

[ÉTUDE SUR L'OPPORTUNITÉ ET LA FAISABILITÉ D'UN CENTRE D'INJECTION SUPERVISÉ À METZ]

Yvon Schléret

SOMMAIRE

Introduction	2
Première partie : La situation actuelle à Metz	4
<hr/>	
1 - Estimation du nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse sur l'agglomération messine	5
1.1 – Approche statistique d'après les données disponibles	5
Enquête NEMO de l'OFDT :	
Environ 2 300 usagers problématiques de drogue sur l'agglomération messine	5
L'apport des statistiques d'activité des structures médico-sociales accueillant des usagers de drogue	7
Caractéristiques des usagers des CSST et des CAARUD	10
1.2 – Le point de vue des professionnels du champ de la toxicomanie	13
Produits injectés	14
Profil des usagers de drogue par voie intraveineuse	15
Le dispositif de réduction des risques à Metz	15
L'usage d'espaces publics par les usagers de drogue par voie intraveineuse	20
Deuxième partie : Vers un centre d'injection surveillée à Metz ?	21
<hr/>	
1 – Les demandes des usagers	22
2 – Le regard porté sur les salles d'injection des pays frontaliers	23
3 – Le point de vue des intervenants en toxicomanie sur un projet éventuel de centre d'injection surveillée	24
Oui, mais pas dans n'importe quelle condition	24
D'abord définir et mettre en œuvre une stratégie de soins et d'accompagnement vers la diminution de la consommation dont le CIS ne serait qu'une porte d'entrée	26
Quel modèle possible pour le fonctionnement d'un centre d'injection surveillée ?	27
Des modalités pratiques qui restent à définir d'un commun accord	29
4 – Localisation d'un éventuel CIS à Metz	31
Envisager le syndrome NIMBY	31
Le centre-ville : un lieu propice ?	33
Motifs évoqués pour justifier une opposition à un CIS	34
Conclusion	38
Annexe 1 : Nomenclature des activités RDR en CAARUD	41
Annexe 2 : Liste des acronymes utilisés	42

Introduction

Depuis la publication en juin 2010 du rapport de l'INSERM intitulé « Réduction des risques chez les usagers de drogues¹ » le débat sur les salles d'injection s'est amplifié en France. Dans les faits, le rapport de l'INSERM n'est pas spécifiquement consacré à ces lieux d'injection. Il dresse un panorama d'ensemble de la réduction des risques et émet des propositions parmi lesquelles figure l'expérimentation des centres d'injection supervisés.

« Les centres d'injection supervisés (CIS) sont des structures où les usagers de drogues par injection peuvent venir s'injecter des drogues – qu'ils apportent – de façon plus sûre et plus hygiénique, sous la supervision d'un personnel qualifié. Historiquement, les centres d'injection supervisés ont vu le jour sous la pression de plusieurs phénomènes : l'amplification de la consommation de drogues par injection (héroïne ou cocaïne), l'arrivée de l'épidémie de VIH (et de VHC), la présence croissante de consommateurs de drogues en situation d'extrême précarité sociale, souvent sans domicile fixe et consommant des drogues par injection, dans l'espace public.

Actuellement, il existe des centres d'injection supervisés dans 8 pays : Allemagne, Australie, Canada, Espagne, Luxembourg, Norvège, Pays-Bas et Suisse. Ces centres poursuivent des objectifs de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues et pour la communauté, dans les domaines de la santé publique et de l'ordre public. (...) Les CIS peuvent être considérés comme une mesure complémentaire (et non concurrente) à d'autres dans la palette de services proposés aux usagers permettant de répondre à des besoins de réduction des risques spécifiques liés à l'injection. Ils constituent un lieu de refuge (sécurité, injection dans des conditions hygiéniques, possibilité de recevoir conseils et instructions spécifiques) et d'accès à des soins de base et un trait d'union vers d'autres services, pour les usagers à très hauts risques. Ils sont également utilisés par des usagers en traitement qui n'ont pas (encore) pu abandonner l'injection. (...) » (Rapport de l'INSERM).

Qu'on les appelle « centres d'injection supervisés », « salles de consommation à moindres risques », « local d'injection sous surveillance », « salles d'injection à visée éducative », ou encore, et avec une connotation volontairement négative, « shooting room » ou « salles de shoot », l'éventualité de leur création future est à envisager en abordant les questions qui se posent quant aux besoins auxquels ces lieux peuvent répondre et quant aux modalités de leur fonctionnement.

C'est avec cette perspective que la Ville de Metz a souhaité disposer d'une étude préalable sur la création éventuelle d'un tel centre. L'objectif général de cette approche est de réunir des informations permettant de poser la question de manière sereine afin que les responsables politiques locaux soient informés pour pouvoir prendre position.

Au-delà d'un exercice d'aide à la décision, cette étude préalable vise aussi à faire participer les acteurs messins de la réduction des risques, de la prévention et des soins aux toxicomanes à l'élaboration d'un premier diagnostic sur l'opportunité et la faisabilité d'un CIS à Metz. C'est bien

¹ Centre d'expertise collective de l'INSERM, Réduction des risques chez les usagers de drogues, Synthèse et recommandations, INSERM juin 2010. Document téléchargeable sur :

http://www.inserm.fr/content/download/12993/97898/file/synthese_reduction_risques.pdf

cette option qu'il faut privilégier, car le rapport présenté ici n'a pas la prétention d'être exhaustif et d'épuiser le sujet dans toute sa complexité. Il s'agit beaucoup plus d'un travail préalable à la constitution d'un groupe de réflexion qui pourra réunir non seulement les acteurs interviewés, mais aussi d'autres dont la présence aura été repérée comme nécessaire.

La réflexion et le débat sur l'ouverture éventuelle d'un centre d'injection surveillée sur un territoire donné nécessitent au préalable de disposer de données épidémiologiques pour en mesurer les enjeux. L'objet de la première partie concerne donc une estimation du nombre d'usagers de drogue par injection et leurs caractéristiques sociodémographiques. L'intérêt de ce type d'information porte non seulement sur la prévalence d'injecteurs sur l'agglomération messine susceptible d'avoir recours à un CIS, mais aussi sur les produits qu'ils consomment, leur âge, leur situation par rapport à l'emploi et leur mode de logement. L'analyse de ces caractéristiques répond à l'hypothèse que la fréquence d'un recours à un CIS peut être différente en fonction des conditions matérielles de vie des personnes concernées.

L'observation de terrain, plus qualitative, menée au quotidien par les intervenants en toxicomanie a également été mobilisée au moyen d'entretiens menés avec eux. Une large place est accordée dans ce rapport à la restitution de leurs propos, car tel était bien l'objectif premier de ce travail.

Enfin, les acteurs interviewés ont été sollicités pour qu'ils donnent leur point de vue sur les CIS, qu'ils expriment leurs attentes par rapport à ces centres et qu'ils suggèrent des propositions de mise en œuvre éventuelle.

Liste des intervenants en toxicomanie et des structures rencontrées

- Dr Sylvie Balteau, médecin au CSAPA et au CAARUD Les Wads (CMSEA)
- M. Adrien Herter, coordinateur Moselle AIDES
- Dr Etienne Hiegel, médecin psychiatre, Service de soins en addictologie, CHS de Jury-lès-Metz et Centre Baudelaire de Metz
- M. Jean-Philippe Julo, coordinateur régional de l'association AIDES Meurthe-et-Moselle
- Dr Olivier Pouclet, médecin psychiatre, Service de soins en additcologie, CHS de Jury-lès-Metz et Centre Baudelaire de Metz
- M. Marius Renaud, coordinateur du CAARUD Les Wads (CMSEA) et intervenant au service accueil et soins du CSAPA Les Wads (CMSEA)
- M. Olivier Romain, directeur du CSAPA et du CAARUD Les Wads (CMSEA)
- M. Julien Schmitt, animateur d'actions AIDES Moselle

Les auteurs de ce rapport remercient les personnes qui ont contribué à son élaboration.

La situation actuelle à Metz

1 - Estimation du nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse sur l'agglomération messine

1.1 – Approche statistique d'après les données disponibles

On dispose de peu de données sur la prévalence d'usagers de drogue d'acquisition illicite en population générale. Le phénomène est d'ailleurs difficile à observer avec une approche quantitative, car il s'agit d'une pratique illégale, donc cachée. L'OFDT tente toutefois de proposer, tous les cinq ans, une estimation de la prévalence d'usagers problématiques de drogue dans six agglomérations françaises dont celle de Metz (les autres sont Lille, Lyon, Marseille, Rennes et Toulouse). La dernière estimation de ce type remonte à 2005. Son actualisation est en cours pour 2011.

Par usager problématique de drogues (UPD) il faut entendre les usagers de drogue par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âge des 15-64 ans (définition établie par l'OEDT - Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies).

Enquête NEMO de l'OFDT :

Environ 2 300 usagers problématiques de drogue sur l'agglomération messine

L'enquête de 2005 avait estimé à 2 370 le nombre d'usagers problématiques de drogue âgés de 15 à 64 ans sur l'agglomération messine¹ pour 220 000 personnes de même âge en population générale. Comme toutes les estimations de ce type issues d'une enquête, il y a une marge d'erreur dont il faut tenir compte. L'intervalle de confiance se situe de 1 610 à 3 130 avec 95 % de certitude.

Avec ce nombre approximatif de 2 300, le taux de prévalence d'UPD est de 10,8 pour mille habitants de 15 à 64 ans, soit environ 1 %. Le même taux a été constaté dans les autres agglomérations étudiées : Lille 10,8 ‰, Lyon 10,7 ‰, Marseille 10,2 ‰, Toulouse 10,1 ‰. Seule Rennes se distinguait avec un taux plus faible de 7,6 ‰. Ces données montrent déjà que l'importance du nombre d'usagers problématiques de drogues est de même intensité à Metz que dans les plus grandes agglomérations françaises lorsqu'on raisonne en proportion par rapport à l'ensemble de la population de 15 – 64 ans. La situation frontalière de la Moselle est certainement un facteur explicatif de ce constat. Elle permet en effet un accès plus facile aux drogues illicites, notamment pour les usagers – revendeurs, mais aussi pour les trafiquants.

Estimation de la prévalence d'usagers problématiques de drogue sur l'agglomération messine en 2005

		Nombre	Taux pour mille
Tous produits ²	15-64 ans	2 370	10,8 ‰
	15-44 ans	2 179	15,3 ‰
Opiacés et cocaïne	15-64 ans	1 424	6,7 ‰
	15-44 ans	1 345	9,4 ‰

Source : OFDT

¹ La notion d'agglomération utilisée ici s'appuie sur la définition qu'en donne l'INSEE sous la nomenclature d'unité urbaine. Des modifications de limites ont toutefois été apportées. Dans l'enquête OFDT, l'agglomération messine ne porte que sur les communes mosellanes de l'unité urbaine centrée sur Metz et ne prend donc pas en compte Briey et les autres communes meurthe-et-mosellanes. Par ailleurs, dans un souci d'opérationnalité, on y a ajouté les communes de la communauté d'agglomération de Metz Métropole qui ne figurent pas dans l'unité urbaine de Metz définie par l'INSEE.

² Hormis cannabis

Sur les 2 370 usagers problématiques de drogue de 15 à 64 ans estimés pour l'agglomération messine, 92 % sont âgés de moins de 45 ans. Le taux de prévalence pour cette catégorie d'âge est donc un peu plus élevé et atteint 15,3 pour 1000 personnes de 15 à 44 ans.

Pour permettre des comparaisons nationales, la notion d'agglomération utilisée dans l'enquête OFDT est un compromis entre la définition de l'INSEE, en ne tenant pas compte de la partie meurthe-et-mosellane de l'unité urbaine de Metz, et l'entité géographique couverte par la communauté d'agglomération de Metz Métropole. C'est dire que, dans l'estimation de 2 370 usagers problématiques de drogue, il y en a quelques-uns qui habitent Hagondange, Amnéville, Rombas, etc.

En regardant plus finement la répartition des usagers problématiques de drogue de l'agglomération messine en fonction de leur commune de résidence, on observe que 73 % habitent Metz et que, dans l'ensemble, 91 % sont domiciliés dans une commune de Metz- Métropole.

**Estimation de la prévalence d'usagers problématiques de drogue
sur Metz et sur Metz-Métropole en 2005**

		Nombre	Taux pour mille
Metz ville	15-64 ans	1 730	19,6 ‰
	15-44 ans	1 590	26,5 ‰
Metz-Métropole	15-64 ans	2 157	14,1 ‰
	15-44 ans	1 983	20,2 ‰

Source : OFDT avec estimation ORSAS

Aussi, compte tenu de la concentration d'usagers sur la ville centre de l'agglomération, et en se limitant aux usagers problématiques de drogue domiciliés à Metz ou dans une autre commune de la communauté d'agglomération de Metz-Métropole, on peut estimer que **près de 1 600 messins âgés de 15 à 44 ans sont des consommateurs problématiques de drogue, soit 26 pour mille.**

Mais tous les usagers de drogue recensés au cours de cette enquête en population générale ne sont pas des injecteurs. Les résultats permettent d'évaluer que 23 % d'entre eux **ont utilisé l'injection** au cours du mois précédant l'entretien, **soit 500 personnes de 15 à 44 ans pour toute l'agglomération messine** au sens entendu ici. Les injecteurs recensés habitent Metz dans 78 % des cas et une des communes de Metz-Métropole dans 95 %. **Le nombre d'injecteurs peut donc être estimé à 390 âgés de 15 à 44 ans pour Metz (6,5 ‰) et à 475 pour Metz-Métropole (4,8 ‰).**

Les injecteurs récents consomment principalement de l'héroïne (70 %), de la cocaïne (55 %), de la BHD (44 %) [buprénorphine haut dosage de type Subutex®] et de la méthadone (20 %).

En 2005, l'injection récente est mentionnée par 40 % des usagers de cocaïne et par 1/3 des héroïnomanes. Parmi les personnes déclarant un mésusage de produit de substitution (Subutex® ou méthadone), 42 % ont utilisé l'injection dans le mois précédant l'enquête.

Il faudra attendre les résultats de l'enquête de 2011 pour disposer d'une actualisation des données sur le nombre d'injecteurs dans l'agglomération messine. Mais les enquêtes qualitatives menées auprès des professionnels intervenant sur le champ de la toxicomanie indiquent qu'il y aurait, à Metz comme ailleurs, une recrudescence du nombre d'injecteurs après une période de baisse liée à la diffusion des pratiques de substitution.

Les usagers de drogues rencontrés sur l'agglomération messine en 2005 sont :

- Majoritairement des hommes, d'âge moyen 30,5 ans
- Plus de la moitié a moins de 30 ans, 35 % entre 30 et 40 ans et 13 % ont plus de 40 ans
- 63 % des usagers bénéficient d'un logement stable.

Les usagers problématiques de drogue au Grand Duché de Luxembourg

L'enquête menée par l'OFDT sur la prévalence d'usagers problématiques de drogue en 2005 sur l'agglomération messine a également été menée, en 2007, au Grand Duché de Luxembourg par le CRP-Santé (Centre de recherche public de Luxembourg). Dans les deux cas, la même méthodologie a été utilisée pour pouvoir alimenter les estimations européennes de l'OEDT.

Dans la mesure où le Grand Duché de Luxembourg dispose déjà de deux lieux d'injection surveillée, il est intéressant de connaître la prévalence estimée dans ce pays voisin.

L'enquête luxembourgeoise estime à 2 470 le nombre d'usagers problématiques de drogue âgés de 15 à 64 ans pour un total de 322 000 personnes de même âge en population générale, soit un taux de prévalence de 7,7 ‰. Les injecteurs représentent 4,6 ‰.

Comparés à ceux obtenus pour l'agglomération messine en 2005, les résultats luxembourgeois montrent :

- Une prévalence globalement moins importante : 7,7 ‰ des 15-64 ans au Luxembourg contre 10,8 ‰ pour l'agglomération messine. Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'enquête du Grand Duché porte sur l'ensemble du pays, alors que celle de l'OFDT se limite aux agglomérations urbaines.

- Une prévalence d'usagers intraveineux de drogue apparemment plus importante au Grand Duché de Luxembourg (4,6 ‰ contre 2,5 ‰ dans l'agglomération messine). Mais, ici, les données ne sont pas comparables, car le CRP-Santé et l'OFDT ne comptabilisent pas de la même manière les injecteurs. Pour le Luxembourg, il s'agit des injecteurs au cours de la vie (au moins une injection au cours de la vie). Alors que pour les agglomérations françaises, l'OFDT ne prend en compte que les personnes qui se sont injectées une drogue au cours du mois précédent l'enquête.

Source : Origer, A. (2009), Estimation de la prévalence nationale de l'usage problématique de drogues à risque élevé et d'acquisition illicite, PF OEDT - CRPSanté, Luxembourg.

| 7

L'apport des statistiques d'activité des structures médico-sociales accueillant des usagers de drogue

Le dispositif médico-social spécialisé de prise en charge des personnes ayant une conduite addictive se compose actuellement ainsi :

- Les **Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)** sont des structures résultant du regroupement des services spécialisés pour l'alcool et les drogues (CCAA Centres de cure ambulatoire en alcoologie et CSST Centres spécialisés de soins aux toxicomanes), prévu par le décret du 14 mai 2007. 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 du ministère de la santé.

Ce dispositif a pour mission d'assurer la prise en charge médico-psychologique et socioéducative des personnes confrontées à des problèmes d'addiction à l'alcool et aux

drogues illicites mais aussi l'accueil, l'orientation, l'information de ces patients, ainsi qu'un soutien à l'environnement familial. Les CSST sont financés par l'assurance-maladie depuis 2003.

Trois CSST sont recensés en Moselle, dont deux sur la commune de Metz :

- le Centre Baudelaire (rue Serpenoise) géré par le Centre hospitalier spécialisé de Jury-lès-Metz,
- le CSST Les Wads géré par le CMSEA avec trois antennes : Metz, Forbach et Foville. Les deux premières assurent une fonction de CSST sans hébergement, alors que l'antenne de Foville accueille en hébergement.

- 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 relative à la politique de Santé publique. Leurs missions sont fixées aux articles R.3121-33-1 à R. 3121-33-4 du code de la santé publique. L'objectif de ce dispositif est de prévenir ou de réduire les effets négatifs liés à la consommation de stupéfiants y compris dans leur association avec d'autres substances psycho-actives et, ainsi, à améliorer la situation sanitaire et sociale de ces consommateurs qui ne sont pas encore engagés dans une démarche de soins.

La définition du statut de CAARUD en 2004 visait notamment à regrouper les dispositifs de réduction des risques (RDR) dans le champ des drogues (boutiques, échange de seringues, équipes de rue, médiation, etc.) au sein de structures uniques. La RDR vise à limiter l'impact des consommations, notamment les infections virales, à informer sur les risques des différentes substances et pratiques, à favoriser l'accès aux soins, aux droits sociaux et à des conditions de vie acceptables, sans exiger au préalable des usagers un arrêt des consommations. Les CAARUD sont financés par l'assurance-maladie depuis 2006.

Les CAARUD reçoivent en majorité des usagers qui, s'ils peuvent être suivis par le système de soins, spécialisé ou non en addictologie, connaissent, en moyenne, des usages moins maîtrisés que l'ensemble des consommateurs et des situations sociales plus précaires.

La Moselle compte deux CAARUD installés à Metz. L'un est géré par le CMSEA (Les Wads, rue du Wad Billy), l'autre par l'association AIDES (2 rue Lafayette).

Nombre de personnes fréquentant les structures (file active)

Activité des CSST ambulatoires 2009

	File active*		Nouveaux patients
	Total	dont pop. carcérale	
CSST Metz Baudelaire	556	17	260
CSST Les Wads CMSEA	986	108	603
Ensemble¹	1 542	125	863

Source : DRASS de Lorraine, Schéma médico-social d'addictologie (2010-2011)

1 Le total des deux structures doit être considéré avec précaution car il ne tient pas compte des éventuels doublons. Une même personne pouvant avoir recours aux deux CSST dans la même année.

Activité des CAARUD 2009

	File active *	Modalités d'intervention
Point contact, Les WADS, CMSEA	434	Deux lieux fixes, une unité mobile, une équipe de rue, une équipe en milieu festif, intervention en prison
AIDES	397	Un lieu fixe, une unité mobile, une équipe de rue, trois équipes en milieu festif, intervention en prison
Ensemble ¹	831	

Source : DRASS de Lorraine, Schéma médico-social d'addictologie (2010-2011)

1 Le total des deux structures doit être considéré avec précaution car il ne tient pas compte des éventuels doublons. Une même personne pouvant avoir recours aux deux dans la même année.

* **File active ou population globale accueillie au cours de l'année** : Désigne l'ensemble des usagers vus au moins une fois pendant l'année par un ou plusieurs membres de l'équipe, quelles que soient les fréquences ou la durée de ces contacts. Un usager donné, même s'il fréquente la structure quotidiennement, ne peut être comptabilisé qu'une seule fois dans une année donnée.

Le cumul des personnes vues au moins une fois au courant de l'année par les CSST et les CAARUD installés à Metz s'élève à 2 373 personnes. Ce nombre est proche de celui de la prévalence des usagers problématiques de drogue recensés par l'enquête NEMO de l'OFDT en 2005. Il faut toutefois mesurer les limites de cet exercice de comparaison qui comporte des biais qui réduisent son intérêt. En effet :

- L'addition des files actives des CAARUD et CSST de Metz ne tient pas compte des doublons, alors que la méthodologie de l'enquête NEMO reposait, entre autres, sur l'élimination des doublons par un système d'identification respectant l'anonymat des usagers. Le total des files actives surévalue donc légèrement le nombre de personnes concernées.
- Les données d'activité des structures portent sur 2009 et l'enquête NEMO sur 2005. Quatre années séparent donc la production des données. Or la prévalence de l'usage problématique de drogue a pu évoluer au cours de ce laps de temps.
- Les CAARUD et CSST peuvent accueillir des personnes domiciliées en dehors de l'agglomération messine, même s'ils sont installés sur Metz. C'est là un autre facteur pouvant intervenir sur une surévaluation du nombre d'usagers de drogue dès lors qu'on veut se limiter à l'agglomération messine ou à la ville de Metz.
- L'enquête NEMO ne se limitait pas aux populations accueillies par les CSST ou les CAARUD. Elle incluait également des services hospitaliers, psychiatriques ou non, des Centres d'hébergement et de réinsertion sociale, l'unité de soins de la maison d'arrêt et des services de police ou de gendarmerie. Autrement le rayon d'investigation de NEMO était plus large que celui de l'activité des structures médico-sociales spécialisées. Tous les usagers problématiques de drogue ne fréquentent pas systématiquement soit un CSST, soit un CAARUD. L'activité des structures sous-estime donc la réalité épidémiologique en population générale.

Bref la présence de doublons dans le total des files actives des structures et le champ de couverture plus large de NEMO ne permettent pas de comparer les données en toute rigueur méthodologique. Il faut toutefois rappeler que l'objectif de l'exercice n'est pas de mesurer à l'unité près le nombre d'usagers problématiques de drogues, mais bien plus d'avoir un ordre de grandeur. Avec cette perspective, la confrontation des données obtenues par des sources et des méthodes différentes permet d'avancer le nombre approximatif de 2 400 personnes concernées sur l'agglomération messine, avec bien sûr une marge d'erreur.

Caractéristiques des usagers des CSST et des CAARUD

- Les données présentées pour caractériser la population des CSST sont issues de l'enquête annuelle menée par le Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) de Nancy qui relève de la compétence de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). L'enquête est menée chaque année pendant quatre semaines du mois d'octobre. Elle porte essentiellement sur le public des CSST. Le tableau ci-après présente les principaux résultats pour les CSST de Moselle et les compare à ceux de la France métropolitaine. Les modalités de l'enquête, à savoir une semaine dans l'année, ne permettent pas d'analyser les données à un niveau plus fin que le département de la Moselle. La moitié des 304 répondants mosellans fréquentent un centre situé à Metz.
- La caractérisation du public des CAARUD s'appuie sur les données de l'enquête ENa-CAARUD conduite chaque année par l'OFDT pendant une semaine du mois de novembre. Les données présentées ici porte sur l'ensemble de la Lorraine comparée à la France métropolitaine pour l'année 2008.

Tous les usagers reçus dans un centre ou rencontrés par une équipe mobile du 24 au 30 novembre 2008 ont été interrogés par des intervenants (travailleurs sociaux, éducateurs, infirmiers...) pendant la semaine d'enquête. Si les données sont présentées pour l'ensemble de la Lorraine, c'est en raison du petit nombre de répondants par structure individuelle pour une enquête exhaustive qui ne porte que sur une semaine d'activité. Ainsi, en 2008, l'enquête ENa-CAARUD concerne 135 usagers lorrains de CAARUD, soit 8 % de la file active lorraine.

Caractéristiques des usagers des CSST de Moselle et de France métropolitaine

Enquête OPPIDUM – Mois d’octobre 2009	CSST	
	Moselle	France
Nombre de personnes	304	4 774
% d’hommes	74 %	78 %
Vie en couple	28 %	35 %
Niveau d’études		
- Primaire	5 %	9 %
- CAP - BEP	59 %	59 %
- Bac ou supérieur	37 %	32 %
< 25 ans	28 %	23 %
25-34 ans	43 %	38 %
35 – 44 ans	24 %	30 %
45 ans ou plus	5 %	9 %
Moyenne d’âge	31,4	33,0
Logement stable	85 %	85 %
Activité professionnelle	38 %	42 %
Revenus réguliers	56 %	55 %
Précarité avec compensation sociale	34 %	38 %
Grande précarité	10 %	7 %
Usagers de drogues par voie IV	4 %	8 %
Usagers sous protocole de substitution	76 %	76 %
Usagers obtenant des médicaments illégalement	10 %	14 %
Produit ayant entraîné la dépendance		
- Héroïne	68 %	66 %
- Cannabis	19 %	22 %
- Cocaïne (y compris crack)	4 %	3 %
- Buprénorphine HD (Subutex®)	2 %	2 %
- Autres ³	7 %	7 %
Polyconsommation	60 %	57 %

Source : CEIP – Addictovigilance de Nancy. Résultats au 21 octobre 2009

OPPIDUM : Observation des produits psychotropes illicites ou détournés de leur utilisation médicamenteuse

Les usagers de drogue par voie intraveineuse sont relativement peu nombreux dans les CSST (4 % en Lorraine en 2009 et 8 % en France métropolitaine). Ceci s’explique essentiellement par le fait qu’il s’agit de structures de soins mettant en œuvre des protocoles de substitution. C’est d’ailleurs pourquoi les ¾ des usagers, tant en Lorraine qu’en France métropolitaine, bénéficient d’un protocole avec Subutex® ou méthadone.

Le public est principalement masculin (les ¾). Les CSST de Lorraine accueillent un peu plus d’usagers ayant une formation de niveau Bac ou supérieure que dans l’ensemble des CSST de France métropolitaine. Le public lorrain est plus jeune (71 % ont moins de 35 ans contre 61 % au niveau national). 44 % des usagers sont en situation de précarité avec compensation sociale ou en grande précarité. Globalement, en Lorraine, comme en France métropolitaine, le public des CSST est plutôt inséré socialement : 85 % disposent d’un logement stable, six sur dix ont des revenus réguliers.

La consommation d’héroïne est principalement à l’origine de la dépendance et de la fréquentation des CSST (sept fois sur dix).

Caractéristiques des usagers des CAARUD de Lorraine et de France métropolitaine

ENa-CAARUD (Semaine Nov./2008)	CAARUD	
	Lorraine	France
Nombre de personnes enquêtées	135	3 132
% d'hommes	79 %	78 %
< 25 ans	26 %	18 %
25-34 ans	41 %	33 %
35 ans ou +	33 %	49 %
Logement durable	59 %	51 %
Logement provisoire	24 %	20 %
SDF et squat	17 %	29 %
Revenus d'emplois ¹	53 %	65 %
Revenus ASSEDIC	15 %	8 %
Pas de revenus officiels	32 %	27 %
Intraveineuse < 30 jours	75 %	46 %
Intraveineuse (dans le passé)²	13 %	18 %
Intraveineuse jamais	12 %	36 %
Produits posant le + de pb :		
- Héroïne	38 %	13 %
- Buprénorphine (Subutex®)	29 %	22 %
- Cocaïne	11 %	8 %
- Alcool	8 %	19 %
- Méthadone	2 %	3 %
- Cannabis	2 %	8 %
- Autres ³	4 %	19 %
- Aucun produit	6 %	8 %

Source : OFDT – ENa-CAARUD 2008

¹ Revenus d'un emploi aidé ou non

² Dans le passé ou supérieur à 30 jours

³ Crack, LSD, amphétamines, kétamine, ecstasy, sulfate de morphine, etc.

Le profil des usagers des CAARUD se distingue nettement de celui des CSST. Les injecteurs par voie intraveineuse y sont proportionnellement plus nombreux : 75 % des usagers lorrains ont consommé une drogue par injection I.V. au cours des 30 jours précédant l'enquête. On remarquera d'ailleurs que la prévalence des injecteurs dans le public CAARUD est plus importante en Lorraine qu'en France métropolitaine où elle est de 46 % (dernier mois).

Comme pour les CSST, la population lorraine des CAARUD est plus jeune : 67 % ont moins de 35 ans en Lorraine contre 51 % en France métropolitaine (moins de 25 ans : 26 % en Lorraine, 18 % en France).

Si la proportion des usagers sans- abri ou vivant en squat est proportionnellement moins importante en Lorraine (17 %) qu'en France métropolitaine (29 %), la précarité des usagers lorrains est plus importante (47 % n'ont pas de revenus officiels ou des revenus de l'ASSEDIC en Lorraine contre 35 % en France).

L'analyse des produits posant le plus de problèmes montre également une plus forte consommation d'héroïne (38 % contre 13 %), de Subutex® (29 %), de cocaïne (11 %) que dans l'ensemble de la France (respectivement 13 %, 22 % et 8 %).

L'enquête NEMO de 2005 avait permis d'estimer à 500 le nombre d'injecteurs par V.I. âgés de 15 à 44 ans dans l'agglomération messine. Après avoir rappelé toutes les limites d'une comparaison entre cette enquête en population générale et les enquêtes menées auprès des structures spécialisées (voir plus haut), on peut estimer le nombre d'injecteurs fréquentant les CSST et les CAARUD de Metz. L'exercice permet d'avoir une tendance et de la comparer à une autre source d'information.

En appliquant les caractéristiques des usagers de l'enquête mosellane des CSST et de ceux de l'enquête lorraine des CAARUD aux files actives des structures messines, on obtient les estimations suivantes pour la population âgée de 15 à 44 ans :

- La file active des CSST de Metz est de 1 542 personnes. En appliquant la répartition par âge constatée en Moselle (95 % de 15 – 44 ans) et la proportion d'injecteurs par V.I. (4 %), on obtient : $1542 \times 95 \% \times 4 \% = 59$ usagers de drogue par V.I.
- La file active des CAARUD de Metz est de 831 personnes. En appliquant la répartition par âge constatée en Lorraine (83 % de 15 – 44 ans) et la proportion d'injecteurs par V.I. au cours du dernier mois (75 %), on obtient : $831 \times 83 \% \times 75 \% = 517$ usagers de drogue par V.I.

Le cumul des deux estimations (59 + 517) donne le résultat de 576 usagers de drogue par V.I. fréquentant des structures situées à Metz. Ce nombre est partiellement surestimé dans la mesure où il comporte des doublons qu'il nous est impossible d'identifier. **Mais il permet de confirmer que le nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse se situe autour de 500, dès lors qu'on raisonne à partir des statistiques d'activité et/ou de prévalence disponible.**

On peut aussi légitimement estimer qu'il s'agit là d'une estimation qui minimise pour une partie la réalité. En effet, les outils utilisés pour connaître le nombre d'injecteurs de drogue sont construits à partir d'un recueil d'information auprès d'institutions médico-sociales, de soins ou répressives ayant à intervenir auprès de consommateurs de drogue qui s'adressent à elles ou qui sont interpellés par la police. Mais tous les usagers de produits stupéfiants d'acquisition illicite ne sont pas systématiquement confrontés à des problèmes qui les contraignent à être en contact avec les institutions citées, surtout si on observe le phénomène de manière synchronique. Il peut donc y avoir, comme l'a souligné un de nos interlocuteurs, des injecteurs « sans problème » que personne ne connaît de manière institutionnelle, même s'ils sont le plus souvent connus en médecine libérale de ville.

1.2 – Le point de vue des professionnels du champ de la toxicomanie

Lorsqu'on les interroge sur leur estimation du nombre d'injecteurs de drogue sur Metz ou l'ensemble de l'agglomération messine, les intervenants en toxicomanie éprouvent des difficultés à proposer une évaluation quantitative, même approximative. Un seul de ceux rencontrés s'est risqué à avancer un nombre qui se situe « *autour de 400 à 500 sur l'agglomération* ». Les autres ont préféré parler de la proportion d'injecteurs rencontrés dans la structure où ils travaillent, avec parfois des divergences importantes par rapport aux statistiques d'activité qu'ils remettent annuellement à l'OFDT ou aux organismes d'enquête.

La difficulté ou la réticence à évaluer le nombre d'injecteurs sur le territoire où ils exercent n'a rien d'étonnant. L'intervention des professionnels rencontrés se situe d'abord et principalement dans une démarche clinique et de soutien aux personnes qu'ils accompagnent avec une perspective médico-

sociale et de soins. L'estimation numérique qui leur est demandée relève davantage d'une logique épidémiologique et de santé publique à laquelle tous ne sont pas habitués.

Les informations qualitatives recueillies auprès des intervenants rencontrés sont, par contre, plus riches. Les plus anciens d'entre eux soulignent d'abord l'évolution qu'ils ont pu observer dans leur structure par rapport à l'injection. Ils font alors référence à ce qu'ils ont connu il y a une vingtaine d'années dans leur CSST où la file active comportait « *au moins 80 % d'injecteurs et 27 % de malades du sida* ». Pour ensuite constater qu'aujourd'hui la proportion est très nettement moindre, en raison d'abord de la mise en place de la politique de réduction des risques qui, depuis le milieu des années 1990, privilégie des stratégies de soin et de prévention pour limiter les risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogues. Une autre raison, concomitante dans le temps, est évoquée lorsqu'il est fait mention des modifications intervenues dans les relations entre les toxicomanes avec le développement des associations d'auto-support¹ et de réduction des risques à partir d'interventions par les pairs. Les usagers ont démontré, par là, qu'ils avaient la capacité de modifier leurs pratiques et d'avoir un comportement responsable pour se prémunir des différents virus et infections, dès lors qu'on leur en donnait les moyens.

Mais, d'après les professionnels interrogés, cette baisse « historique » du nombre d'injecteurs de drogue semble aujourd'hui s'inverser et repartir à la hausse sans pour autant atteindre les niveaux connus à la fin des années 1980. La recrudescence constatée s'accompagne d'une évolution dans les produits injectés. Le changement est lié au développement de la polytoxicomanie et de la diversité des produits facilement accessibles sur le marché illégal. Si par le passé l'injection se pratiquait presque exclusivement avec de l'héroïne, d'autres produits sont aujourd'hui également utilisés à cette fin : Subutex[®], cocaïne, etc.

Les raisons le plus souvent avancées par les intervenants interviewés pour expliquer la recrudescence récente des pratiques d'injection de drogue sont diverses, sans que l'on puisse en dégager une seule qui soit principalement déterminante. On peut les évoquer en les identifiant :

- La plus grande accessibilité des produits psychoactifs illicites et la baisse des prix, même s'ils peuvent fluctuer d'un semestre à l'autre.
- De nouvelles attentes de jeunes consommateurs « *qui démarrent une pratique de consommation en ayant l'idée de trouver rapidement le produit qui monte vite, tout en mélangeant les modes d'administration (snif, injection). Avec l'injection, ils recherchent le plaisir du flash* » (Médecin CSST).
- « *Des usagers plus âgés qui reviennent à l'injection en deuxième intention, après deux ou trois ans de traitement de substitution sous Subutex[®] où ils ne se sentent pas bien calés, mais toujours plus ou moins en manque* » (Médecin CSST).

Produits injectés

Quel est le produit le plus souvent utilisé pour les injections de drogue ? La réponse à cette question varie d'une structure à l'autre, en fonction des profils de publics qu'ils rencontrent. Dans les CSST, on observe que les produits majeurs injectés sont, par ordre d'importance des fréquences, l'héroïne, la cocaïne et le Subutex[®]. La progression de l'injection de buprénorphine HD est soulignée, y compris

¹ Une telle association existait à Metz jusque vers 2006 où elle a été fermée par défaut dans la continuité des subventions que lui versait l'État. Il s'agissait de la délégation départementale d'ASUD (Autosupport et réduction des risques parmi les usagers de drogue).

chez des usagers en traitement de substitution : « *Je pense qu'au moins la moitié des personnes sous Subutex® s'injecte, les autres le consomment en sniff ou par voie sublinguale. Les injecteurs disent qu'ils ont plus d'effet en intraveineuse. Ils sont toujours à la recherche de l'effet même s'ils sont sous traitement* » (éducateur CAARUD).

Ce développement du mésusage de la buprénorphine par voie intraveineuse préoccupe les intervenants en toxicomanie. Non seulement cette pratique va à l'opposé de l'objectif de diminution d'usage de drogue par injection, mais elle entraîne des conséquences sanitaires locorégionales (abcès, lymphoedèmes, nécroses...) et systémiques (endocardites, candidoses systémiques...).

Pour un des CAARUD de Metz, intervenant entre autres auprès de personnes prostituées, huit fois sur dix les injecteurs préfèrent s'administrer de la cocaïne. L'héroïne vient en seconde position.

Profil des usagers de drogue par voie intraveineuse

Les différents interlocuteurs rencontrés s'accordent pour souligner que les usagers injecteurs qu'ils ont à connaître dans le cadre de leur pratique professionnelle relèvent le plus souvent d'un public précarisé et marginalisé (« *Des personnes sans ressources qui errent en centre-ville (70 %)* » (Intervenant CAARUD). Cette description ne doit pas pour autant valider une image misérabiliste dominante des injecteurs. Des exemples de personnes, bien insérées socialement et professionnellement, connues par les structures pour leurs pratiques d'injection ont également été cités.

Au-delà de cet accord pour insister sur la situation de précarité, voire de marginalité, il est plus difficile de dresser d'autres caractéristiques marquantes d'un profil type des usagers injecteurs. Car chaque intervenant met en œuvre sa propre professionnalité qui lui donne à voir des aspects différents. Or les intervenants en toxicomanie sont, par définition et par choix, pluridisciplinaires. Les psychiatres, par exemple, seront plus sensibles que d'autres professionnels aux comorbidités psychiatriques et aux troubles de la personnalité qu'ils peuvent diagnostiquer face aux usagers injecteurs. D'autres intervenants insistent sur le fait qu'il s'agit d'un public à risques multiples :

« Ils n'utilisent pas de préservatifs, peuvent réutiliser les seringues. Ce sont des gens qui ont aussi souvent d'autres problématiques, de type psychiatrique par exemple ou liés à la pauvreté, ou encore des pathologies variées qui ne sont pas spécifiques à la toxicomanie. Bref, ce sont souvent des situations préoccupantes, peu lisibles d'emblée, quelquefois glauques et pour lesquelles on doit en permanence conjuguer avec l'interdit, contrairement à la consommation excessive d'alcool » (Éducateur CSST).

Le dispositif de réduction des risques à Metz

La réduction des risques (RDR) est en vigueur en France depuis une vingtaine d'années. Cette notion de RDR fait référence à l'ensemble des mesures mises en œuvre d'abord pour enrayer la progression du sida et des hépatites. Elle vise également à diminuer les dommages socio-sanitaires liés à l'usage et de la recherche de drogues, à savoir:

- les complications sanitaires liées à l'utilisation de la voie intraveineuse et à l'injection de produits, le tout souvent dans de mauvaises conditions d'hygiène (abcès, surdoses, septicémies) ;
- les problèmes sociaux liés à la précarité, à l'isolement, l'errance et les différentes ruptures affectives, familiales et professionnelles qui caractérisent le parcours de l'usager de drogues.

Une première amorce avait été tentée en 1987 avec l'autorisation de la vente libre en officine de seringues, non sans affrontement idéologique à l'époque. La diffusion inquiétante en termes de santé publique des infections par le VIH et de la mortalité par sida a changé la prise de conscience, grâce notamment à l'action d'associations militantes plus réactives que les ministères concernés. Dès 1994, des programmes d'échange de seringues commencent à se développer dans les grandes villes, mais d'abord avec un statut incertain, proche de l'illégalité, avant qu'un décret ne les officialise et ne les autorise. Puis ce furent la création de places de méthadone dans les CSST (1995), la mise sur le marché du Subutex® comme traitement de substitution aux opiacés (1996), etc.

Une étape décisive a été franchie en 2004 avec la reconnaissance légale de la réduction des risques qui, jusqu'alors, était davantage défendue par des associations, avec un soutien fluctuant des pouvoirs publics qui intervenaient par voie de circulaire. La loi de santé publique du 9 août 2004 reconnaît en effet RDR en tant que partie intégrante des politiques de santé publique en affirmant le rôle de l'État en la matière (articles L.3121-3 à 5 du code de la santé publique¹). Cette reconnaissance confère pour la première fois en France une base juridique incontestable aux démarches de réduction des risques.

Une autre étape a été franchie en 2005 avec la promulgation d'un Référentiel National des actions de réduction des risques (décret n° 2005-347 du 14 avril 2005) établi en concertation avec les acteurs de terrain (professionnels, associations, élus ...) et les différents ministères concernés. Cette rédaction concertée du référentiel de RDR avait pour objectif de définir le contenu préventif afin qu'il échappe à toute remise en cause par ceux qui redoutent qu'il serve au prosélytisme des drogues.

Le référentiel a été publié au Journal Officiel sous la forme juridique d'un décret (19 décembre 2005) qui apporte un cadre juridique aux équipes de terrain et garantit leur financement par l'assurance maladie (voir en annexe la nomenclature des activités RDR en CAARUD, selon les missions du décret). Une circulaire du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de

¹ L3121-3 La définition de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue relève de l'État

L3121-4 La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants.

L3121-5 Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue relèvent du 9° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et concourent, avec les autres dispositifs, à la politique de réduction des risques. Leurs missions sont définies par décret en Conseil d'État.

Les dépenses afférentes aux missions des centres mentionnés par le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales. Pour le financement de ces dépenses, il n'est pas fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements, ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

Les actions de réduction des risques sont conduites selon les orientations définies par un document national de référence approuvé par décret.

Les personnes accueillies dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue bénéficient d'une prise en charge anonyme et gratuite.

drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie accompagne l'application de ce décret.

Le chapitre 1.1 a présenté les statistiques d'activité des deux CAARUD qui fonctionnent sur Metz ainsi que le profil des usagers qu'ils accueillent. Il n'est donc pas nécessaire de revenir dessus. Mais les statistiques présentées n'indiquent pas l'esprit dans lequel ces structures fonctionnent.

A travers les actions de réduction des risques, les personnels acceptent d'accompagner la dépendance des usagers de drogues qui ne souhaitent pas, ou ne peuvent pas encore, aller vers un sevrage ou un traitement de substitution, pour mieux aller à la rencontre de ceux-ci, améliorer leur état de santé global.

En acceptant d'accueillir les usagers de drogues les plus marginalisés, en allant même au devant d'eux dans la rue ou dans les squats, en « prenant soin » d'eux, en se préoccupant tout à la fois de

- la prévention des contaminations (et bien souvent la distribution de matériel d'injection devient un prétexte pour créer du lien),
- de l'hygiène (mise à disposition de douches, de lieux de repos et de détente, etc.),
- de la santé (accès aux traitements de substitution, soins du corps, conseils en alimentation, orientations vers un hôpital ou une structure de soins, etc.),
- des conditions de vie (logement...)
- et des droits sociaux de ces personnes,

l'action des CAARUD fait partie d'une stratégie de soutien global aux usagers de drogues et permet ainsi d'ouvrir des opportunités ultérieures vers le système de soins. Car, il n'y a pas de dichotomie entre « réduction des risques » d'une part et « soins » d'autre part.

| 17

Une des composantes de la politique de réduction des risques consiste à faciliter l'accès **au matériel d'injection stérile** pour les usagers de drogues par la voie intraveineuse. Comme on l'a vu, les CAARUD s'inscrivent dans cette orientation, mais toujours avec une dimension sociale ou médico-sociale visant aussi à créer des opportunités de dialogue.

« Notre CAARUD distribue des seringues tous les jours de la semaine sauf le dimanche. En semaine, il est possible de s'en procurer même en dehors des horaires d'ouverture (de 8h30 le matin jusqu'à 19h), car il y a presque toujours quelqu'un pour le faire. Le centre est équipé pour récupérer les seringues usagées, mais ce service n'est accessible que pendant les heures d'ouverture. Dans les faits, ce n'est pas tellement utilisé. La majorité des injecteurs se débarrasse des seringues rapidement après l'injection sur le lieu où ils l'ont réalisée. Rapporter les seringues dans les endroits prévus à cet effet demande de la part des usagers beaucoup d'efforts. Mais la plupart d'entre eux ont conscience qu'ils ont à sécuriser leurs déchets. Ils cassent l'aiguille et la mettent dans une bouteille en verre. » [Médecin d'un CAARUD].

« En 2010, nous avons distribué, dans notre centre, 6 600 Stéribox ou kits d'injection (un kit permet deux injections¹) et 4 600 seringues à l'unité. En 2009, on a distribué 5 400 kits et 5 900 seringues à l'unité. Au niveau financier, cela a pris beaucoup d'ampleur, environ 8 000 euros par an. L'augmentation du nombre de seringues distribuées gratuitement au cours de ces dernières années n'est pas forcément en lien direct avec une progression des pratiques

¹ Le Stéribox se présente sous la forme d'une boîte en carton (d'environ 8 x 15 cm). Il contient deux seringues, deux cuillères avec filtre (petit coton blanc, ou, de plus en plus utilisé le "Stérifilt", qui retient plus de 90% des bactéries lors du remplissage de la seringue), un tampon sec et un tampon imbibé d'alcool.

d'injection. Cela tient aussi au fait que l'association d'auto-support ASud ait dû cesser son activité, or elle en distribuait pas mal. Les demandes se sont donc déplacées sur les deux CAARUD. Mais il faut insister sur le fait que la présence d'infirmiers, d'un médecin et de personnels éducatifs permet de ne pas se limiter à une seule fonction utilitaire de la distribution des seringues. Cette présence professionnelle aide les usagers de drogue à venir poser des questions autrement [Responsable de CAARUD].»

Les pharmaciens d'officine constituent une autre catégorie d'acteurs sur la scène locale de la réduction des risques. On ne dispose pas de données de vente de Stéribox® à l'échelle de la ville de Metz ou de l'agglomération messine. Elles sont par contre publiées à l'échelle départementale. En 2008, les officines de pharmacie de Moselle ont vendu 90 482 boîtes de Stéribox® (7 540 par mois en moyenne), ce qui correspondait à 33 boîtes pour 100 personnes âgées de 20 à 39 ans. Le département se situait alors au 3^{ème} rang national. Pour 2009, on enregistre une baisse de près de 15 % avec 77 400 boîtes vendues (6 450 en moyenne par mois) ou 23 pour 100 personnes de 20 à 39 ans (8^{ème} rang au niveau national). Cette baisse est également constatée au niveau national. Elle suggère, d'après l'OFDT, une moindre fréquence de l'injection, mais ne peut actuellement être interprétée avec certitude.

D'une manière générale, d'après les personnes interviewées, les pharmaciens prennent une part active à la réduction des risques. Le Réseau ville-hôpital toxicomanie (RVHT) de Metz a mené une enquête sur ce mode de distribution en Moselle, mais elle remonte à 2000. A cette date, 97 % des pharmaciens déclaraient vendre des Stéribox® ou des seringues à des personnes toxicomanes. Mais le rapport du RVHT relevait aussi que les « *pharmaciens qui acceptent de délivrer du matériel stérile aux toxicomanes le font essentiellement par devoir, rares sont ceux que la conviction motive.* »¹

| 18

Ce jugement date de 2000, depuis cette date l'enquête n'a pas encore été renouvelée. Toujours est-il que les pharmaciens, même ceux qui sont largement favorables à la réduction des risques et conscients des enjeux de santé publique, se sentent seuls, derniers de la chaîne. Des cas d'agressivité, voire de violences, envers des pharmaciens messins de la part de quelques toxicomanes sont quelquefois évoqués dans ce qui se dit dans le milieu professionnel intervenant sur la scène locale de la prévention de la toxicomanie. Les entretiens menés pour cette étude n'ont pas recueilli d'informations précises sur ce sujet. Les personnels des CAARUD soulignent avoir de bonnes relations de partenariat avec des pharmaciens qu'ils connaissent et avec qui ils ont l'habitude de travailler en confiance mutuelle.

D'autres actions de mise à disposition du matériel d'injection stérile sont à signaler, notamment les distributeurs-échangeurs ou automates à seringues. Ils tiennent une place particulière dans le dispositif de réduction des risques. Certes, et les intervenants en toxicomanie le reconnaissent, ces distributeurs-échangeurs seuls ne suffisent pas, car ils ne permettent pas le dialogue avec les professionnels de santé ou médico-sociaux et ne facilitent pas l'orientation vers le soin. Mais ils sont aujourd'hui le seul moyen de garantir la continuité de l'offre de matériel d'injection complet et gratuit, notamment les jours de fermeture des CAARUD et la nuit. Et, en cela, ils sont jugés indispensables.

¹ Storogenko M., Les pharmaciens mosellans et la réduction des risques, SWAPS (revue de l'association PISTES – Promotion de l'information scientifique, thérapeutique, épidémiologique sur le sida), n° 42.

A Metz, deux automates ou totems sont actuellement installés, l'un est situé rue du Pont Rouge (au dessus de l'hôpital Legouest) et dispose d'une capacité de 50 seringues, l'autre (100 seringues) se trouve à côté de la gare centrale, en face du château d'eau, près du passage de l'Amphithéâtre. Cela fait une dizaine d'années que Metz dispose d'automates distributeurs de seringues. Le tout premier était installé pendant longtemps près de la place Mazelle. Ils sont gérés par le CAARUD Aides-Moselle.

« S'agissant du tout premier totem, celui de la place Mazelle, l'acceptation du projet a nécessité un combat de trois ans. Pour le second, cela a été plus facile. La principale difficulté s'est révélée être le choix de l'emplacement du totem, le projet a dû composer avec plusieurs options différentes, voire dans certains cas des pressions. Il a fallu composer avec les avis de la mairie, de la SNCF, des riverains, des bâtiments de France, etc. Pourquoi avoir choisi le quartier de l'hôpital Legouest ? Parce que c'est un point de passage vers un lieu de deal [gestionnaire des automates]. »

Ce mode de distribution et de récupération de seringues, au-delà de son avantage déjà évoqué, connaît aussi des difficultés, notamment d'approvisionnement lorsque *« quelques usagers récupèrent tout ou lorsque les automates sont vandalisés. Sans parler des questions de sécurité, car il est déjà arrivé que des skins tabassent les usagers [Intervenant dans un CAARUD]. »*

La mise en œuvre de la politique de réduction des risques et l'accessibilité accrue aux seringues stériles ont eu une incidence reconnue sur l'adoption de comportements à moindre risque et sur la transmission du VIH par voie intraveineuse. Les données de l'InVS sur le mode de contamination du sida montrent que sur les 226 cas de sida déclarés avant 1997 en Lorraine, 85 (21 %) relevaient d'usagers de drogues. Sur la période 1997-2002, la part des usagers de drogues est passée à 12 % (105 cas de sida déclarés dont 13 chez des usagers de drogues). Pour 2003-2008, elle est descendue à 6 % (78 cas de sida déclarés dont 5 chez des usagers de drogues).

Le dispositif actuel de réduction des risques s'arrête à la distribution de matériel d'injection stérile. Les décisions officielles et les politiques publiques font l'impasse sur cette question : on préfère ne pas trop savoir et surtout ne pas donner l'impression qu'on l'organise directement.

« Les usagers de notre centre évoquent sans détours « l'hypocrisie » qui existe en France. Pour eux, « on nous donne les seringues, mais d'un autre côté on n'a pas de lieu pour le faire ». Or ils sont le plus souvent SDF, forcément, ils vont le faire quelque part [Intervenant CAARUD]. »

« Notre association n'est pas très à l'aise avec le discours officiel actuel où, en l'espace de quelques années, par le biais de changements politiques, on est passé d'un discours « plutôt ouvert sur les lieux de consommation et reconnaissant les différents formes d'addiction existantes, insistant sur la réduction des risques » à un discours simpliste « extrêmement caricatural ».

« L'injection de la drogue est un phénomène social, je ne sais pas si, à un moment donné, le fait de mettre en exergue les risques liés à la contamination par le VIH/VHC a fait qu'il y a eu une adaptation des pratiques de consommation qui a fait baisser le recours à l'injection, mais ce qui est sûr, c'est qu'aujourd'hui les gestes primaires de limitation des risques (utilisation du matériel à usage unique) par les usagers sont globalement acquis. Après, sur les autres gestes

de limitation des risques, par exemple, par rapport à la pratique de l'injection, au produit lui-même, il y a encore beaucoup de progrès à faire [Responsable de CAARUD].»

L'usage d'espaces publics par les usagers de drogue par voie intraveineuse

Une fois le matériel d'injection stérile acquis, les usagers de drogue sans domicile personnel doivent trouver un lieu pour s'administrer le produit. Où vont-ils pour s'injecter la drogue ? D'après les observations des intervenants en toxicomanie, les usagers utilisent toutes les opportunités qui s'offrent à eux dès lors qu'ils ne disposent pas d'un domicile personnel. Mais le plus souvent cela se passe dans des conditions d'hygiène peu favorables.

« La majorité des usagers s'injecte le plus souvent en lieu fermé (domicile personnel ou squat). Les injections dans des espaces ouverts sont relativement peu fréquentes. Les personnes SDF se retrouvent plus ou moins en squat. Elles s'organisent entre elles pour trouver des lieux d'injection qu'elles aménagent un peu à la débrouille. Ces lieux sont généralement situés à l'extérieur du centre-ville de Metz.

Mais l'usage d'espaces ouverts n'est pas exclu. Par exemple, sur tel quartier périphérique de Metz, un tel lieu a pu être identifié. Situé derrière une pharmacie, il permettait aux usagers d'être à l'abri des regards et d'acheter les produits illicites. Ils achetaient et consommaient sur place, cela leur évitait de redescendre en centre-ville ou dans leur domicile pour consommer. Dans ce cas précis, on peut même faire l'hypothèse que les usagers ont dû profiter de la proximité de la pharmacie pour s'acheter des Stéribox®. Bref, un lieu avec une polyvalence de proximité : accessibilité du produit injecté, facilité d'achat du matériel d'injection et disponibilité d'un lieu à l'abri du regard d'autrui [Médecin CSST].»

« Nos publics sont chassés d'un espace à un autre à cause des nuisances de jour comme de nuit, de la présence de commerçants à proximité, des rondes des services de police. Ils bougent donc régulièrement. En général, ce sont des publics qui vont venir sur le grand centre-ville. Mais nous avons repéré une nouvelle tendance, à Metz comme ailleurs : l'évolution des squats est repoussée à l'extérieur des villes, vers les zones périurbaines, dans des maisons plus ou moins abandonnées ou des usines désaffectées transformées en lieux d'injection. Pour répondre à ce phénomène nouveau, les équipes du CAARUD sont devenues de plus en plus mobiles [Responsable de CAARUD].

« Toutes les opportunités d'espace public non surveillé sont mises à profit : WC publics, toilettes de certaines administrations publiques du centre-ville, cages d'escaliers, parcs, etc. Bref, ils vont là où ils peuvent aller. Mais cela se passe souvent dans des conditions sanitaires déplorable et, quelquefois, à proximité des lieux de deal. Il y a un risque certain pour la population si les usagers laissent traîner leur seringue. On a déjà pu également constater des pratiques d'injection dans les locaux du CAARUD, même si c'est formellement interdit et même si les intervenants sont toujours très attentifs » [Intervenant CAARUD].

Vers un centre d'injection surveillée à Metz ?

Après avoir présenté la situation actuelle des pratiques d'injection par les usagers de drogues sur Metz et son agglomération et le dispositif de réduction des risques qui y est déployé, l'intérêt du questionnaire se porte sur l'avenir. Un centre d'injection surveillée est-il souhaitable et, si oui, dans quelles conditions.

1 – Les demandes des usagers

Avant même de retracer les points de vue et les suggestions des intervenants en toxicomanie rencontrés, il nous paraît utile de donner en premier le point de vue des usagers de drogue eux-mêmes. Le recueil de cet avis n'est pas facile à mettre en œuvre dans la mesure où la seule association d'usagers qui existait à Metz (ASUD) a dû cesser son activité après que les pouvoirs publics aient décidé de ne plus la subventionner, il y a quelques années.

Plutôt que d'interviewer des usagers au gré de rencontres provoquées dans les CAARUD et pas forcément représentatives, nous avons préféré nous fier à l'expertise des intervenants en toxicomanie et les interroger sur les demandes dans ce sens qui auraient pu être exprimées au cours des échanges qu'ils ont avec les usagers de drogue par voie intraveineuse. L'hypothèse sous-jacente portait sur un regain de questions sur ce sujet ou d'expression de souhaits depuis que la presse et les médias en général se sont largement faits l'écho du débat sur les salles d'injection depuis la publication du rapport de l'INSERM. Mais cette hypothèse n'a pas été vérifiée. Dans les faits, les usagers ne semblent pas exprimer de demande particulière sur la création d'un centre d'injection surveillée. Ils n'ont pas été sensibles au récent débat médiatique sur le sujet, car ils savent que l'environnement social leur est plutôt hostile et ils redoutent tout jugement qui d'emblée les rejette parce qu'ils consomment de la drogue. Mais absence de demande exprimée ne signifie pas absence de besoin.

« Il y a eu quelques questions posées au tout début de la campagne médiatique. Mais pour l'instant, cela est retombé. Je discute assez régulièrement avec des usagers. Quand il y a eu ce tapage dans la presse, je ne les ai pas entendus réagir, ou alors très peu. Je n'ai constaté aucun militantisme de leur part qui aurait consisté à nous interpeller pour nous dire « aidez-nous, il faut des salles d'injection ». Ils ne se font pas d'illusions sur les effets du débat médiatique et ont, en général, conscience qu'ils évoluent dans un environnement social qui leur est globalement hostile » [Responsable CAARUD].

« Si on les interrogeait directement, je pense que la plupart dirait que l'on reste quand même dans un environnement politique extrêmement hostile. De ce point de vue, les usagers n'espèrent pas grand-chose de nouveau. Les plus revendicateurs parmi les usagers sont des toxicomanes au parcours déjà ancien, mais ils arrivent à penser à autre chose qu'aux produits. Pour autant, le fait que ce ne soit pas une attente exprimée de manière explicite ne signifie pas que ce ne soit pas un besoin » [Responsable CAARUD].

« L'attente potentielle d'un lieu sécurisé d'injection surveillée n'est pas explicitement formulée par nos usagers. Mais on peut affirmer que certains de leurs comportements sont la conséquence d'un manque d'un tel lieu [Médecin CSST] ».

2 – Le regard porté sur les salles d’injection des pays frontaliers

Le même constat peut être proposé en ce qui concerne la fréquentation des salles d’injection surveillée de Sarrebruck ou du Grand Duché de Luxembourg. Il faut toutefois faire une distinction entre ces lieux. Le Drogenhilfzentrum (DHZ) de Sarrebruck est un peu plus connu, car beaucoup plus ancien et d’une histoire toute différente que celles du Luxembourg. Un rapide retour sur l’histoire du DHZ est utile, car il permet de mesurer l’évolution de la pratique de réduction des risques en Sarre.

Au début de son expérience, le DHZ ne disposait pas d’une salle d’injection surveillée, mais pratiquait une tolérance à l’égard des pratiques d’injection. C’était un lieu de type bas seuil d’exigence qui accueillait des toxicomanes et leur proposait différents services (hébergement, espace de convivialité, accès à du matériel d’injection stérile, accompagnement socio-éducatif). Le personnel d’encadrement acceptait les pratiques d’injection sans trop vouloir les voir tout en les facilitant quand même à minima. Aussi paradoxal que cela puisse paraître aujourd’hui, les injections se pratiquaient dans ... les toilettes de l’espace convivial. Le personnel du DHZ se contentait de gérer la file d’attente et la fréquence des entrées et sorties de cet endroit d’intimité.

A la fin des années 1990, l’ORSAS avait étudié pour la DDASS de la Moselle la fréquentation du DHZ par les ressortissants français qui constituaient un bon tiers de la file active du centre. Dans son rapport, l’Observatoire décrit l’impression de « cour des miracles ¹» qui prévalait alors pour tout observateur extérieur, tellement le nombre de toxicomanes très marginalisés y était prégnant. Parmi les usagers français qui fréquentaient le DHZ au quotidien, on pouvait aussi trouver des gens des classes moyennes, socialement et professionnellement insérés, résidant à Forbach ou à Sarreguemines, qui y venaient régulièrement pour pouvoir se livrer à une injection en toute tranquillité.

Situé dans les locaux d’une brasserie désaffectée, un peu éloignés du centre ville, dans un quartier alors peu résidentiel, le DHZ avait aussi pour fonction de réguler la scène ouverte des drogues (deal et injections) qui jusque- là fonctionnait dans le jardin public près du théâtre et sur des berges de la Sarre. Le choix de la concentration des pratiques d’injection au DHZ a généré des effets pervers et a promulgué un quartier de la ville en zone de non-droit fréquenté non seulement par des toxicomanes, mais aussi par des dealers.

Fin 2006, à la suite de désaccords entre la France et la Sarre pour la prise en charge financière et médico-sociale du public français du DHZ, ce centre a été interdit aux ressortissants français par les autorités du Land de Sarre. Dans les faits, le recours au centre est réservé aux seuls Sarrois sur présentation d’une pièce d’identité. Les usagers en provenance d’autres Länder allemands sont également interdits de séjour au DHZ. Enfin, depuis l’époque décrite dans le rapport de l’ORSAS de 1999, le centre a ouvert une salle d’injection contrôlée, mais il garde encore partiellement l’image qui prévalait à ses débuts. Une image peut être encore présente dans l’esprit des toxicomanes les plus anciens de Moselle. Mais aussi un mode de fonctionnement qui, s’il a évolué au cours de ces dix dernières années, ne satisfait pas les intervenants en toxicomanie rencontrés sur Metz.

¹ La Cour des miracles désignait sous l’Ancien Régime des espaces de non-droit composés de quartiers de Paris ainsi nommés car les infirmités des mendiants qui en avaient fait leur lieu de résidence ordinaire y disparaissaient à la nuit tombée, comme par miracle.

« L'un des membres de notre organisme a tenu, il y a quelques années, une permanence au DHZ de Sarrebruck. C'était confiné dans un endroit de la ville où la police envoyait tous les toxicomanes qui traînaient au centre-ville pour « nettoyer la ville ». Il y avait tellement de monde par rapport à la capacité d'accueil que la salle d'injection ressemblait à une boucherie. Sur place les éducateurs n'arrivaient pas à suivre le rythme. Ce n'est pas un exemple à suivre [Intervenant CAARUD]. »

« L'équipe de notre centre avait remarqué au moment où les médias français parlaient des salles d'injection qu'il n'y avait pas eu trop de retour de la part des usagers. Je ne sais pas trop comment l'expliquer. Par exemple, la salle d'injection du Luxembourg, on n'en a jamais entendu parler, c'est trop loin de Metz. En revanche, sur Forbach, le DHZ était fortement fréquenté dans le passé par des Français frontaliers. Il faut rappeler que c'était aussi un lieu d'approvisionnement ou de troc de produits. Les Français échangeaient du Subutex® avec autre chose, ils avaient un lieu d'injection à côté. Mais, il ne faut pas se leurrer, une personne ne va pas faire 10 ou 15 kms, voire plus, pour s'injecter, s'il n'y a que ça. Ces lieux d'injection sont des endroits relationnels, de rencontres avec des professionnels mais également avec des vendeurs de produits [Médecin de CSST-CAARUD].

« Certains savent que ces salles d'injection existent au Luxembourg ou en Sarre. Il y a quelquefois des discussions. Mais les usagers qui en parlent ne vont pas jusqu'à exiger une salle de shoot à Metz. Ils ne sont pas revendicateurs, même si globalement ils sont plutôt pour des salles d'injection. Dans les faits, ces discussions ne sont pas très en surface. Le sujet est abordé au moins une à deux fois par mois. Je ne suis jamais tombé sur quelqu'un qui connaisse celle du Luxembourg, par contre Sarrebruck, oui. Ils disent que c'est difficile d'accès, il faut savoir parler l'allemand, c'est peut-être pour ça qu'il y a moins de monde qui y va [Intervenant CAARUD]. »

« Sarrebruck : le pire des projets selon moi. C'est un système complètement fermé sur lui-même. C'est une ancienne fabrique, ils ont mis quelques chambres pour l'hébergement. Je trouve cela plutôt sympa en terme sécuritaire. Mais le centre et ses usagers sont complètement isolés dans un quartier. Une belle opportunité pour les dealers et le trafic de produits illicites. C'est normal ils approvisionnent, il y a une certaine tolérance. Mais du coup il y a un cordon de police, c'est-à-dire deux voitures en permanence. Tous les jours, il y a six policiers qui tournent, ils sont là pour voir si cela ne dérape pas. Pour moi, il aurait fallu mettre la salle d'injection au cœur de la cité [Responsable CAARUD]. »

3 – Le point de vue des intervenants en toxicomanie sur un projet éventuel de centre d'injection surveillée

Oui, mais pas dans n'importe quelle condition

Dans leur ensemble, les intervenants en toxicomanie de Metz se montrent assez favorables à la possibilité d'ouverture d'un centre d'injection surveillée pour l'agglomération messine. Mais il faut se garder de toute précipitation sous l'effet de l'actualité et de la pression du débat médiatique. C'est dire qu'ils ne souhaitent pas « à tout prix » une salle d'injection et souhaitent éviter qu'un tel lieu ne soit envisagé que sous l'angle d'un instrument supplémentaire de réduction des risques. Pour eux l'important porte sur l'inscription d'un tel centre dans une stratégie globale de soin, de prévention et

de promotion de la santé des usagers de drogues. Or une telle option ne s'improvise pas et nécessite au préalable un débat entre les intervenants en toxicomanie, mais aussi avec les autres acteurs en contact avec des toxicomanes (service d'urgence médicale, médecins libéraux, pharmaciens, police, autorités judiciaires, etc.) et la population du quartier où pourra être installé le centre d'injection surveillée. Un débat qui tienne compte des aspects réglementaires et législatifs.

L'accord de principe se trouve rapidement confronté à sa mise en œuvre pratique. Le point de vue de l'association AIDES Lorraine est à cet égard intéressant, car il s'appuie sur l'expérience du débat qui est en cours dans l'agglomération nancéienne.

« Les salles de consommation supervisées, c'est un sujet qui a eu un regain d'actualité l'été dernier. Il y a tout un ensemble de structures associatives intervenant dans le champ de la toxicomanie qui a affirmé publiquement des positions favorables à l'ouverture de salles permettant que la consommation dans des conditions sécurisées puisse être étudiée, sur un plan politique surtout, en s'appuyant sur des expériences déjà existantes dans des pays étrangers, expériences qui se veulent plutôt concluantes.

AIDES (avec ASUD, ACT'UP...) fait partie du collectif du 19 mai¹. Ce qui a changé en terme d'optique est une position gouvernementale hostile au sujet de salles d'injection, avec prise de position publique du premier ministre qui a sifflé une fin d'arrêt du débat, sauf que le débat ne s'est pas arrêté pour autant. Des initiatives ont été prises au niveau de collectivités locales, par exemple Toulouse, Paris, Marseille, où des élus se sont positionnés en faveur de l'expérimentation de ce type de dispositif, et plus proche de nous, Nancy où le président de la Communauté Urbaine a réuni les acteurs du bassin de Nancy (CAARUD, CSAPA, AIDES, l'ordre des pharmaciens, des médecins, les services hospitaliers VIH/VHC, les CHRS) pour faire l'état des lieux des positions des uns et des autres et de faire avancer le débat.

La position des CAARUD de Nancy consiste à rappeler que parmi les publics qu'ils accueillent on observe deux catégories qui pourraient avoir recours aux salles d'injection surveillée :

- des personnes en difficulté dans leur pratique d'injection parce qu'elles ne disposent pas d'un endroit sécurisé pour le faire, pas de domicile personnel. Elles consomment donc dans des conditions très précaires (parkings, rues, toilettes des lieux publics).

- des usagers de drogues hébergés dans les CHRS, car ces structures ne sont pas « ouvertes » de la même manière à l'acceptation de la consommation dans leurs locaux où c'est en principe interdit.

Nous, c'est-à-dire les CAARUD de Nancy, nous tenons une position plutôt favorable à ce que l'on étudie la piste d'un centre d'injection surveillée, sans pour autant dire pour l'instant si cette option est opportune à l'échelle d'une ville comme Nancy. Il faut aller plus loin dans le diagnostic.

Dans le groupe de travail nancéien, les intervenants issus du monde médical sont moins ouverts sur le sujet. Ils avancent d'abord un argument qualifié par d'autres « d'idéologique » ou « de

¹ Afin de demander à la mairie de Paris et au ministère de la Santé l'ouverture des salles de consommation à Paris, un communiqué de presse signé par les associations ASUD, ANITeA, ACT UP Paris, Gaïa Paris et SOS Hépatites Paris est depuis le 19 mai dernier diffusé sur Internet pour recueillir le plus grand nombre de signatures des Français. Ce communiqué du collectif associatif, « Salle de consommation du 19 mai à Paris » (15 décembre 2009) fait part des nouvelles avancées, notamment l'engagement de la mairie de Paris pour réaliser une étude devant permettre la mise en œuvre des salles de consommation. Il réaffirme la volonté du collectif associatif de continuer à mener des actions en faveur de ces dispositifs.

rétrograde ». La crainte avancée par des professionnels de la santé, même si cela reste marginal, est que l'ouverture d'une salle d'injection « donnerait un signal fort qui irait à l'encontre des stratégies de lutte contre les toxicomanies [Responsable association AIDES Lorraine]. »

D'abord définir et mettre en œuvre une stratégie de soins et d'accompagnement vers la diminution de la consommation dont le centre d'injection ne serait qu'une porte d'entrée

Les arguments avancés par les intervenants pour dire qu'il est peut être *urgent de ne pas se précipiter* sont nombreux. Avant d'envisager l'outil en lui-même, il est indispensable au préalable de définir ou de redéfinir une stratégie commune d'intervention.

« On n'a pas vraiment commencé à travailler sur le fond du projet de centre d'injection surveillée. Nous, pour l'instant, on privilégie l'éducation à l'injection, ce n'est pas exactement la même chose que les salles de consommation. L'éducation à l'injection est le fait d'apprendre à une personne les gestes de réduction des risques à l'injection, d'éviter les infections, les abcès. Initialement et au niveau national, notre association n'était pas à la pointe de ce combat pour les salles d'injection. La façon dont ces projets ont été engagés dans certaines villes en France s'apparentait à une approche sanitaire et sociale (ouvrir un lieu d'injection précis encadré par des professionnels du secteur sanitaire et social), alors que notre association part d'abord du constat qu'il manque deux chaînons entre les CAARUD et les CSAPA :

- Le premier devrait permettre de mieux accompagner les usagers vers une diminution progressive de leur consommation pour mieux les préparer à la phase de soins et de substitution.*
- Le second doit permettre de connaître concrètement la réalité des pratiques de l'injection sachant que les CAARUD ne sont pas missionnés pour assister et superviser les gestes de l'injection.*

Donc, plutôt que d'ouvrir d'emblée des salles d'injection sous contrôle médical, nous préconisons un accompagnement gradué des consommations et l'observation des pratiques d'injection par des acteurs qui en ont une expérience. Ce dispositif devrait être mobile et/ou attaché à un CAARUD.

Une autre réponse envisageable à la problématique du lieu serait d'accepter une forme de permissivité en ouvrant à la pratique de la consommation, par exemple les CHR. Ce sont là également des pistes qui méritent d'être explorées [Responsable CAARUD]. »

L'objectif de l'ouverture d'un centre d'injection surveillée ne doit pas se polariser sur les effets bénéfiques en termes sanitaires de pratiques d'injection sécurisées. Il s'agit beaucoup plus d'un support permettant d'engager un travail de fond dans la durée pour que les usagers s'inscrivent de manière durable dans une logique de soin et de résolution des difficultés sociales auxquelles ils peuvent être confrontés.

« La seule logique de réduction des risques ne peut suffire à justifier la création d'une salle d'injection surveillée. Certes c'est important, mais le projet ne peut se limiter à vouloir réduire les taux de maladies infectieuses et les risques de mortalité par surdose. Il faut aussi l'inscrire dans une optique de soins et de promotion des personnes concernées. La salle d'injection doit être une porte d'entrée vers un processus plus complexe. L'exemple du Canada est à cet égard

intéressant. Dans ce pays, les sites d'injection supervisés sont des organismes de santé contrôlés où les consommateurs de drogue peuvent sous surveillance s'injecter la drogue illicite qu'ils se sont procurée personnellement et recevoir des soins médicaux, être conseillés, orientés, incités vers des services sociaux, de santé et de traitement de la toxicomanie [Médecin de CSST].

« Personnellement, je suis plutôt favorable à un centre d'injection surveillée, mais pas dans n'importe quelles conditions. Cela ne peut se faire qu'avec un haut niveau d'accompagnement médico-social et certainement pas dans une logique de bas-seuil d'exigence. Pour autant cela ne doit pas nous interdire de s'adapter à ce public en explorant là les possibilités d'intervention par des pairs. Je suis convaincu que plus on prend en compte la diversité des problèmes rencontrés par les usagers de drogue par voie intraveineuse et plus il faut aller au-devant de ces publics et ne pas attendre qu'ils viennent à nous.

Si on estime que sur l'agglomération messine, il y a, au maximum, 250 à 300 injecteurs concernés par un recours possible à une salle d'injection, ils sont certainement concernés par des situations très lourdes. Dans ce cas, l'objectif premier est de stabiliser les situations les plus difficiles pour ensuite engager les usagers concernés dans un parcours individuel de progression, autrement dit leur faire monter une marche voire deux, pour que leur situation ne s'aggrave pas.

« Si demain une salle d'injection devait s'ouvrir à Metz, ce serait certainement l'occasion de nouer un contact avec des usagers qu'on ne voit pas ou qu'on ne voit plus. C'était là d'ailleurs une des retombées positives de l'ouverture de notre service de distribution de méthadone. Cela nous a permis de retrouver un contact permanent avec des gens qui ne venaient plus nous voir. Or ce contact est important pour construire avec les usagers une stratégie de soin.

Je suis persuadé que le mode d'injection et les conséquences par rapport aux produits injectés sont responsables de la dégradation sanitaire des usagers, d'où l'intérêt d'ouvrir des salles d'injection qui permettront d'améliorer l'hygiène et les comportements autour de la seringue. Mais cela ne saurait suffire.

Les gens ne viennent pas uniquement que pour la seringue, faut-il encore créer des structures nouvelles et spécifiques qui s'empileront dans le dispositif déjà existant, ou faut-il adapter les organismes existants ? Je suis beaucoup plus favorable à l'idée d'adapter le dispositif avec des personnels nouveaux, plus spécialisés, formés à la réflexion et à la définition de stratégies globales concertées, à l'accompagnement médical, social et éducatif. Il faut retravailler le partenariat, avoir un axe précis et pouvoir continuer à s'appuyer sur des plateaux solides, déjà expérimentés, si l'on veut pérenniser le projet [Responsable de CAARUD et de CSST]. »

Quel modèle possible pour le fonctionnement d'un centre d'injection surveillée ?

Les entretiens menés avec les intervenants en toxicomanie de Metz ne permettent pas de proposer un modèle de fonctionnement d'un CIS, mais davantage des pistes de réflexion qui mériteront d'être approfondies et davantage formalisées. Pour l'instant, le sujet de l'ouverture éventuelle d'un tel centre n'était pas à l'ordre du jour, les intervenants n'ont donc pas encore eu l'occasion de le définir collectivement dans ses objectifs et ses modalités de fonctionnement. Ils ont par contre des idées sur ce qu'il pourrait être ou plutôt sur ce qu'il ne devrait pas être.

Lorsqu'on a leur a demandé de décrire un centre d'injection surveillée, la plupart d'entre eux sont souvent partis de ce qu'ils avaient pu observer au cours de visites de tels lieux à Luxembourg ou à Sarrebruck. Et c'est souvent au regard de ces modèles transfrontaliers qu'ils se sont positionnés, car ces références implicites ou explicites ne leur conviennent pas toujours.

Selon le point de vue des intervenants rencontrés, le premier écueil à éviter concerne l'image hygiéniste qui pourrait se dégager de l'aménagement d'un tel centre d'injection au détriment de sa fonction d'accueil de personnes éprouvant des difficultés.

« Je connais des expériences de CIS qui ne me conviennent pas. L'aménagement est pensé dans la seule perspective de réduction des risques, avec une volonté qui frise l'hygiénisme. L'aménagement est froid, avec une dominante de couleurs acier et blanc. Bien sûr le lieu doit respecter toutes les règles d'hygiène, mais il doit aussi être accueillant. On n'y vient pas que pour se « shooter ». Or l'image que dégage un CIS est importante pour ses usagers et conditionne leurs pratiques. On peut penser que cet aspect un peu hygiéniste de certains CIS étrangers traduit en fait une culpabilité sous-jacente de leurs concepteurs : on n'ose pas proposer un cadre rassurant en raison d'une forme de culpabilité liée à la tolérance d'une pratique qui reste illégale et qui n'est que tolérée. Si on veut qu'un CIS soit la porte d'entrée permettant d'engager une démarche de soin et d'accompagnement, il faut un lieu accueillant avec du personnel formé pour cela [Médecin de CSST]. »

Certes les missions des CAARUD, telles qu'elles sont définies aujourd'hui, n'incluent pas l'assistance, par des moyens matériels ou humains, aux pratiques d'injection. Mais il y a un consensus des différents intervenants rencontrés pour dire que les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues sont les structures les plus à même aujourd'hui d'envisager l'élargissement de leurs missions à la gestion d'un CIS qui s'inscrirait également dans le cadre d'un partenariat avec d'autres structures comme les CSST.

« Une salle d'injection doit certes être un espace médicalisé, mais c'est avant tout un lieu où vont se mettre en place des actions d'accompagnement autour des pratiques d'injection. Il serait donc logique d'adosser un CIS à un ou aux CAARUD existants, plutôt que de les combiner à un CSAPA ou à un CSST qui sont dans une approche de soins et moins de réduction des risques. La juxtaposition d'un lieu d'injection avec des structures déjà existantes faciliterait forcément le lien entre les personnes, il faut que le maillage puisse se faire [Intervenant CAARUD] ».

« Une salle d'injection, si elle doit et peut se mettre en place, est à penser dans la continuité complétée des CAARUD. Cela relève plus d'une logique de prolongement de leurs missions. Les CSST peuvent, et doivent même, être associés au fonctionnement d'un CIS géré par un CAARUD, car l'inscription dans un protocole de substitution et plus globalement de soins doit rester une finalité du CIS. Il y a donc des modalités de partenariat à envisager et à mettre en place entre CIS-CAARUD et CSST, mais aussi avec d'autres partenaires comme le service des urgences de l'hôpital, les médecins libéraux et les officines de pharmacie [Médecin CSST].

Des modalités pratiques qui restent à définir d'un commun accord

La description des modalités pratiques de fonctionnement d'un CIS peut, pour l'instant, différer d'un intervenant en toxicomanie à l'autre. Il ne s'agit pas de divergences fondamentales entre eux, mais davantage, et pour le moment, d'un effet dû à l'absence de réflexion commune et organisée sur le sujet. Quelques points ouverts au débat peuvent être évoqués. Dans l'immédiat, des avis différents sont proposés.

- Heures d'ouverture :

« Ouverture du CIS deux heures le matin et quatre heures en fin d'après-midi de 16h à 20h. Mais c'est difficile à dire sans réflexion préalable, car, d'après mes observations, il n'y a pas d'uniformité dans les horaires d'injection. Or il faut être à la disposition des usagers [Intervenant CAARUD] ».

« Pour les horaires d'ouverture, il faut proposer une continuité. C'est 52 semaines par an, plutôt le soir que le matin. Dans une phase expérimentale, on pourrait prévoir une ouverture jusqu'à 22h. Il faudra ensuite une évaluation. [Responsable de CAARUD] ».

« Au niveau des horaires, la salle d'injection pourrait être ouverte en après-midi entre 15h et 20h [Médecin CAARUD-CSST]. »

« L'amplitude d'ouverture d'un CIS doit conjuguer deux impératifs : les besoins et les pratiques des usagers de drogue par voie intraveineuse, mais aussi le coût de fonctionnement. Dans l'idéal, une large amplitude d'ouverture est souhaitable. Mais cela représente un coût en personnels. Pour l'instant, j'opterai pour une ouverture 5 jours par semaine et 8 heures par jour. Toute ouverture supplémentaire est certes souhaitable, mais compte tenu de la réglementation du travail des personnels, cela représenterait des heures supplémentaires qui coûtent plus cher [Médecin de CSST]. »

- **Un CIS avec combien de places ?** Un accord semble se dessiner pour envisager un CIS de quatre à cinq places, au moins pour une éventuelle phase de démarrage.

« Cinq places... ça serait déjà bien. Par rapport aux matériels, pouvoir proposer ce que l'on fait déjà, kit snif compris, parce que les usagers consomment aussi d'autres produits à d'autres moments. Il faut qu'il y ait en disponibilité du matériel de réduction des risques autre que pour l'injection [Médecin CAARUD-CSST]. »

« J'imagine quatre ou cinq box où les gens sont un peu isolés, avec une sonnette pour appeler l'infirmière. Il faut aussi un espace convivial, de type cafétéria ou quelque chose comme ça, un cabinet médical. Il faut prévoir au moins 200 m² au total [Responsable CAARUD]. »

« Le CIS pourrait comporter quatre box. Je crois que ce serait suffisant, car je ne pense pas qu'il y aura un flux très important dans la file d'attente [Intervenant CAARUD]. »

« Personnellement, je verrais bien un CIS avec quatre ou cinq box de 3 m² chacun. Mais cette proposition doit encore être peaufinée. Avec ce nombre et une amplitude d'ouverture de 7 ou 8 heures par jour, on serait en capacité d'accueillir un grand nombre de passages. Le CIS de Luxembourg, par exemple, accueille environ 300 passages en moyenne par jour d'ouverture.

L'analyse doit être davantage poussée et bien distinguer le nombre d'usagers différents accueillis et le nombre de passages ou d'utilisation des box. Une même personne peut en effet venir plusieurs fois par jour. Cela dépend aussi du produit injecté. Ceux qui s'administrent de l'héroïne par voie intraveineuse peuvent revenir trois fois par jour, car les effets d'une dose d'héroïne s'estompent après 3 ou 5 heures de prise du produit. Pour ceux qui s'injectent du Subutex®, l'effet ressenti a une durée plus longue, ils reviennent donc moins souvent [Médecin CSST]. »

« L'organisation spatiale des box d'injection devra être pensée en amont en lien avec les urgentistes pour qu'ils puissent anticiper d'éventuelles interventions de leur part (problèmes d'accès, brancardage, etc.) [Médecin CSST]. »

- **Personnels et qualifications** : dans l'ensemble, le nombre estimé de personnels est de l'ordre de 3 ETP pour 4 à 5 box d'injection

« Deux options de plateau technique sont envisageables. Soit on envisage le CIS en complément d'un outil existant comme le CAARUD, et dans ce cas il faut 2,5 ETP supplémentaires et 150 000 euros suffisent. Si c'est un outil séparé et détaché de l'existant, il faut prévoir jusqu'à 5 ETP et 300 000 euros seront nécessaire. A mon avis, il faut envisager l'équipe de professionnels avec des temps alternés, il faut éviter qu'ils soient à temps plein sur le CIS tout au long de l'année pour ne pas risquer un syndrome d'épuisement professionnel (burnout), d'où l'importance d'une équipe élargie intervenant à la fois pour les missions habituelles d'un CAARUD et pour celles du CIS [Responsable CAARUD]. »

« Comme professionnels permanents, on aura jamais les moyens d'avoir un médecin à temps plein, il faut donc à la base une infirmière à temps plein et un médecin à temps partiel, tous deux formés pour répondre à des situations d'urgence sanitaire chez les usagers de drogues. Il faudrait aussi un travailleur social. Il faut que ce soit des professionnels aguerris avec une expérience spécifique dans la toxicomanie, c'est indispensable. Pour aborder cette problématique complexe de la dépendance, il est nécessaire d'avoir « un minimum d'information pour pouvoir accompagner la personne sans la juger, une réponse médicale n'est pas suffisante. La pluridisciplinarité est nécessaire du fait de la complexité de la dépendance [Médecin CAARUD]. »

« Pour un CIS de 4 ou 5 places, il faut à mon avis au moins trois personnes à temps plein, sans compter les remplacements nécessaires pendant la période des congés et de maladie. Ces trois ETP peuvent être répartis de la manière suivante : une infirmière et deux éducateurs spécialisés (ou un éducateur et un moniteur éducateur) pour atteindre les objectifs socio-éducatifs du centre. C'est vraiment un minimum. Prenons l'exemple de la survenue d'une overdose qui peut survenir dans une salle d'injection. La gestion d'un tel incident nécessite trois personnes : une infirmière pour donner les premiers soins, une autre personne pour prévenir le service médical urgence (SAMU) et une troisième pour s'occuper des autres usagers et de leur réaction [Médecin CSST]. »

- **Protocole d'admission en CIS** : Un seul des professionnels interrogés a développé des pistes possibles pour définir un protocole d'admission en CIS. Si les autres ne l'ont pas évoqué, c'est parce que leur réflexion sur l'opportunité et le fonctionnement d'un CIS n'en est qu'à une phase initiale. Ce

protocole est nécessaire pour le bon fonctionnement du centre. Les usagers de drogue fréquentant des structures d'accueil ou de soin se montrent généralement sensibles aux exigences que les professionnels peuvent avoir à leur égard. « *Cela les rassure* ».

« Un protocole est nécessaire. Il faudrait au minimum que les usagers puissent décliner leur nom et les coordonnées de la personne à prévenir en cas de complication. Certes cela pose la question de l'anonymat possible qui prévaut dans les CAARUD pour lesquels il faut accepter qu'aucun préalable ne soit imposé à l'accueil qui doit pouvoir être anonyme dès lors que l'utilisateur en fait la demande. Mais avec un centre d'injection surveillée, il en va certainement autrement. Il faut penser, par exemple, au risque éventuel de surdose. De même, il faudrait que les usagers de drogue utilisant le CIS puissent indiquer au préalable la nature du produit injecté (héroïne, Subutex®, cocaïne ou autre). Ces informations seront nécessaires en cas d'intervention des urgentistes [Médecin CSST]. »

Dans une note sur les salles de consommation en Europe, l'OFDT souligne que dans les lieux autorisant les injections déjà ouverts dans six pays d'Europe, l'accès est souvent réglementé : il est restreint et limité aux porteurs d'une carte d'admission. Les usagers occasionnels ou débutants en sont exclus, ainsi que les mineurs. Le deal est totalement prohibé. Par ailleurs, les usagers doivent respecter un certain nombre de mesures d'hygiène et de sécurité et le personnel n'est pas tenu d'aider à l'administration des substances. Ceci dit, il observe les pratiques des usagers et intervient en cas de nécessité¹.

4 – Localisation d'un éventuel CIS à Metz

Si un centre d'injection surveillée devait ou pouvait être ouvert à Metz, la question de sa localisation dans un quartier de la ville risque d'être complexe à prendre en compte. Certes il y aura une forte résistance des habitants qui, par ailleurs, sont radicalement opposés à l'ouverture d'un tel centre pour des raisons qu'on peut considérer comme idéologiques. Mais les désaccords peuvent aussi venir de la part d'habitants qui expriment une position théorique plutôt favorable aux salles d'injection, mais à condition que ce ne soit pas dans leur proximité. Bref, il faudra savoir gérer le syndrome NIMBY.

Envisager le syndrome NIMBY

Par effet NIMBY (« Not In My Back Yard » ou littéralement « pas dans mon arrière-cour »), il faut entendre les réactions dominantes des résidents d'un quartier dès lors qu'une structure accueillant des populations aux caractéristiques dissonantes est ouverte. Ce syndrome sert à qualifier l'argument et la mobilisation qui s'en suit consistant à dire « On n'a rien contre, bien au contraire, mais pas chez nous ». Plus formellement, l'effet NIMBY fait référence aux attitudes protectionnistes et aux tactiques d'opposition adoptées par des groupes locaux d'habitants pour faire face à un changement qui n'est pas le bienvenu dans leur quartier. La théorisation de cet effet peut être formulée de la manière suivante :

¹ OFDT, Les salles de consommation en Europe. Synthèse de la revue de littérature internationale. Note du 20 mai 2009.

« L'implantation de tout équipement collectif crée des nuisances pour les riverains proches de l'équipement alors qu'ils n'en tirent pas d'avantage direct. Ceux-ci auront donc pour réaction « naturelle » et égoïste de refuser le projet et de réclamer qu'il se fasse ailleurs. (...) Le rejet d'un projet peut alors (...) s'analyser sous le strict angle de l'intérêt particulier : la légitimité du projet n'est nullement entamée. D'une part les opposants ont un intérêt direct et rationnel à s'opposer au projet (ce sont des riverains et des propriétaires qui craignent une dépréciation de leurs biens). D'autre part, dans une approche psychosociologique, les opposants ont une attitude de rejet presque pathologique parce qu'ils surestiment les risques de nuisances (voire les imaginent purement et simplement) qu'ils auront à subir du fait de l'implantation de tel ou tel projet, tout en négligeant les bénéfices collectifs qui en résulteront. Le syndrome NIMBY dessine donc la figure d'un opposant à la fois rationnel-utilitariste et irrationnel-pathologique, à la fois capable de faire un calcul rationnel de ses gains et pertes et, en même temps, incapable de fonder ce calcul sur des bases rationnelles. (...) » (Arthur Jobert ¹).

L'effet NIMBY est d'autant plus difficile à prendre en compte qu'il est certes connoté négativement, comme le signe d'un égoïsme individuel, mais il peut aussi être présenté comme une expression de la participation citoyenne dans le souci d'un environnement respecté et la manifestation d'une exigence de qualité de vie.

Les acteurs du champ de la toxicomanie que nous avons rencontrés sont conscients des difficultés avec la population du quartier d'implantation qu'ils devront affronter dès lors que l'ouverture d'un CIS sera éventuellement décidée.

« Convaincre les riverains sera compliqué, surtout actuellement avec le discours sécuritaire ambiant. Les associations et les professionnels ne pourront pas faire grand-chose sans soutien politique. Ils peuvent par contre avancer des arguments pour tenter de vaincre les résistances. La concertation avec les riverains sera surtout fonction de la capacité collective à définir un projet de soins et un projet social ou socio-éducatif pour sur ce type de dispositif. Le discours public sera difficile à tenir dans le contexte global très méfiant et des représentations négatives que se font la plupart des gens sur les toxicomanes. Il faudra avoir le courage de tenir un discours réaliste sur la drogue. La prise en compte de l'intérêt général sur ce type de dispositif est un argument difficile à tenir devant des riverains qui ne recherchent que leur tranquillité [Responsable de CAARUD]. »

« C'est ça qui va être le plus dur. Il faudra présenter le projet aux riverains par l'intermédiaire des associations de quartier et avec le soutien et les garanties institutionnelles (la mairie, la police). On pourra s'appuyer sur l'expérience et les difficultés rencontrées au moment de l'installation des totems ou distributeurs - échangeurs de seringues. Un argument qui pourrait rassurer les habitants serait de mettre en avant l'outil de réduction des risques en accompagnant l'utilisateur dans un dispositif de soins. La salle d'injection serait un outil supplémentaire pour amener l'utilisateur vers les soins [Médecin de CAARUD]. »

¹ Jobert Arthur, L'aménagement en politique ou ce que l'effet NIMBY nous dit de l'intérêt général, Politix, n° 42, 1998, p. 71

« Il faut présenter les choses autrement, travailler très en amont, faire comprendre aux habitants qu'en acceptant le point de vue des soins, on améliore la situation des usagers de drogue. Il faut expliquer que la prise de drogues est le résultat d'une souffrance. Il ne faut surtout pas croire que les usagers de drogue veulent se tuer, ils sont responsables. Ils comprennent l'intérêt de maintenir le lieu et ses environs au calme. Les toxicomanes, en plus d'être malades, sont victimes de préjugés qui les rendent coupables de leur souffrance.

L'évolution des mentalités passe également par les mots. On est passé de centre spécialisé de soins en toxicomanie à centre spécialisé de l'accompagnement et de la prévention des addictions. On ne joue pas sur les mots, mais aujourd'hui on parle bien des addictions. Il faut que les gens intègrent, avant tout, que c'est un problème d'addiction.

Les éducateurs devront faire un travail de proximité dans la durée, un travail de rue dans le quartier, à la fois avec les habitants pour les rassurer, les toxicomanes qui traîneront dans les rues avoisinantes et les dealers pour éviter qu'ils vendent dans la rue [Intervenant CAARUD]. »

« Avec les riverains, le porteur du projet devra être attentif, en participant à la vie du quartier, et très réactif en intervenant rapidement en cas de litige (dédommagement si dégradation) [Responsable de CAARUD]. »

« Par le choix de son emplacement, un CIS ne doit pas générer une zone de non-droit. C'est un espace de soin qui doit veiller à la sécurité de ses usagers et à celle des riverains [Médecin de CSST]. »

Le centre-ville : un lieu propice ?

| 33

Plusieurs intervenants rencontrés ont souligné que la localisation la plus propice d'un CIS serait au centre-ville qui connaît déjà l'implantation d'un CSST sans que cela ne pose de problème pour les riverains. Le centre-ville, et plus particulièrement ses artères les plus commerçantes, présente de nombreux avantages et rend le lieu d'injection le moins visible possible :

- La part résidentielle y est nettement moindre qu'ailleurs, surtout dans l'une ou l'autre des rues réputées pour la place qu'y tient le commerce.
- C'est un lieu de passage et de brassage des populations qui fait fondre dans la masse les marginaux qui l'empruntent. Il faut d'ailleurs souligner que cet espace est déjà souvent fréquenté par des personnes socialement marginalisées qui y font la manche.
- C'est un endroit peut-être davantage surveillé par la police que les quartiers résidentiels.

Les intervenants s'accordent pour insister sur la nécessité de ne pas rééditer l'expérience de Luxembourg ou de Sarrebruck dans leur choix de localisation du CIS. A Luxembourg, par exemple, le CIS est installé dans une construction préfabriquée et modulaire, de type Algeco, placée en périphérie de la ville, loin de la gare et donc éloignée du lieu de deal le plus fréquenté. A Sarrebruck, c'est dans une ancienne brasserie désaffectée, éloignée également du centre-ville, que le DHZ a été installé. En éloignant ainsi les CIS des lieux de vie et de circulation de la population, on prend le risque de créer, à terme, une zone de non-droit agglutinant non seulement des toxicomanes, mais aussi des dealers et nécessitant des contrôles policiers spécifiques.

Il faut aussi remarquer que les CAARUD et CSST existant à Metz, comme les totems, n'ont jamais été suspectés d'être des points d'attraction pour les dealers.

Les motifs évoqués pour justifier une opposition à un CIS

D'autres raisonnements avancés par les opposants à la création de CIS trouvent facilement une réponse appropriée. L'argument le plus fréquent consiste à dire que "toute autorité nationale, régionale ou locale qui autorise l'aménagement et l'utilisation de salles d'injection facilite par là même l'augmentation de la consommation de drogues". Cette rhétorique est récurrente depuis 1987, date à laquelle la vente libre de seringues a été instituée. Elle s'est poursuivie plus tard pour contester le démarrage des dispositifs de traitements de substitution. Et, souvent, ceux qui vantent la politique actuelle de réduction des risques comme largement suffisante, pour refuser que toute nouvelle étape ne puisse être franchie, sont également ceux-là mêmes qui contestaient la distribution des seringues, la mise en place des protocoles avec méthadone ou Subutex®.

« A chaque fois que l'on fait quelque chose en faveur de la réduction des risques, certains vont toujours le voir sous l'angle d'une incitation à la consommation. Certes, on peut toujours insister sur cet aspect, car effectivement depuis vingt-cinq ans la consommation de drogues a augmenté. Mais est-ce lié à la politique de RDR ? Certainement pas, d'autres facteurs l'expliquent de manière plus convaincante (mondialisation du trafic, baisse des prix, nouveaux produits de synthèse, etc.) On oublie alors de mettre en avant les bénéfices de la politique de réduction des risques dans la réduction des maladies infectieuses comme le sida. Évidemment, on ne peut pas faire abstraction de certaines craintes, même de la part des professionnels. Mais si on compare ces craintes à celles exprimées au moment du débat qu'il y a eu sur la distribution des seringues, je pense que sans cette évolution certains toxicomanes n'auraient jamais pu arrêter. Une salle d'injection sera un outil permettant d'entrer en contact avec une population marginalisée. Encore aujourd'hui, on peut trouver des professionnels, rares il est vrai, qui se déclarent opposés à la distribution de seringues. C'est sûr qu'en partant de là, le message est encore plus difficile à faire passer chez les citoyens [Intervenant CAARUD] ».

| 34

D'autres arguments avancés par les opposants aux CIS doivent être pris en compte¹. Il appartiendra aux organismes et professionnels intervenant en toxicomanie de les analyser pour ne pas les ignorer, en mesurer les fondements et y apporter la réponse la plus convaincante pour la population.

De manière moins polémique, l'OFDT cite les trois craintes majeures soulevées par l'ouverture de salles de consommation ou de CIS. La première et la troisième ont déjà été évoquées ici, mais il s'agira certainement de les reprendre :

- Incitation à l'usage de drogues voire à l'initiation à l'usage.
- Création de « conditions de confort » qui reportent l'entrée dans les soins.
- Regroupement des usagers de drogues et de dealers autour des salles d'injection.

L'OFDT souligne également les bénéfices attendus des salles de consommation. Ils méritent également d'être davantage développés pour les faire connaître auprès de la population :

- Réduction des pratiques à risque liées à l'usage de drogues.
- Réduction de la morbidité et de la mortalité parmi les usagers de drogues visés.

¹ On peut facilement avoir une synthèse des oppositions contre les salles d'injection, en consultant le site internet <http://www.parentscontreladrogue.com> qui dans sa page d'accueil affirme : « Depuis quelques mois le lobby de la drogue remet ça ».

- Entrée dans les soins des usagers de drogues les plus précarisés et non captés par les dispositifs conventionnels.
- Réduction des nuisances sociales sur la communauté

Depuis les années 1990, les pays pionniers qui ont implanté des salles de consommation sur leur territoire ont mis en œuvre des études à l'échelle locale visant à examiner le fonctionnement des salles ouvertes et les premiers effets observés (Suisse, Allemagne et Pays-Bas, notamment). Au-delà des frontières européennes, l'Australie et le Canada se sont engagés dans la réalisation d'investigations approfondies d'évaluation¹.

Évaluation des centres d'injection supervisés dans le monde

Les éléments de connaissance cumulés dans la littérature sur l'évaluation des salles de consommation en Europe permettent d'avancer les conclusions suivantes :

1) Effets qui vont dans le sens des objectifs fixés ou qui vont à l'encontre des craintes initiales

Santé

- Premier contact avec des populations difficiles à atteindre ou populations cachées ;
- Offre de conditions de sécurité et d'hygiène qui n'amènent pas à une hausse des niveaux de consommation ou à des pratiques à risque encore plus dangereuses ;
- Réduction des décès associés à l'usage de drogues lorsque l'accessibilité aux salles de consommation est appropriée (horaires d'ouverture, inclusions, couverture géographique suffisante, etc.) ;
- Accès effectif des usagers en situation de très grande précarité et extrêmement marginalisés aux services adaptés (les usagers peuvent bénéficier sur place des interventions des professionnels ou être orientés vers le dispositif le plus adapté).

Nuisance publique

- Diminution de l'usage de drogues dans les lieux publics sous réserve que la capacité d'accueil des salles de consommation soit suffisante pour répondre aux demandes des usagers ;
- Pas de constat de hausse de la délinquance (vols, ...) liée à l'implantation des salles de consommation.

2) Effets non recherchés :

- Il existe un petit nombre d'études qui mettent en évidence un retard dans l'entrée en traitement.
- Les études montrent l'existence de trafic de drogues à très petite échelle autour des salles de consommation.

3) Effets non attestés par la littérature existante : En ce qui concerne la diminution escomptée de l'incidence des maladies infectieuses associée à l'usage de drogues, la littérature n'a pas permis de conclure sur l'impact des salles de consommation.

(Source : OFDT - Les salles de consommation en Europe. Synthèse de la revue de littérature internationale, 20 mai 2009)

¹ On pourra notamment se reporter aux « résultats de l'évaluation du Centre d'injection supervisé de Vancouver – projet pilote Insite » publiés par l'Urban Health Research Initiative du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS (juin 2009). Ce document est téléchargeable à l'adresse suivante : <http://www.salledeconsoommation.fr/doccanadienne/uhri-r-sultat-de-l-valuation-du-centre-d-injection-supervis-de-vancouver-projet-pilote-insite-juin-2009-fr.pdf>

Que dit la Loi ?

La loi du 31 décembre 1970 constitue le cadre légal dans lequel s'inscrit la politique française de lutte contre les drogues. Il y a trois types d'infractions en matière de stupéfiants prévus dans la loi de 1970, dont les deux premiers n'ont été introduits dans le code pénal qu'en 1994, s'effaçant dès lors du code de la santé publique :

- l'usage illicite de stupéfiants ;
- les délits de provocation à l'usage ou au trafic,
- la présentation sous un jour favorable de l'usage et du trafic de stupéfiants qui n'est poursuivie qu'en cas d'intention réellement malveillante.

On peut y ajouter les infractions, crimes et délits constitutifs d'atteintes aux personnes qui constituent des faits de trafic de stupéfiants.

Depuis quarante ans, le législateur n'a pas souhaité mettre en œuvre une réforme globale pour modifier en profondeur le dispositif de prévention et de répression contre les drogues, le jugeant adapté à notre époque, même si plusieurs toilettages ont été nécessaires. Si la loi de 1970 n'a pas été modifiée, des textes complémentaires ont permis une relative évolution du droit français dans ce domaine. On peut citer les **textes les plus marquants** :

- **3 février 2003**, les parlementaires adoptent un texte conférant un statut légal aux peines infligées au conducteur sous l'influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants.

- **9 août 2004**, l'Assemblée Nationale adopte la loi relative à la politique de la santé publique, qui introduit pour la première fois la notion de réduction des risques dans la loi, dispositif à visée préventive. Codifiée dans le code de la santé publique, la loi prévoit que la définition de la réduction des risques relève de la compétence de l'État. La loi de Santé Publique prévoit notamment la définition d'un cadre de référence pour les activités de réduction des risques en direction des consommateurs de stupéfiants. Les acteurs, professionnels de santé ou du travail social ou membres d'associations, comme les personnes auxquelles s'adressent ces activités doivent être protégés des incriminations d'usage ou d'incitation à l'usage au cours de ces interventions. Les services en charge de la répression du trafic et de l'usage de stupéfiants doivent pouvoir clairement reconnaître les acteurs et les activités relevant de la réduction des risques. La France devient alors le premier pays européen à conférer un cadre légal au dispositif de la réduction des risques.

La loi du 9 août 2004 a le mérite de briser, au moins officiellement, le tabou né de la loi de 1970. Considérer qu'il faut limiter les risques signifie que l'on reconnaît l'existence de la consommation de drogues. La réduction des risques passe notamment par l'information et la connaissance des effets des différents stupéfiants. Dans cette optique, l'usager de drogue est considéré comme un acteur rationnel et responsable et non pas comme un malade ou un délinquant. La prévention consiste alors à renforcer ses compétences psychosociales permettant de maîtriser son rapport aux drogues.

Cette loi marque aussi une avancée par rapport à la protection des acteurs et des usagers de la réduction des risques. On a pu voir, en effet, des militants d'une association de RDR faire l'objet de poursuites judiciaires en 2002 pour incitation à l'usage de stupéfiants en raison de la diffusion

Que dit la Loi ? (suite)

de documents décrivant les effets de certains produits. Même si les personnes mises en examen ont été relaxées, le procès a montré la fragilité de la légitimité de la RDR avant la loi de 2004.

- **8 avril 2005**, une circulaire du ministère de la Justice, relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances, donne aux magistrats du parquet des lignes à suivre et demande une réponse judiciaire adaptée et diversifiée à l'égard des usagers. Elle rappelle notamment les mesures alternatives de sanctions, telle l'injonction thérapeutique ou la composition pénale, ainsi qu'une répression accrue des infractions tendant à inciter à l'usage de stupéfiants.

- **5 mars 2007**, adoption de la loi relative à la prévention de la délinquance. Dans ses dispositions concernant la lutte contre la toxicomanie, la loi marque clairement le refus du gouvernement de banaliser la consommation de produits stupéfiants.

La réforme s'articule autour de quatre axes : adapter la réponse judiciaire au niveau de la consommation, élargir le panel des sanctions applicables en fonction des contextes de consommation, aggraver les sanctions pour les cas d'usage particulièrement dommageables pour la société, et mieux prendre en compte la dimension sanitaire du traitement judiciaire de ce contentieux. La procédure de jugement a été simplifiée pour permettre une réponse plus adaptée à ce contentieux de masse. Sont mises en exergue des alternatives à la peine judiciaire. Par exemple la composition pénale ; elle limite la peine encourue à une peine d'amende et/ou à des sanctions d'accompagnement, tels l'injonction thérapeutique, le stage de sensibilisation aux dangers des drogues ou le stage d'intérêt général. L'ordonnance pénale, jusqu'alors réservée aux contentieux routiers, est élargie au domaine de la toxicomanie. Elle s'adresse aux usagers majeurs ne nécessitant pas de traitement ni de soins particuliers. Elle écarte également la possibilité d'emprisonnement et elle acquiert, une fois les délais de recours épuisés, la même force qu'une décision rendue par un tribunal correctionnel. Cela entraîne une inscription au casier.

- Un **plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies** est élaboré tous les quatre ans, et le plan 2008-2011 énonce 158 mesures avec un équilibre des volets prévention (38 mesures), sanitaires (69 mesures), et application de la loi (41 mesures). Son principal objectif est de retarder l'entrée en consommation. Un nouveau plan est en préparation pour 2012-2015.

Le Plan 2008-2011 ne prévoit pas l'expérimentation des salles de consommation à l'inverse des communautés thérapeutiques. On peut envisager que le plan 2012-2015 ne dérogera pas à ce principe. Lorsque la presse s'est fait l'écho de l'expérimentation souhaitée par certains de salles de consommation et alors que le ministère de la santé y était favorable, le gouvernement en la personne de son Premier Ministre et celle du président de la MILDT a estimé que *"ces salles ne sont ni utiles, ni souhaitables"* car la priorité *"est de réduire la consommation des drogues en France, non de l'accompagner voire de l'organiser"*. *« Mais, comme le souligne, une magistrate, la véritable question est de savoir si cette expérimentation est aujourd'hui légalement possible. En effet, il existe un paradoxe à vouloir laisser utiliser dans ces salles des produits stupéfiants interdits sur le reste du territoire français¹. »*

¹ Katz Catherine, Comment la loi de 1970 est appliquée en 2010, Revue Swaps, n° 60, 3^e trimestre 2010.

Ce numéro spécial consacré à la loi de 1970 a servi de source principale pour la rédaction de cet encadré.

Conclusion

Des estimations convergentes permettent d'évaluer à environ 500 le nombre d'usagers de drogue par voie intraveineuse sur l'agglomération messine. Tous ne sont pas directement intéressés par l'utilisation d'un centre d'injection supervisé (CIS). Près de la moitié d'entre eux dispose d'un logement personnel stable où ils peuvent consommer de la drogue selon le mode d'administration qu'ils choisissent. Par contre, l'autre moitié ne connaît pas de stabilité résidentielle. Elle est hébergée en CHRS, logée provisoirement chez des amis, elle occupe des squats ou est SDF. Or c'est davantage et en priorité pour ce type de population que la création d'un CIS peut être envisagée dès lors que la loi ou la réglementation publique le permettent.

Il y aurait donc au maximum entre 250 et 300 usagers de drogue par voie intraveineuse qui pourraient être concernés par une fréquentation d'un centre d'injection surveillé sur l'agglomération messine. La politique de réduction des risques développée depuis plus de 15 ans leur a déjà facilité l'accès à du matériel d'injection stérile, y compris à titre gratuit.

Les usagers qui fréquentent les deux Centres messins d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (CAARUD) n'expriment pas directement de demande particulière pour l'ouverture d'un tel centre. Très rares sont ceux qui fréquentent, même occasionnellement, les salles d'injection ouvertes à Luxembourg ou à Sarrebruck. Mais cette absence de demande ne signifie pas pour autant qu'il n'y a pas de besoins. Les intervenants en toxicomanie estiment pour leur part que ces besoins existent, ne serait-ce que pour proposer des conditions sécurisées d'injection dans un environnement propre, calme et sans promiscuité incitatrice d'échanges de seringues.

Pour ces raisons, les professionnels du champ de la toxicomanie estiment qu'il est aujourd'hui opportun d'envisager la création d'un CIS à Metz, à condition qu'il s'intègre dans un projet collectif de soin et d'accompagnement médico-social et social des toxicomanes et que ses missions ne soient pas limitées au seul aspect utilitaire visant l'amélioration des conditions matérielles de la pratique d'injection. C'est pourquoi ils s'accordent pour donner la priorité à la définition et à la mise en œuvre d'une stratégie coordonnée de soins et d'accompagnement vers la diminution de la consommation dont le CIS n serait qu'une porte d'entrée.

Cette condition préalable une fois satisfaite, le fonctionnement d'un CIS pourrait être adossé à un CAARUD. Ce mode de fonctionnement présenterait des avantages certains. Il faciliterait la mise en cohérence des outils de réduction des risques et de leurs finalités respectives. Il permettrait également une mutualisation de moyens et de ressources humaines avec un autre segment de la politique de RDR. De manière plus concrète, cet adossement permettrait un coût de fonctionnement moins élevé que celui d'un CIS autonome du point de vue juridique et fonctionnel.

Dans tous les cas de figure, le CIS, ou le CAARUD complété d'un CIS, sera amené à nouer un partenariat avec les autres structures de soins et d'hébergement qui accueillent des usagers de drogue. Car l'enjeu porte sur la mise en œuvre coordonnée du projet collectif évoqué précédemment.

La mise en place d'un CIS sur Metz nécessiterait la création de quatre à cinq box d'injection et une dotation en ressources humaines d'au moins 3 personnes (une infirmière formée pour répondre à des situations d'urgence sanitaire chez les usagers de drogue et deux éducateurs spécialisés). Le coût

de fonctionnement annuel se situerait avec cette configuration autour de 180 000 euros. La modélisation plus achevée du fonctionnement reste à définir dans le cadre d'un travail commun entre les différents partenaires associés au projet : convivialité des locaux, aménagement spatial, heures d'ouverture, protocole d'admission, etc.

La question la plus délicate à résoudre, si la création d'un CIS est envisagée, concerne le lieu d'implantation du centre. Les expériences transfrontalières connues suggèrent d'éviter une localisation excentrée du centre-ville, dans un espace périphérique, pour éviter l'émergence progressive d'une zone de non-droit, potentiellement attractive pour les dealers et leur trafic et où les usagers de drogue seraient relégués.

Le choix d'un lieu d'implantation du CIS doit aussi anticiper la réaction des riverains. Certains d'entre eux se montreront hostiles à la mise en place d'un tel centre en raison de leur opposition à toute mesure facilitant une qualité de vie pour les usagers de drogue et de leur préférence affichée pour des mesures répressives. D'autres affirmeront, pour des raisons humanistes, leur accord de principe au projet, mais à condition qu'il soit éloigné de leur proximité résidentielle. Dans ce cas, plusieurs arguments seront allégués : risque d'insécurité pour le quartier avec la présence de personnes marginalisées et de dealers, troubles du voisinage, etc.

La détermination de l'implantation d'un CIS et l'annonce du projet et de sa localisation sont donc une étape importante qui passe par une concertation préalable avec les riverains. Le but d'une telle procédure ne vise pas seulement à les informer des finalités du projet et des modalités de sa mise en œuvre. Il cherche aussi à modifier les représentations courantes sur la consommation de drogues, la dépendance et les moyens de s'en défaire.

La localisation la plus propice d'un CIS pourrait être le centre-ville qui présente des avantages permettant de rendre le centre le moins visible possible :

- La part résidentielle y est nettement moindre qu'ailleurs, surtout dans l'une ou l'autre des rues réputées pour la place qu'y tient le commerce.
- C'est un lieu de passage et de brassage des populations qui fait fondre dans la masse les marginaux qui l'empruntent. Il faut d'ailleurs souligner que cet espace est déjà souvent fréquenté par des personnes socialement marginalisées qui y font la manche.
- C'est un endroit peut-être davantage surveillé par la police que les quartiers résidentiels.

La législation en vigueur en France n'autorise pas le fonctionnement d'un centre d'injection surveillée. Des probabilités d'évolution ont pu être envisagées au milieu de l'année 2010, après la publication du rapport de l'INSERM considérant que les expériences étrangères de salle d'injection étaient « globalement positives » et après la prise de position de la ministre de la santé de l'époque qui souhaitait ouvrir des CIS, à titre expérimental, en partenariat avec quelques villes. Mais l'arbitrage du Premier Ministre, en date du 13 août 2010, a mis fin à toute velléité en ce sens lorsqu'il a déclaré les salles d'injection « ni utiles, ni souhaitables ». Le nouveau Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies (2012-2015) ne dérogera certainement pas à ce principe.

Faut-il pour autant valider ce choix de fermeture à toute évolution possible dès lors que les besoins sont repérés localement par les acteurs de l'intervention en toxicomanie et qu'ils jugent le projet comme opportun et nécessaire ? Le respect de la loi n'empêche pas d'anticiper des développements réglementaires futurs et de se préparer à leur avènement, d'autant plus que les réformes décidées

par le législateur entérinent souvent l'évolution de la société dans mœurs, ses attentes et ses adaptations souhaitées aux pratiques validées dans des pays européens ou en Amérique du Nord (Canada).

La création d'un centre d'injection supervisé prend du temps, depuis son ébauche à la prise de décision, puis à la mise en œuvre. Ce temps est d'autant plus nécessaire que la difficulté principale réside dans l'adhésion au projet d'une majorité de riverains du secteur potentiellement concerné par l'implantation.

Ce rapport sur l'opportunité et la faisabilité d'un CIS à Metz se situe dans cette temporalité. Rédigé avec l'apport des organismes et professionnels messins du champ de la toxicomanie, il peut servir à la définition d'un projet qui reste à construire en y associant d'autres acteurs du champ de la santé (médecins libéraux, pharmaciens d'officine), du domaine social (CHRS notamment), de l'action répressive et judiciaire, et de la vie sociale civile.

Annexe 1

Nomenclature des activités RDR en CAARUD (selon les missions définies par le décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue)

Source : CIRCULAIRE N°DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) et à leur financement par l'assurance maladie. (Annexe 2)

MISSIONS	Activités	Lieu ou niveau de prestations	Principes RDR
Accueil	- Recevoir dans des lieux fixes à des horaires connus et réguliers ET / OU - Recevoir dans des lieux mobiles	De jour et/ ou de nuit - Antennes mobiles, bus, - Interventions en milieux festifs, culturels et sportifs	Accueil sans préalable des usagers dans l'état où ils se présentent et responsabilisation de l'utilisateur en tant qu'acteur du maintien de sa santé (Établir et entretenir un lien avec l'utilisateur)
Soins	- Proposer des soins de santé de premier niveau, y compris l'éducation sanitaire et le conseil	Sur place	Les besoins fondamentaux en matière de santé doivent être correctement couverts (hygiène, soins)
	- Accompagner ou orienter l'utilisateur vers le système de soins spécialisés ou non	Vers : CSST, Hôpital et CDAG, Gynéco-obst., PMI, Soins dentaires, Médecine de ville, Psychologue/Psychiatre, Réseau de pharmaciens	Prévention des maladies infectieuses
Droits sociaux	- Informer sur les droits sociaux - Accompagner et organiser le relais avec les collectivités territoriales (soutien aux démarches administratives)	- Sur place, les travailleurs sociaux informent les usagers sur leurs droits (et responsabilités) - Ils orientent ou accompagnent dans les démarches vis-à-vis des administrations en charges de la protection sociale (assurance maladie, mairie, département)	Accès aux services sociaux doit être assuré pour toute personne : couverture sanitaire et sociale, logement, travail...
Contact	- Pouvoir repérer et rencontrer les usagers dans les lieux où ils se trouvent (soins, éducation sanitaire, conseil)	- Équipe de rue - Équipe mobile - Interventions en milieux festifs, culturels et sportifs	Faciliter la rencontre et favoriser une prise en charge adaptée aux besoins de chaque usager
Matériel de prévention	- Permettre l'accès aux outils et aux trousseaux de prévention. - Développer et diffuser des messages de prévention - Gestion des déchets à risques	Programmes d'échange de seringues, distributeurs automatiques, pharmacies, lieux de rencontre	- Prévention des risques infectieux - Adaptation des outils aux nouveaux usages

Médiation	<ul style="list-style-type: none"> - Servir de relais avec les autorités locales et les riverains - Participer/animer les rencontres avec les professionnels médico-sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Communes, quartiers, voisinage - Services sanitaires et sociaux - Services de police et administration judiciaire - Réseaux de soins (médecins, pharmaciens) 	Acceptation et insertion des usagers dans la vie locale
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

Mission ne conditionnant pas l'autorisation en CAARUD

Alerte	<ul style="list-style-type: none"> - Informer sur les nouveaux usages les autorités - Transmettre les messages d'alerte auprès de l'utilisateur - Sensibilisation et éducation à la santé de groupes d'utilisateurs - Connaissance des usages et produits (TREND). 	<ul style="list-style-type: none"> - Lieux de contact et d'accueil de l'utilisateur - Réunions d'utilisateurs (femmes, sortants de prison, malades du sida ou hépatites...) 	<ul style="list-style-type: none"> Adaptation du dispositif aux nouveaux usages et nouveaux produits et action de sensibilisation auprès de groupes cibles. Alerte sur les phénomènes émergents
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Annexe 2 : Liste des acronymes utilisés

AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ANITEA	Association nationale des intervenants en toxicomanie et addictologie
BHD	Buprénorphine haut dosage
CAARUD	Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CEIP	Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance
CIS	Centre d'injection surveillé
CMSEA	Comité mosellan de sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et des adultes
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST	Centre de soins spécialisés pour toxicomanes
DHZ	Drogenhilfzentrum
ETP	Équivalent temps plein
HD	Haut dosage
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
OEDT	Observatoire européen des drogues et des toxicomanies
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
PMI	Protection maternelle et infantile
RDR	Réduction des risques
RVHT	Réseau ville-hôpital toxicomanies
UPD	Usagers problématiques de drogue
UDVI	Usagers de drogue par voie intraveineuse
VHC	Virus de l'hépatite C
VI	Voie intraveineuse
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine