 à 35 minutes, permettront de recueillir des données sociodémographiques, l'histoire de consommation de drogues (à l'inclusion uniquement), la consommation actuelle, les motivations à l'usage, les pratiques à risque liées à l'usage de drogues et d'autres pratiques à risque, le parcours de soins, l'expérience de violence et carcérale, les besoins en terme de soins et de prévention.

En conclusion, Perrine Roux rappelle que les salles de consommation ont montré leur efficacité dans de nombreux contextes. Le dispositif est relativement attendu en France. L'expérimentation qui sera menée permettra d'adapter ce dispositif au contexte français.

#### ● Questions de la salle

Dominique Blanc, médecin généraliste à la Maison d'arrêt des Baumettes, s'interroge sur l'impact du dispositif INSITE sur le VHC. La prévalence du VHC, autant à Vancouver qu'à Marseille, reste très élevée chez les usagers de drogues.

Perrine Roux répond qu'aucune donnée n'a permis de montrer la réduction de la prévalence du VHC dans la population.

Karine Bartolo, psychiatre et addictologue à l'hôpital Sainte Marguerite, s'étonne de la forte fréquentation de la salle ouverte à Vancouver. Marseille, rappelle-t-elle, a une longue histoire dans le domaine de la réduction des risques. La ville a même occupé une place d'avant-garde en France, développant plusieurs dispositifs innovants comme les automates ou les Bus méthadone. De nombreux CAARUD ont été déployés sur le territoire. Karine Bartolo se demande s'il ne serait pas plus judicieux d'implanter des espaces d'injection dans des locaux des CAARUD plutôt que de mettre en place une salle de consommation à moindre risque.

Perrine Roux confirme la forte fréquentation de la salle INSITE. La salle reçoit jusqu'à 900 personnes par jour. Toutefois, les horaires d'ouverture, souligne-t-elle, sont de 10 heures du matin à 4 heures du matin. Cela étant dit, les salles de consommation de ce type ne lui

semblent pas adaptées à la France. Pour commencer, contrairement à Vancouver, les usagers de drogues sont répartis dans différents quartiers. Cela étant dit, Perrine Roux rappelle que les CAARUD pourront très prochainement mettre en œuvre un programme d'accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection (AERLI).

Serge Longère rappelle que la discussion sur l'ouverture d'une salle de consommation à moindres risques à Paris (salle Gaïa) a été ouverte en 2010. 6 ans plus tard, cette salle n'est toujours pas ouverte. L'ouverture d'espaces d'injection, préconisée par Karine Bartolo, a ses avantages. Cette implantation serait beaucoup moins coûteuse que celle de salles à proprement parler, mais également moins visible. Rares sont les riverains qui apprécieraient l'ouverture d'une salle en bas de chez eux. Par ailleurs, Serge Longère rappelle que les pratiques d'injection sont déjà fréquentes dans les CAARUD. Elles se font dans des endroits peu propices à cette pratique (dans les toilettes, dans les douches ou le local à poubelles).

Matthieu Fieulaine évoque l'ouverture par l'Association « Santé ! », à Marseille, d'une salle de consommation d'alcool à moindre risque.

## CONCLUSION

**Serge Longère**, directeur du Bus 31/32, délégué régional RESPADD

Marseille accueille aujourd'hui, pour la première fois, le RESPADD. Cette première matinée a été l'occasion d'aborder et de s'attarder sur des problématiques ou des questionnements locaux. Serge Longère remercie l'ensemble des intervenants pour la qualité de leurs interventions.

La ville de Marseille affiche aujourd'hui le taux d'allocataires des minimums sociaux le plus élevé de France, notamment chez les usagers de drogues. Le taux de précarité est également le plus élevé par rapport à la moyenne nationale. Il en est de même du taux de prévalence du VHC ou de celui des comorbidités psychiatriques. Ces problématiques ne reçoivent pas toujours les réponses adéquates. Lorsqu'elles existent, elles demeurent largement insuffisantes.

Il existe pourtant des solutions simples à mettre en œuvre, à commencer par la dépénalisation. Serge Longère rappelle qu'un récent rapport de l'ONU souligne l'échec total de la guerre à la drogue qui a été menée par tous les États. La loi française pénalise l'usage simple de drogues depuis maintenant 46 ans. Cette loi condamne des personnes qui ingèrent, dans leur corps, des produits. Pourquoi ne pas pénaliser également les personnes qui s'automutilent ou qui se suicident ?

Aujourd'hui, les usagers de drogues, notamment les migrants, sont dans une extrême précarité. Comment les CAARUD et les CSAPA peuvent-ils travailler auprès de ces usagers sans pouvoir leur assurer un hébergement stable ? Au-delà de la pénalisation et de l'ouverture de salles de consommation, un véritable débat doit être ouvert aux niveaux locaux et nationaux sur la question de l'hébergement des plus démunis.