

PROJET ERLI : L'ARGUMENTAIRE CAARUD SIDA PAROLES

1. Problématique	2
1.1. La réduction des risques face à un nouvel adversaire : le virus de l'hépatite C	2
1.2. Les raisons d'une épidémie en pleine expansion	2
1.2.1. Un fort pouvoir de transmission	2
1.2.2. Fréquence des actes à risque et permanence d'exposition aux risques	3
1.2.3. Précocité des contaminations	4
1.2.4. Méconnaissance du statut sérologique des usagers	4
1.2.5. Hépatite C et représentations	4
1.2.6. Méconnaissance du VHC et inconscience des prises de risque	4
1.3. Comment lutter efficacement contre l'épidémie du VHC chez les usagers de drogues actifs ?	5
1.3.1. Salle de consommation : quels enseignements retenir ?	7
1.3.2. Quand les missions rave expérimentent un nouveau dispositif	9
1.3.3. L'engagement de Sida Paroles	10
2. Les objectifs	13
2.1. Objectif stratégique	13
2.2. Objectifs d'intervention	13
3. Population concernée	14
3.1. La gestion des primo injecteurs	14
3.2. La gestion des mineurs	14
3.3. De l'importance de toucher aussi bien les jeunes usagers que les ceux qui consomment depuis déjà plusieurs années et possiblement contaminés par le VHC ?	15
3.3.1. Quel lien entre les jeunes usagers et les plus anciens ?	15
3.3.2. Réduire les risques de surinfection et de re-contamination	16
3.3.3. Réduire les risques liés à l'hépatite C, mais pas seulement...	16
3.3.4. Favoriser l'accès aux soins	17
4. Modalités d'intervention	19
4.1. Le principe d'une éducation pratique et individuelle	19
4.1.1. De l'importance d'une éducation pratique	20
4.1.2. Shoot à blanc ou shoot avec le produit	24
4.2. Les contextes d'intervention et particularités	26
4.2.1. Sur les lieux de vie (appartements, squats, etc.)	27
4.2.2. En boutique	27
4.2.3. Sur l'unité mobile	27
4.3. Les différentes étapes du travail éducatif	27
4.4. Gestion des urgences et conduites à tenir	28
4.4.1. Typologie des urgences médicales rencontrées dans les structures avec local de consommation	28
4.4.2. Fréquence de survenue des incidents médicaux	28
4.4.3. Description des dispositifs médicaux dans les structures avec local de consommation	29
4.4.4. Dispositif médical proposé par le CAARUD Sida Paroles	30
5. L'équipe pédagogique	31

1. PROBLEMATIQUE

1.1. La réduction des risques face à un nouvel adversaire : le virus de l'hépatite C

La politique de réduction des risques (RDR) est née dans l'urgence de l'épidémie de Sida à la fin des années 80. L'émergence de ce concept a profondément modifié les mentalités des soignants. Les usagers ont pris place dans la mise en oeuvre des projets et ont su se mobiliser. Ils ont appris à se protéger et ont largement contribué à la diffusion des messages de prévention. La politique de RDR a ainsi connu un véritable succès avec une chute importante des overdoses (une trentaine de décès par surdose liés à l'héroïne en 2003 contre 500 en 1994) et une baisse des taux de contamination chez les plus jeunes (12% des nouveaux cas de Sida en 2004 contre 36% en 1991. Les usagers de drogues injectables ne représentaient que 2,7% des cas déclarés de nouvelles contaminations entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2004.).¹

L'enquête Coquelicot² souligne ce succès : seuls 10,8% des usagers interrogés en 2004 sont séropositifs au VIH. En revanche, la prévalence du VHC apparaît particulièrement élevée : elle atteint 59,8%. Vingt-huit pourcents des jeunes de moins de 30 ans sont déjà infectés et 71% des usagers de 40 ans et plus. L'épidémie n'est toujours pas sous contrôle. Une RDR qui a fait ses preuves face à l'épidémie de SIDA et qui s'est montrée efficace de manière incontestable rencontrerait-elle les limites de son champ d'intervention ?

1.2. Les raisons d'une épidémie en pleine expansion

Pour comprendre la situation et élaborer des modalités d'intervention pertinentes au regard des objectifs fixés, il est nécessaire de s'arrêter quelques instants sur les facteurs qui entrent en jeu dans la transmission du VHC. Il s'agit en l'occurrence de bien connaître ce virus : ses caractéristiques, ses particularités, notamment par rapport au VIH, son expression clinique, ses modes de contamination au regard des pratiques des usagers. Enfin, il apparaît utile de prendre en compte la perception de ce virus par les consommateurs de drogues sans oublier le contexte particulier environnant où le risque suprême demeure encore le SIDA.

1.2.1. Un fort pouvoir de transmission

Le VHC ne se transmet que par le sang, mais a un pouvoir de contamination 10 fois supérieur au VIH. De plus, il se montre beaucoup plus résistant en dehors du milieu biologique.³ Ainsi, une seringue utilisée par une personne infectée reste contaminante 3 semaines contrairement au VIH qui ne résiste pas à l'air libre.

Crofts et al. ont réuni les données de plusieurs articles pour estimer la probabilité de transmission du VHC comparée à celle du VIH lors d'un emprunt d'une seringue contaminée (Tableau 1).⁴ Ils ont ainsi établi qu'un usager, qui emprunte une seringue, a 150 à 800 fois

¹Données nationales disponibles sur le site Internet de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies : www.ofdt.fr

²Jauffret-Roustide M, Couturier E, Le Strat Y et al. Estimation de la séroprévalence du VIH et du VHC et profils des usagers de drogues, étude InVS-ANRS Coquelicot, 2004. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 2006 ; 33 : 244-247

³ Expertise collective. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. *Hépatites virales. Dépistage, prévention, traitement*. 1997.

⁴ Les valeurs utilisées ont été obtenues par estimation à partir d'études australiennes, mais il est fort probable que nous obtiendrions le même ordre de grandeur avec des estimations françaises. Le rapport de probabilité serait

plus de risque d'être contaminé par le VHC que par le VIH.⁵ Ces résultats rendent bien compte du pouvoir de transmission du VHC.

Tableau 1 : Estimation de la probabilité d'infection du VIH et du VHC suite à la réalisation d'une seule injection avec une seringue qui avait été préalablement utilisée par un usager australien injecteur de drogues dont le statut sérologique est inconnu

	Prévalence estimée chez les usagers de drogues injecteurs (A)	Taux de porteurs du virus (B)	Estimation de la probabilité d'infection après une piqûre accidentelle (C)		Probabilité d'infection (A x B x C)		Rapport des probabilités (VHC/VIH)	
			Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
VIH	2,1%	100%	0,3%	0,4%	0,0063%	0,0084%	155	778
VHC	62,4%	80%	2,7%	10,0%	1,3%	4,9%		

1.2.2. Fréquence des actes à risque et permanence d'exposition aux risques

L'injection est un acte invasif. La forte transmissibilité du virus multiplie les sources d'exposition au VHC. L'environnement a pu être contaminé même si les traces de sang ne sont pas visibles et reste contaminant bien après l'introduction du sang souillé dans le milieu environnant.^{6,7} L'emprunt de seringues n'est donc plus la seule source de contamination, comme dans le cas du VIH. À celle-ci s'ajoute les nombreuses possibilités d'une contamination indirecte lors du partage de matériel de préparation, lors du partage de drogues ou lors de l'entraide entre partenaires :

- Les mains de l'injecteur : pouce qui comprime le point d'injection ;
- Le matériel utilisé pour l'injection : seringue, coton utilisé pour la filtration, cuillère ;⁸
- Tout ce qui a pu être en contact avec du sang contaminé : tampon utilisé pour comprimer le point d'injection, garrot partagé entre les usagers, espace non nettoyé de préparation de l'injection où des usagers se succèdent, verre d'eau dans lequel plusieurs usagers nettoient leur seringue, etc.

Il apparaît clairement que durant toute la trajectoire de l'usager, quel que soit son niveau de consommation (usage, abus ou dépendance) et la fréquence de sa pratique d'injection, le consommateur peut se contaminer et le risque reste très élevé à chaque injection. Seules des conditions de parfaites asepsies (matériel neuf jamais utilisé, injection d'un produit de

sans doute légèrement plus faible puisque la prévalence du VIH, en France, chez les UD se situe autour de 15-20%, mais resterait encore très élevé.

⁵ Crofts N, Aitken CK, Kaldor JM. The force of numbers : why hepatitis C is spreading among Australian injecting drug users while HIV is not. *The Medical Journal of Australia*. 1999 ; 170 : 220-221.

⁶ Bruandet A, Lucidarme D, Decoster et al. Incidence et facteurs de risque de la séroconversion au virus de l'hépatite C dans une cohorte d'usagers de drogue intraveineux du Nord-Est de la France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2005 ; 2 : 7-8.

⁷ Rhodes T, Davis M, Judd A. Hepatitis an dits risk management among drug injectors in London : renewing harm reduction in the context of uncertainty. *Addiction*. 2004 ; 99 : 621-633.

⁸ Thorpe LE, Ouellet LJ, Hershov R et al. Risk of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users who share injection equipment. *American Journal of Epidemiology*. 2002 ; 155 (7) : 645-653.

fabrication pharmaceutique, matériel de préparation stérile) permettraient de maîtriser les risques.⁹

1.2.3. Précocité des contaminations

Les contaminations interviennent tôt, dès les premières années d'injection, voire lors des toutes premières injections. Dès l'initiation à l'injection, les usagers prennent des risques, ils n'ont que peu d'informations et celles-ci peuvent être erronées. Ils expérimentent, apprennent de leurs propres erreurs et n'ont pas de référence fiable.¹⁰ Ils se font fréquemment aidés par des pairs à peine plus âgés qu'eux et possiblement contaminés. Durant la période de début de l'injection, l'utilisateur n'a pas encore recours aux systèmes de soins qui auraient pu présenter une occasion d'intervention pertinente.

1.2.4. Méconnaissance du statut sérologique des usagers

Il existe une méconnaissance des usagers de leur statut sérologique pour le VHC malgré un recours au test fréquent. Ainsi l'étude Coquelicot, par une comparaison entre les données biologiques et les résultats déclaratifs des usagers, révèle que 27% des usagers se déclarent séronégatifs au VHC à tort alors que pour le VIH, les résultats déclaratifs et biologiques sont quasiment concordants : 2% des usagers se déclarent séronégatifs au VIH à tort.¹¹ Des usagers contaminés continuent donc de transmettre le virus sans le savoir et constituent un large réservoir.

1.2.5. Hépatite C et représentations

Il est également important de comprendre la perception du VHC par les consommateurs. Les complications de ce virus sont souvent sous-estimées. L'hépatite C est perçue comme une maladie grave mais pas autant que le SIDA.^{10,12} Comment concevoir qu'une infection avec le même virus puisse être tantôt grave au point de motiver une transplantation hépatique, tantôt tellement bénigne qu'aucun traitement n'est requis ? Par ailleurs, les consommateurs ont bien identifié le SIDA en tant que maladie évitable. Ils redoutent moins les hépatites qui sont considérées comme fatales, inévitables, voire « normales », elles font partie de l'histoire naturelle de la toxicomanie.

1.2.6. Méconnaissance du VHC et inconscience des prises de risque

Les risques sont souvent ignorés des usagers ou mal compris. C'est aussi sans compter les idées fausses qui circulent entre consommateurs sur les risques et les moyens de les éviter (lécher l'aiguille de la seringue avant l'injection, chauffer le mélange détruit les virus et les bactéries, etc.). Une étude qualitative réalisée auprès d'utilisateurs londoniens souligne que les connaissances sur le VHC apparaissent souvent confuses et incertaines.¹³ Les consommateurs, s'ils ont parfaitement saisi l'importance du non partage des seringues, sont beaucoup moins

⁹ Lert F. Peut-on enrayer la transmission de l'hépatite C liée à l'usage de drogue ? *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2006 ; 54 : 1S61-1S67.

¹⁰ David D, Rhodes T, Martin A. Preventing hepatitis C : « Common sense », « the bug » and other perspectives from the risk narratives of people who inject drugs. *Social Science & Medicine*. 2004 ; 59 : 1807-1818.

¹¹ Jauffret-Roustide, *op.cit.*

¹² Rhodes, *op. cit.*

¹³ Rhodes, *op. cit.*

vigilants en ce qui concerne le matériel de préparation à l'injection.¹⁴ Des usagers ont réduit leur cercle de prêt ou d'échange de seringues à des personnes en qui ils ont confiance, mais ils restent moins scrupuleux vis-à-vis du matériel de préparation. Au-delà de la contrainte matérielle, la part symbolique du partage de seringues reste dominante au sein des relations investies affectivement. Même lorsque les injecteurs ont le choix, ils partagent souvent leur seringue comme ils partagent leur vie, leurs drogues, leurs galères dans le couple ou avec un ou deux compagnons.

Les risques peuvent aussi parfois être compris et intégrés mais les comportements des usagers n'ont pas pour autant changé suffisamment pour éviter tout risque de contamination. Les usagers sont bien souvent persuadés d'avoir pris toutes les précautions et il existe un décalage entre les pratiques déclarées et la réalité.

Il est également primordial de tenir compte des situations d'exception où les choix sont réduits (état de manque, présence inattendue de produit, ambiance festive, présence d'une grande quantité de matériels entraînant des confusions sur leurs propriétaires lors des injections en groupe, difficulté d'accès au matériel, etc.).¹⁵ Ces situations entraînent des conduites à risque qui s'opposent souvent aux normes que la personne suit habituellement. Or, malgré la rareté de ces situations et du fait de la forte transmissibilité du VHC, ces pratiques sont à très haut risque de contamination.

1.3. Comment lutter efficacement contre l'épidémie du VHC chez les usagers de drogues actifs ?

Aujourd'hui, avons-nous réellement les moyens d'agir ? Les programmes d'échange de seringues, qui se sont montrés particulièrement efficaces contre le VIH, ne sont pas suffisants dans la lutte contre le VHC. En effet, les messages pour lutter efficacement contre le VIH étaient simples, clairs et percutants (« *Un shoot = une seringue* »), il n'en est pas de même pour le VHC. La distribution massive de matériel est toujours un préalable indispensable, mais réduire les risques de transmission du VHC nécessite un apprentissage beaucoup plus fin et subtil. C'est un nouveau transfert de savoirs où il ne s'agit pas seulement d'apprendre mais surtout de comprendre pour se réapproprier ces nouveaux savoirs et pouvoir les appliquer à ses propres pratiques.

Comment et où acquérir ces compétences et savoir-faire particuliers ? Comment les valider ? Auprès de qui ?

Les usagers n'ont que peu de sources d'information fiables et validées. Ils expérimentent, partagent leur vécu avec d'autres usagers, se forment leurs propres opinions : c'est un savoir empirique composé parfois de mythes. Les intervenants y font face, tentent des démonstrations, avancent des éléments en faveur de pratiques à moindre risque. Les habitudes ont la peau dure, d'autant plus lorsqu'elles ont été éprouvées par les usagers eux-mêmes, depuis longtemps, transmises entre pairs dans un contexte où le Sida demeure l'adversaire le plus redouté. Il s'agit de convaincre, de connaître la pratique de l'Autre pour y appuyer son explication.

¹⁴ Thorpe, *op. cit.*

¹⁵ Aubisson S, Carrieri P, Lovell AM, Ben Diane MK, Pertti-Watel P, Spire B. Quels nouveaux outils pour prévenir et évaluer les pratiques à risque chez les injecteurs de drogue face au VHC ? Réflexions sur les salles d'injection et les outils de mesure des prises de risques. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2006 ; 54 : 1S69-1S75.

Lorsque l'injection se poursuit, il s'agit sans doute d'inventer et d'expérimenter de nouveaux outils et stratégies de soins et d'éducation pour la santé. Pourquoi ne pas aller plus loin ? Oser poser son regard au plus près des consommations ? Réduire les risques implique une bonne connaissance des pratiques de l'Autre. Et ce n'est qu'avec lui que nous pourrions construire ensemble de nouvelles stratégies. Se situer au « cœur » des pratiques de consommation permet de mieux prendre en compte la réalité des usages, des contextes de vie des personnes. Cela nécessite d'aller à la rencontre des personnes qui consomment des drogues, qui prennent des risques, qui s'initient, observer leurs modes d'apprentissage, s'adapter et faire preuve avant tout de pédagogie dans toutes ces circonstances.

Huit pays ont décidé de développer ou d'expérimenter des salles de consommation, certains depuis la fin des années 80.^{16,17,18} Ces expériences sont bien documentées et souvent évaluées.^{19,20,21,22} Un premier bilan peut être dressé, nous orientant dans le choix des modalités d'intervention qui se montreraient les plus pertinentes au regard de notre contexte et de notre problématique.

¹⁶Hedrich D. *European report on drug consumption rooms*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, février 2004

¹⁷Huissoud T, Samicta S, Arnaud S, Zobel F, Dubois-Arber F. *Contribution à la réflexion sur l'apport de mesures de traitement et de réduction des risques en complément au dispositif actuel : programme de prescription d'héroïne, local d'injection*. Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive, Lausanne, 2006

¹⁸ Stimson G, Strang J, Wright N. *The report of the independent working group on drug consumption rooms*. Joseph Rowntree Foundation. 2006

¹⁹ Benninghoff F, Solai S, Huissoud T, Dubois-Aber F. *Évaluation de Quai 9 « Espace d'accueil et d'injection » à Genève. Période 12/2001 – 12/2002*. Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne, Lausanne 2003.

²⁰ Solai S, Benninghoff F, Meystre-Augustoni G, Jeannin A, Dubois-Aber F. *Évaluation de l'espace d'accueil et d'injection « Quai 9 » à Genève. Deuxième phase 2003*. Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne, Lausanne 2004.

²¹ Kaldor J, Lapsley H, Mattick RP, Weatherburn D, Wilson A. *MSIC Evaluation Committee. Final report of the evaluation of the Sydney medically supervised injecting centre*. 2003

²² De nombreux documents et articles faisant références à la salle de Vancouver ont été publiés dans divers périodiques, notamment parce qu'une étude de cohorte (SEOSI) a été mise en place dès l'ouverture de la salle. Quelques références d'une liste non exhaustive :

- Wood E, Kerr T, Lloyd-Smith and al. *Methodology for evaluating Insite : Canada's first medically supervised safer injection facility for injection drug users*. *Harm Reduction Journal*. 2004 ; 1 : 9.
- British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. *Evaluation of the Supervised Injection Site. Year One Summary*. Septembre 17, 2004.
- Wood E, Tyndal MW, Stoltz JA et al. *Safer injecting education for HIV prevention within a medically supervised safer injecting facility*. *International Journal of Drug Policy*. 2005; 16: 281-284.
- Tyndall MW, Wood E, Zhang R et al. *HIV seroprevalence among participants at a supervised injection facility in Vancouver, Canada : implication for prevention, care and treatment*. *Harm Reduction Journal*. 2006 ; 3 (36)
- Wood E, Tyndall MW, Zhenguo Q et al. *Service uptake and characteristics of injection drug users utilizing North America's first medically supervised safer injecting facility*. *American Journal of Public Health*. 2006; 96 (5): 770-773
- Wood RA, Wood E, Lai C et al. *Nurse-delivered safer injection education among a cohort of injection drug users: evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility*. *International Journal of Drug Policy*. 2008. Article in Press

1.3.1. *Salle de consommation : quels enseignements retenir ?*

Les structures avec local de consommation sont des structures à bas seuil d'accessibilité où les UD peuvent consommer des substances psychotropes dans des conditions d'hygiène et de sécurité meilleures que celles qu'ils pourraient trouver ailleurs, y compris à leur domicile, sous la supervision d'une équipe médicale.

➤ Un objectif de réduction des troubles à l'ordre public

Le contexte d'implantation des salles d'injection déjà existantes est bien particulier et ne correspond pas au contexte français de la toxicomanie. En effet, un des objectifs principaux de ces dispositifs est de réduire l'usage de drogues dans les espaces publics ainsi que les nuisances qui y sont associées (violence, présence de matériel souillé, etc.). Cet objectif de sécurité publique est tout autant important que celui de santé publique qui vise à réduire la mortalité, notamment par overdose, et la morbidité liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse. Ainsi, les salles de consommations ont été implantées dans des quartiers particulièrement exposés au problème de drogues, lieu de deals et scène ouverte de consommation, ouverture de *shooting galleries* illégales, quartiers associés à la prostitution ou aux jeux.

Les salles de consommation permettent donc de réduire les risques immédiats de l'injection, notamment au niveau des overdoses et d'améliorer l'état de santé des usagers les plus à risque. Plusieurs études indiquent qu'ils répondent à leurs objectifs au regard de leur problématique et de leur contexte d'implantation. Néanmoins, l'impact de ce type de dispositifs sur la transmission du VHC n'a pas encore pu être démontré, des travaux supplémentaires seraient nécessaires.

Quelques exemples :

- Au Pays-Bas, les salles se sont développées suite à l'initiative de résidents des quartiers les plus exposés et de la police, soutenues par les autorités locales.
- En Allemagne, les actions ont davantage été portées par les professionnels du champ socio-sanitaire, souvent en collaboration avec les usagers de drogues. À Hambourg et Rotterdam, les dispositifs ont été ouverts dans le dessein précis d'aider les travailleurs du sexe qui consomment de la drogue, dont la plupart sont des femmes.
- En Australie, Kings Cross, où a été implantée la salle, est réputé pour être un des plus larges marchés de la drogue depuis les années 60.
- À Vancouver, Down Town Eastside est le quartier le plus pauvre du Canada.

➤ Une population très ciblée

Le public cible de ces dispositifs est souvent bien défini. Il s'agit d'usagers de longue date (usagers qui injectent des drogues depuis une dizaine d'années en moyenne avec une moyenne d'âge de plus de 30 ans), les plus précarisés, en particulier ceux qui consomment dans l'espace public. Les jeunes usagers de moins de 20 ans ou avec un usage de drogues récents de quelques années sont peu courants. Il s'agit principalement d'usagers ayant un usage chronique, qui injectent de une à plusieurs fois par semaine à une à plusieurs fois par jour.

☞ Quelques exemples :

Certains pays, comme l'Allemagne ou les Pays-Bas, ont des critères d'inclusion parfois très exclusifs :

- Usagers dépendants qui ne sont pas sous traitement de substitution (les usagers récréatifs ou qui expérimentent l'injection sont exclus)
 - Travailleurs du sexe, pour la majorité des femmes
 - Immigrés illégaux
 - Résidents locaux
 - Mise en place des cartes nominatives, dont le nombre est limité. L'identité et le casier judiciaire des usagers sont régulièrement vérifiés par les services de police. Si un usager ne se présente pas à la salle durant plusieurs semaines successives, sa carte d'accès lui est retirée.
- Une éducation individuelle de l'injection à moindre risque qui n'est pas systématique

Les structures avec local de consommation disposent dans une même salle de plusieurs boxes pouvant accueillir au même moment de 3 à 16 usagers, suivant les villes et les pays. Un infirmier est toujours présent dans la salle pour assurer la supervision médicale. Il est parfois accompagné d'un second infirmier ou d'un conseiller ou travailleur social. Ces intervenants peuvent être sollicités par les usagers à tout moment. Cependant, il apparaît clairement que le ou les intervenants ne peuvent superviser tous les gestes de chacun des usagers présents. Comment dans ce cas, s'assurer de l'utilisation correcte du matériel ? Comment réaliser un travail individuel d'éducation à la santé ? Celui-ci peut avoir lieu, mais ne peut être systématique.

☞ Quelques exemples :

- Le rapport de la première évaluation de l'espace Quai 9 à Genève souligne cette contrainte. La structure dispose de 6 postes. Un infirmier est présent en permanence, il peut être soutenu par un intervenant dit « volant » qui peut renforcer chacun des postes existants (accueil, salle d'injection, salle de repos) : « *Quand les six postes sont occupés, il devient difficile pour l'intervenant de tout contrôler, ce poste apparaît donc rapidement comme surchargé, comportant un rôle de gestionnaire et d'arbitrage avant tout. Il est par conséquent difficile d'y ajouter des messages de prévention en s'assurant qu'ils sont entendus.* »
 - Les chiffres du monitoring de la salle de Sydney révèlent également cet aspect. Lors des 18 mois de l'expérimentation, 56 861 injections ont été réalisées. Un quart d'entre elles (13 656) ont conduit à un soin dont près de la moitié (7 732) correspondait à un conseil sur l'injection et la préservation du capital veineux.
- Un temps de présence souvent réduit à l'essentiel

Les usagers doivent parfois patienter quelques instants avant d'entrer dans la salle de consommation. Une fois en salle, les usagers se concentrent sur leur consommation. Des conseils peuvent y être prodigués, mais l'objectif premier reste la consommation de leur produit. Le temps passé au sein de la salle est en moyenne de 30 minutes. Il peut être plus bref lors de l'injection de cocaïne, autour de 15 minutes.

👉 Quelques exemples :

- Dans la structure Quai 9 à Genève, la majorité des injections s'effectue en un quart d'heure ou moins (de 80 à 89% des injections).
- À Sydney, la durée moyenne d'une visite est de 28 minutes : 2 minutes à la réception, 12 minutes dans la salle d'injection et 14 minutes dans l'espace post-injection.

➤ Quelle prise en compte des réelles pratiques des usagers ?

Les règles de fonctionnement des structures avec local de consommation sont extrêmement claires et strictes. Tous les produits ne sont pas acceptés, certains sites d'injection jugés trop à risque sont proscrits, le partage de drogues est interdit et la plupart du temps, l'aide entre usagers est également refusée. Ainsi, si un travail éducatif a lieu, tient-il réellement compte de la pratique la plus courante de l'utilisateur ? Où l'utilisateur peut-il apprendre à vraiment réduire les risques liés à SA pratique ?

Ces dispositifs restent intéressants et novateurs et nous apportent des éléments de réflexion. Pourtant, d'autres champs méritent d'être explorés et des questions restent en suspens : qu'en est-il des jeunes consommateurs ? Qu'en est-il des usagers qui débutent l'injection ? De ceux qui ne consomment qu'occasionnellement ? Aujourd'hui, ces dispositifs ou ceux mis en œuvre en France assurent-ils une éducation personnalisée qui semblerait la plus appropriée dans la lutte contre la transmission du VHC ? Finalement, le dispositif d'une salle de consommation est-il réellement adapté à nos contextes d'intervention, à notre problématique où l'acquisition d'un savoir-faire particulier demeure le point fondamental ? D'autres modes d'intervention sont-ils possibles ? Lesquels ? Si le concept des « salles de consommation » n'a pas pu se développer jusqu'ici en France, n'y a-t-il pas des alternatives, en termes de moyens qui permettent d'atteindre les objectifs de santé publique ?

1.3.2. Quand les missions rave expérimentent un nouveau dispositif

Les missions Rave de Médecins du Monde se sont retrouvées confrontées relativement tôt à la question de l'accompagnement à l'injection, notamment au cours des teknivals. Bien que la pratique de l'injection soit perçue, à l'origine, comme négative et stigmatisante par le milieu festif techno, elle devient, si ce n'est de plus en plus courante, de plus en plus visible. La mise à disposition de kits d'injection stérile et de matériel relatif à l'injection a souvent été source de polémique avec les teufeurs. Pourtant les demandes de matériels se sont accrues d'année en année et des demandes d'accompagnement à l'injection ou d'espace dédié à cette pratique ont émergé. Les Missions Rave ont tout d'abord accepté, de manière exceptionnelle, d'accompagner les usagers les plus en difficulté. Il ne s'agissait pas de proposer une salle d'usage, ni d'injection mais de répondre ponctuellement à des situations critiques ou d'urgence tant il semblait que les personnes rencontrées s'injectaient dans des conditions particulièrement désastreuses. Il est utile de rappeler que la plupart des événements se déroulent en extérieur parfois dans des conditions particulièrement difficiles :

- Conditions climatiques pénibles (froid, pluie, vent, boue, poussière...);
- Les points d'eau nécessaire à une hygiène correcte sont rares ;
- La nuit, les sources de lumière sont essentiellement regroupées sur les dance floor ou dans les véhicules ;
- La structuration de l'espace n'offre pratiquement aucune intimité si ce n'est celle des

véhicules ou des tentes ;

- Le caractère festif, la durée de l'événement et la disponibilité de substances peuvent inciter à l'usage, y compris intraveineux, des personnes peu expérimentées.

Ainsi, dans un premier temps, quelques intervenants déterminés et formés à la pratique de l'injection ont permis l'accès à un lieu offrant des conditions minimales de salubrité avec un éclairage correct et adapté à la pratique de l'injection à moindre risque.

Jusqu'à la fin 2002, il s'agissait encore d'une file active peu nombreuse de 10 à 20 personnes maximum. À partir de 2004, la demande a augmenté et les équipes ont décidé de formaliser leurs pratiques et de définir un protocole d'intervention.

Eric Aubert, médecin bénévole à la mission Rave Paris et Pascal Perez, éducateur spécialisé, intervenant de Sida Paroles et bénévole au sein de la même mission ont rédigé en juillet 2005 un premier document argumentant de l'utilité de l'accompagnement individuel des usagers injecteurs de drogues.²³ Ce document fut complété en 2006 par un protocole d'intervention définissant également les éléments à relever et les données à recueillir afin d'assurer une évaluation du dispositif, ou du moins sa documentation. Dans le cadre d'un Diplôme d'Etudes Supérieures d'Université « Toxicomanies : alcool, tabac et autres addictions », Renaud Delacroix, éducateur spécialisé à AIDES, a rejoint l'équipe des Missions Rave et a approfondi la réflexion sur l'intérêt d'un dispositif d'éducation à l'injection dans le but de modifier les pratiques des injecteurs.²⁴ Ainsi il souligne que *« l'intervenant, en acceptant d'accompagner l'injection, ne banalise pas cette pratique, mais aide à en parler. Cette parole peut aider au changement. »* En effet, accepter de voir les pratiques de l'usager telles qu'elles sont permet de créer un réel espace de parole libre de tout jugement et assure les conditions d'un travail éducatif. Il ne s'agit pas de *« souscrire à un geste aussi risqué mais de tenter d'en réduire les méfaits, préservant ainsi la vocation d'éducation à la santé. »*

Cette stratégie d'intervention suscite un réel intérêt. Le bilan de l'action 2006 révèle que des usagers ont pu renoncer à leur injection sur site, certains, suivis pendant plusieurs mois après le Teknival par les intervenants de terrain, notamment Pascal Pérez, ont réellement modifié leur pratique : passage d'un point d'injection à moindre risque (abandon de l'injection dans la jugulaire), adoption du Stérifilt®, renoncement à l'injection, sevrage, etc. Cette stratégie mérite donc d'être poursuivie au vu de ce bilan prometteur. Elle est définitivement validée par le Conseil d'Administration de Médecins du Monde le 6 avril 2007. Après une expérimentation en milieu festif, il s'agit désormais d'adapter le dispositif à un autre contexte d'intervention, notamment au milieu urbain à partir de structures déjà existantes telles que les CAARUD. Le milieu festif techno a permis aux Missions Rave d'expérimenter de nouvelles approches de RDR (documentation de la clinique hallucinée, développement de l'analyse des drogues ou de l'éducation à l'injection), il paraît, aujourd'hui, indispensable qu'un transfert de ces savoir-faire puisse s'opérer.

1.3.3. L'engagement de Sida Paroles

L'association Sida Paroles, créée en 1993, est devenue CAARUD le 1^{er} janvier 2006. Dans ce cadre et pour répondre à son objectif de réduction des risques liés aux usages de drogues, elle développe différentes activités :

²³ Aubert E, Pérez P. *Accompagnement à l'injection : accompagnement pragmatique à l'injection de produits au cours d'événements festifs techno*. Médecins du Monde – Mission Rave, juillet 2005

²⁴ Delacroix R. *Accompagnement à l'injection*. Mémoire présenté dans le cadre de l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées d'Université « Toxicomanies : alcool, tabac et autres addictions », Université Paris VIII, 2006

- Les programmes mobiles : échange de seringues, travail de rue ou sur le site de l'Université de Nanterre, consultations jeunes consommateurs de produits psychoactifs ;
- La boutique : lieu d'accueil proposant différents pôles (sanitaire, social et éducatif, psychologique) ;
- Des activités diverses de formation, de réalisation d'enquêtes et en centre de détention.

En 2006, l'association estime sa file active aux alentours de 200 personnes, les injecteurs représentant 26,5% de la population des usagers de la boutique.²⁵ Selon l'enquête ENA-CAARUD réalisée au sein de la structure du 20 au 26 novembre 2006, l'injection est le mode de consommation privilégié, les produits les plus consommés étant par ordre décroissant l'héroïne, la cocaïne, l'alcool et le cannabis.²⁶

Sida Paroles est un partenaire fort de la Mission Rave & Squat Paris. Près de la moitié de l'équipe salariée a travaillé ou travaille bénévolement au sein de la mission, notamment Valère Rogissart responsable de la Mission Rave de 1999 à 2006 et actuel directeur de Sida Paroles, Benoît Delavault qui a pris sa suite en tant que responsable de mission et actuel chef de service et responsable des équipes mobiles, enfin Pascal Pérez, éducateur spécialisé et initiateur du projet d'éducation à l'injection en milieu festif techno. Aujourd'hui, ces intervenants souhaitent exploiter leurs savoir-faire acquis en milieu festif et les transposer dans leur cadre d'intervention du département des Hauts-de-Seine.

Comme la plupart des boutiques et actions de premières lignes, l'association se retrouve continuellement confrontée à des demandes d'accompagnement à l'injection de la part des usagers sur l'unité mobile ou sur les lieux de vie. L'intervenant se retrouve alors dans une position délicate. Comment gérer ces demandes ? Quelle position adopter ? A contrario, des injections ont parfois lieu dans les murs de la boutique contrairement aux règles définies par les structures. Ces pratiques d'injection cachées se tiennent souvent dans les toilettes, un espace qui est loin d'être adapté à de telles pratiques. Ces dernières sont souvent réfutées par les usagers eux-mêmes et les discussions à leurs propos restent difficiles. Dans cet autre cas, comment faire pour sortir de la clandestinité et ouvrir un espace de parole autour de la pratique de l'injection ?

Enfin, si l'éducateur est témoin des réelles pratiques de l'utilisateur, nous découvrons souvent qu'elles sont éloignées de ses déclarations, consciemment ou inconsciemment faussées par l'utilisateur. En effet, certains rituels ancrés depuis des années dans la pratique de l'utilisateur sont de véritables automatismes dont il n'a plus conscience. Il peut sincèrement croire mettre en pratique un conseil de RDR alors qu'il n'en est rien ou en partie seulement.

Comment passer d'une dimension théorique d'un transfert de savoir à la réalité des difficultés de leurs mises en pratique ?

L'association Sida Paroles souhaite inculquer aux usagers une réelle culture de la RDR et les aider à développer des compétences qui leur permettront de construire leurs propres aptitudes à se protéger et à prendre soin de leur santé. Nous pensons atteindre cet objectif à travers l'éducation des usagers aux risques liés à l'injection. Qu'entendons nous par le terme « d'éducation » en référence au concept d'éducation pour la santé ?

Nous faisons ici référence au concept d'éducation pour la santé qui s'inscrit dans une dynamique de promotion de la santé telle que définit par la Charte d'Ottawa. La Charte francilienne à l'intention des acteurs en éducation pour la santé, élaborée dans le cadre de la

²⁵Sources: statistiques Sida Paroles issues du rapport d'activité 2006

²⁶Ena-CAARUD, « Enquête Nationale Usagers des CAARUD » développée par l'OFDT

mise en place du schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS), précise certains éléments qui nous semblent primordiaux de rappeler :

« Tout intervenant accompagne la personne dans une démarche promotionnelle de sa santé, en veillant au respect de ses choix de vie, sans préjugés, ni jugements. »

(...)

« La promotion de la santé (définie dans la Charte d'Ottawa) a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et de moyens pour l'améliorer.

La démarche en éducation pour la santé se veut participative, pédagogique et communautaire (...) »

« Tout intervenant tient compte, dans toutes leurs dimensions, du projet de vie de la personne et de son environnement.

Afin de favoriser une dynamique de changement, toute action doit répondre aux besoins de la personne dans sa globalité. »

L'éducation pour la santé est un processus pédagogique où les compétences des professionnels et celles des usagers s'entrecroisent. Il permet aussi d'appréhender les représentations de chacun et aboutit à l'élaboration de nouvelles compétences. C'est une démarche d'accompagnement de l'utilisateur afin qu'il soit en capacité de faire un choix personnel et éclairé. Il s'agit d'un partage de savoir où les choix de la personne sont respectés tout en tenant compte des priorités médico-sociales de l'équipe professionnelle.

L'éducation se définit par l'acquisition de savoirs, savoir-faire et savoir-être. Le passage d'un niveau de compétences à un autre nécessite au préalable la maîtrise de certains concepts et connaissances. Il ne s'agit finalement pas simplement d'apprendre mais surtout de comprendre. C'est à cette condition qu'une mise en pratique des acquis est envisageable permettant à l'utilisateur de s'adapter à son contexte de vie et à son environnement. Cet apprentissage à étapes s'inscrit dans une démarche d'autonomisation de la personne : lui permettre de se protéger par elle-même, pour elle-même et les autres, à partir de ses propres moyens et, d'éventuellement, transmettre ces savoirs à son entourage.

Pour développer une telle approche, il est indispensable de croire en la capacité d'apprentissage des usagers. Ils ont su nous le démontrer avec force lors de l'épidémie de Sida. L'acquisition de tout savoir nécessite du temps, de la discipline, du travail et des efforts. Cela l'est d'autant plus dans la lutte contre la transmission du VHC qui fait appel à un apprentissage minutieux. L'éducateur aura pour tâche d'accompagner l'utilisateur dans cet enseignement, de le conseiller, de le reprendre si nécessaire et d'expliquer. Dans ce dessein, l'éducateur se doit de connaître les pratiques de l'utilisateur, il devra décortiquer chaque geste, en évaluer les risques et chercher à l'éveiller au questionnement, à la remise en cause, au développement de son esprit critique, au développement de son habileté à réduire les risques. C'est le temps de la confrontation du réel au déclaratif qui nous sert de support à un travail éducatif très riche.

2. LES OBJECTIFS

2.1. Objectif stratégique

Réduire les conséquences négatives liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse (problèmes infectieux (VIH et VHC notamment), overdoses, détérioration du capital veineux, etc.) en Ile-de-France par l'éducation individuelle et pratique aux risques liés à l'injection de drogues

2.2. Objectifs d'intervention

- Favoriser l'ouverture d'un dialogue sur les pratiques de l'injection et entrer en contact avec les usagers les plus à risque : les consommateurs qui débutent l'injection, et les consommateurs les plus marginalisés qui sont peu ou pas en lien avec des structures médico-sociales
- Promouvoir la santé des consommateurs de drogues en renforçant leurs capacités à adopter des comportements de prévention, c'est-à-dire :
 - Améliorer les savoir et savoir-faire des consommateurs concernant l'injection et les risques inhérents
 - Interagir sur leurs représentations et faire évoluer leur perception des risques
 - Promouvoir l'utilisation d'autres modes de consommation à moindre risque que ceux liés à l'injection (renoncement à l'injection, recours au sniff, à l'inhalation, accompagnement de l'usager à l'arrêt de sa consommation, etc.)
- Repérer les pratiques à risques et les facteurs de vulnérabilité, en assurant une veille sur les pratiques, les produits et les modes de consommation lors des accompagnements
- Favoriser l'inscription ou la réinscription des consommateurs dans une démarche de soins et orienter les consommateurs vers des structures de prise en charge sanitaires et sociales

3. POPULATION CONCERNEE

Les consommateurs de drogues par voie intraveineuse quels que soient leurs profils de consommation (usage, abus, dépendance)

Le projet ERLI a pour objectif de développer une réelle culture de la RDR auprès des usagers de drogues, quels qu'ils soient (consommateurs réguliers ou non, qui injectent des drogues fréquemment ou non), quelle que soit leur histoire de consommation (consommation récente ou plus ancienne). C'est à cette condition, qu'il nous semble possible de modifier les comportements de prévention des usagers (notamment vis-à-vis de l'hépatite C, mais pas seulement) et d'interagir au mieux sur leurs représentations en les confrontant à leurs pratiques. Avant d'étudier le lien possible entre les usagers expérimentés et les plus jeunes ou ceux qui débutent l'injection, il nous paraît nécessaire de préciser notre attitude vis-à-vis des primo injecteurs et des mineurs, usagers particulièrement à risque mais dont la gestion n'est pas sans poser de questions.

3.1. La gestion des primo injecteurs

Il paraît important qu'un injecteur garde le souvenir de son entière responsabilité et de son choix de consommation. Les primo injecteurs sont des personnes qui suscitent un intérêt particulier car elles s'exposent à un risque élevé de contamination infectieuse, notamment au regard du VHC.²⁷ La personne qui souhaite réaliser sa première injection sera reçue par l'équipe, un entretien poussé aura lieu afin d'envisager un travail appuyé de renoncement à l'injection.

3.2. La gestion des mineurs

Les personnes mineures nécessitent une attention particulière et accrue. Elles sont souvent au début de leurs pratiques, ont peu de connaissance et présentent des prises de risques importantes tout comme les primo injecteurs. Même si l'éventualité de rencontrer des mineurs paraît peu importante, cette situation ne doit pas être négligée. Le 7^{ème} rapport national du dispositif TREND (Tendance Récente et Nouvelles Drogues) de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) évoque deux types de profil d'usagers injecteurs dont des jeunes vivant dans des conditions de grandes précarités. Certains d'entre eux initieraient l'injection très tôt dans leur parcours de consommation.²⁸ Ainsi, si une personne mineure ou supposée mineure se présente (rappel : **afin de respecter l'anonymat des usagers, aucune pièce d'identité n'est demandée**), elle sera reçue pour un entretien.

²⁷Lert, *op. cit.*

²⁸Cadet-Tariou A, Gandilhon M, Toufik A, Evrard I. *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2005. Septième rapport national du dispositif TREND*. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Janvier 2007

3.3. De l'importance de toucher aussi bien les jeunes usagers que les ceux qui consomment depuis déjà plusieurs années et possiblement contaminés par le VHC ?

3.3.1. Quel lien entre les jeunes usagers et les plus anciens ?

Peu d'informations sont disponibles concernant les jeunes usagers ou ceux qui s'initient à l'injection. Ce sont des populations qui restent peu accessibles alors qu'elles sont la cible privilégiée des actions de RDR. Comment atteindre ces populations cachées ?

Le lien entre ces jeunes usagers que nous souhaitons atteindre et des usagers âgés de 30 à 40 ans (usagers rencontrés dans les CAARUD) n'apparaît pas des plus directs. En effet, les acteurs de terrain observent souvent que les plus jeunes sont peu en contact avec les usagers les plus visibles, les plus accessibles et les plus âgés. Leurs codes, leurs attitudes diffèrent.

Pourtant des liens doivent perdurer puisque le taux d'incidence du VHC chez les usagers de drogues ne se modifie pas et reste toujours aussi élevé. Plusieurs études françaises et étrangères révèlent que les usagers s'initient souvent entre eux ou par des pairs à peine plus âgés qu'eux.^{29,30,31} La dynamique de contamination doit donc probablement se faire de proche en proche. La chaîne de liaison entre les usagers n'est pas directe, mais comporte une multitude de niveaux et d'interrelations. D'autant plus qu'il suffit d'une fois, le VHC ayant un pouvoir de transmission important. Des contacts brefs, inhabituels, lors de rencontres d'exception suffisent.

Une étude française réalisée à Marseille à la fin des années 90 soulignait les influences des réseaux sociaux, c'est-à-dire les ensembles de liens directs et indirects entre des personnes, sur les prises de risque des usagers.³² Les chercheurs de l'étude précisaient qu'il ne suffisait pas de s'intéresser à l'échelle individuelle des prises de risque, mais qu'il fallait tout autant prendre en compte les interrelations entre les groupes d'individus.

Aucun schéma n'est figé ou unique. Les pratiques évoluent rapidement, il apparaît important de s'attacher à les étudier pour mieux comprendre la manière dont les messages, les informations ou les pratiques se diffusent au sein d'une population et à travers différents groupes d'individus.

Les acteurs de la mission Rave & Squat de Médecins du Monde sont désormais familiers et utilisent régulièrement la porosité du milieu dans lequel ils travaillent. Les informations se transmettent de bouche à oreille, par capillarité, tout peut se savoir, y compris d'un groupe d'individus à un autre alors qu'ils ne partagent pas les mêmes intérêts.

²⁹Roy E, Haley N, Leclerc P, Cédras L & Boivin JF. Drug injection among street youth : the first time. *Addiction*. 2002. 97 (8) : 1003-1009.

³⁰Varescon I, Vidal-Trécan G, Gagnière B, Christoforov B, Boissonnas A. Prises de risques lors de la première injection intraveineuse de drogue. *Annales de Médecin Interne*. 2000. 151 (suppl. B) : B5-B8.

³¹Novelli L, Sherman SG, Havens JR, Strathdee SA, Sapun M. Circumstances surrounding the first injection experience and their association with future syringe sharing behaviors in young urban injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*. 2005. 77 : 303-309.

³²Pour de plus amples informations, veuillez consulter le chapitre « *Les sources sociales du risque. Rôle des réseaux sociaux et du capital social sur les pratiques des injecteurs de drogues.* » rédigé par Lovell AM, issu du livre « *Villes et toxicomanies. De la reconnaissance à la prévention.* », sous la direction de Joubert M, Giroux-Arcella P et Mougin C. Editions érès 2005.

3.3.2. Réduire les risques de surinfection et de re-contamination

Plusieurs études révèlent que des cas de surinfection par des génotypes différents du virus de l'hépatite C ou des cas de re-contamination après un premier traitement efficace sont possibles.

Le Dr Aknine, médecin responsable du CSST Gainville de l'hôpital d'Aulnay-sous-Bois, révèle le cas clinique d'un patient infecté successivement par deux génotypes différents du VHC.³³ Sa réinfection est due à des écarts d'injection de produits avec partage de matériel (coton, cuillère).

Par ailleurs, une équipe américaine a suivi une cohorte de jeunes usagers de drogues sur une période de 12 mois.³⁴ Ils ont prélevé et analysé des échantillons de plasma auprès de 25 usagers infectés par le VHC. Ils ont ainsi découvert que 5 usagers étaient en situation de surinfection (2 usagers étaient infectés par des génotypes différents et 3 autres étaient infectés par des génotypes identiques mais de souche divergente).

Enfin, une équipe australienne a estimé l'incidence des primo-infections par le VHC et des cas de re-contaminations au sein d'une cohorte d'usagers de drogues.³⁵ L'incidence des primo-infections a été estimée à 17/100 personnes années (Intervalle de confiance à 95% : 14-20/100 personnes années). Celle des cas de re-contamination a été estimée à 31/100 personnes années (Intervalle de confiance à 95% : 17-62/100 personnes années).

Il s'agit donc d'être vigilant. De nombreux usagers sous traitement de substitution continuent à s'injecter des drogues, y compris de manière occasionnelle. Or, comme nous l'avons déjà rappelé, le VHC ayant un pouvoir de transmission élevé, des situations d'exception restent à haut risque de contamination. Dans ces situations, un travail d'éducation à l'injection paraît des plus pertinents y compris avec des usagers qui injectent des drogues depuis une dizaine d'années.

3.3.3. Réduire les risques liés à l'hépatite C, mais pas seulement...

Le projet ERLI a pour objectif de réduire les conséquences négatives liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse. Le VIH et le VHC sont les risques infectieux les plus souvent évoqués alors qu'il en existe bien d'autres. Les agents infectieux (virus, bactéries, ou champignons) concernés par les pratiques de l'injection peuvent entraîner des infections localisées ou des maladies généralisées, des infections bénignes ou mettant en jeu le pronostic vital. Ces risques infectieux ne sont pas rares et ne doivent pas être négligés, ils persistent à chaque injection.

- Abscesses cutanés pouvant se compliquer en septicémie avec risque d'endocardites, de méningites, d'abcès du cerveau ou abcès pulmonaires, de pleurésie, etc.
- Cellulites
- Veinites
- Candidoses systémiques (ostéo-articulaires ou oculaires)
- Thromboses, notamment en cas de mauvaise filtration de la préparation, avec risque de phlébites

³³Aknine X. À propos d'un patient infecté successivement par deux virus de l'hépatite C. *Le Courrier des Addictions*. 2002 ; 4 (2) : 73.

³⁴Herring BL, Page-Shafer K, Tobler LH, Delwart EL. Frequent hepatitis C virus superinfection in injection drug users. *Journal of Infectious Diseases*. 2004 ; 190 (8) : 1396-1403.

³⁵Micallef JM, Macdonald V, Jauncey M et al. High incidence of hepatitis C virus reinfection within a cohort of injecting drug users. *Journal of Viral Hepatitis*. 2007 ; 14 (6) : 413-418.

Réduire la fréquence de survenue de ces complications permet de préserver le capital veineux des usagers. Or ceci est primordial afin d'éviter qu'ils n'injectent dans des parties du corps plus à risque (injections dans les jambes et les pieds, dans l'aîne, utilisation de la jugulaire).

C'est aussi sans compter les risques d'overdoses ou de surdoses. Il s'agit donc d'éduquer l'utilisateur et de l'aider à prendre soin de sa santé.

Les usagers, y compris ceux qui injectent depuis plusieurs années, entretiennent de mauvaises pratiques dont ils n'ont même plus conscience. D'ailleurs, ce sont souvent les usagers dont les comportements sont les plus difficiles à faire évoluer, étant persuadés de pratiquer les gestes à moindre risque. Les risques existent donc toujours, ils sont souvent majorés par les erreurs commises par les usagers et sous-estimés dans leurs conséquences.

3.3.4. Favoriser l'accès aux soins

Il est désormais admis, et de nombreuses études l'ont mis en évidence, que les programmes de réduction des risques de première ligne (boutiques, programmes d'échanges de seringues) ont un effet positif sur l'identification des problèmes de santé et constituent un point d'accès aux soins et à l'aide sociale. Ainsi, toute action qui favorise l'établissement et le maintien d'un lien avec l'utilisateur, favorise leur orientation vers le réseau social et sanitaire et améliore leur prise en charge. L'intervenant, devenant l'allié de leur questionnement, les aide à sortir de la clandestinité pour intégrer le système de soins.

Il en est de même pour le programme ERLI. Celui-ci favorise l'accès aux traitements de substitution, aux dépistages, aux vaccinations (hépatite B, tétanos), mais aussi aux traitements des maladies infectieuses (VIH, hépatites). Ce dernier point nous semble important pour améliorer le niveau de prise en charge des usagers infectés par le VHC. En effet, l'accès aux soins en cas de positivité au VHC semble très faible. Le dépistage et la prise en charge de l'hépatite C est un réel problème. Le programme ERLI permet notamment de jouer sur les représentations des usagers vis-à-vis du VHC. Les usagers n'ont pas le sentiment d'être malade puisque la maladie est asymptomatique pendant de nombreuses années et qu'elle ne nécessite pas toujours un traitement immédiat. Ils ont aussi fréquemment une vision trop pessimiste des possibilités thérapeutiques qui s'offrent à eux et redoutent les passages obligés à la mise en place du traitement (ils redoutent notamment la biopsie alors que celle-ci est de moins en moins pratiquée et qu'un Fibrotest® ou un Fibroscan® permet de poser le diagnostic).³⁶ Or les patients s'approprient mieux les messages de prévention en cas de traitement et modifient leurs représentations. C'est bien le traitement qui signifie la gravité de la maladie. D'ailleurs les usagers traités sont souvent les meilleurs pourvoyeurs de prévention et d'accès aux soins. Ils font alors eux-mêmes le relais de l'importance du dépistage, des examens, et de l'importance de la prévention.

Quelques exemples :

Selon l'enquête Coquelicot,³⁷ 59,8% des usagers sont infectés. Bien que la pratique du dépistage semble bien intégrée puisque 91% des usagers interrogés déclarent avoir été testés au moins une fois dans leur vie pour le VHC, une bonne partie des usagers ignorent qu'ils sont infectés (27% des usagers se déclarent séronégatifs à tort).

³⁶Le *Journal du Sida* n°192 (janvier 2007) a consacré plusieurs articles à la question du VHC chez les usagers de drogues.

³⁷Jauffret-Roustide, *op. cit.*

L'expérience d'éducation à l'injection à moindre risque menée en milieu festif par la Mission Rave de Médecins du Monde révèle une réelle amélioration de la prise en charge des usagers :

- Pascal Perez rencontre un groupe de jeunes punk dont une femme, âgés de 22 à 25 ans au cours d'un Teknival. Ces jeunes s'injectaient quotidiennement du Skenan®. Ils cherchaient un espace pour faire leur injection à l'abri des regards et souhaitaient s'injecter ensemble sous la tente installée par la mission. Après de longues négociations, sur la petite dizaine d'usagers du groupe, 4 ont accepté de travailler individuellement sur leurs pratiques dans l'espace d'éducation à l'injection à moindre risque. Les autres ont préféré s'injecter ailleurs et n'ont pas accepté la condition non négociable d'être reçu individuellement. Issus de la région parisienne et souhaitant garder contact, les usagers reçus ont été orientés vers l'association Gaïa-Paris, vers le squat de la Petite Rockette qui travaille en partenariat avec le Projet Squat de Médecins du Monde. D'eux d'entre eux ont entamé un traitement par Méthadone-APHP® et sont désormais suivis par l'association Gaïa-Paris. Ils ont également été pris en charge pour soigner leur hépatite C et viennent d'initier un traitement.
- T. injecte du Stilnox® plusieurs fois par jour depuis plusieurs années et est suivi pour un traitement de substitution par Subutex® qu'il n'injecte pas. Il rencontre Médecins du Monde au cours d'un Teknival à travers l'espace d'éducation à l'injection à moindre risque. Durant les 4 jours de l'événement, T. passe tous les jours pour discuter avec les intervenants. Le dernier entretien se tient avec l'éducateur l'ayant rencontré dès le premier jour et un médecin psychiatre présent sur l'événement. Au cours de cet échange, il affirme en avoir assez de sa dépendance au Stilnox® et fait part à l'équipe de son souhait de faire un sevrage, mais ne sait pas comment s'y prendre. Il vit en province et reste en contact avec l'équipe. Ayant rencontré des difficultés d'orientation dans sa région, il reprend contact avec la mission Rave Paris. Après plusieurs mises en lien et avec l'appui de la mission, un médecin le prend en charge. Après quelques mois, T. ne consomme plus de Stilnox® et a arrêté ses pratiques d'injection.

4. MODALITES D'INTERVENTION

4.1. Le principe d'une éducation pratique et individuelle

Il s'agit d'utiliser différentes techniques pédagogiques dans une approche graduelle : de la transmission de savoirs purs équivalents à des cours théoriques, à une mise en pratique de ces savoirs, ce que l'on pourrait comparer à des travaux pratiques, comprenant également différents niveaux d'études (introduction ou non du produit que l'utilisateur souhaite consommer et utilisation de sérum physiologique injectable). Si un premier niveau d'implication se montre insuffisant, il s'agit d'approfondir l'étude des pratiques avec une application encore plus concrète. Nous étudions ensemble, usagers et intervenants, les pratiques pour relever les points problématiques, reprendre et corriger l'utilisateur avec une explication appropriée. Le travail d'éducation peut se faire aussi bien en groupe qu'à travers des entretiens individuels qui permettent alors de s'attacher à une personne, son fonctionnement, ses pratiques, ses rituels et représentations propres.

Il est important de rappeler que l'éducation aux risques liés à l'injection n'est en aucun cas une supervision de la consommation de drogues. Bien au contraire, il s'agit d'utiliser une demande de l'utilisateur (offrir un espace calme pour faire son injection) pour réaliser un entretien à visée éducative. L'utilisateur accepte la présence des intervenants, il rend visibles ses pratiques qui servent alors de support à l'échange et à l'entretien éducatif.

Tel que nous l'avons évoqué dans notre document de présentation du projet, le programme ERLI devient par notre approche, un espace de parole unique. Les usagers injecteurs rencontrés par la Mission Rave de Médecins du Monde ont souvent été surpris du niveau d'écoute des intervenants et de leur attitude de non jugement en parlant d'égal à égal. Au cours des interventions de la mission, il n'est pas rare que les usagers affirment que c'est la première fois qu'ils peuvent s'adresser à des professionnels aussi concrètement sur leurs pratiques d'injection, et peuvent demander des conseils qu'ils n'avaient jamais pu ou osé demander auparavant, y compris dans des programmes d'échange de seringues.

Ce programme nous permet de développer une meilleure connaissance des comportements. Il s'agit de faire naître une confiance réciproque entre l'utilisateur et l'intervenant. Ce lien de confiance et cette reconnaissance de l'utilisateur, tel qu'il est, autorise une levée du sentiment de culpabilité liée à l'usage de drogues en général et liée à la pratique de l'injection en particulier.

Ouvrir un tel espace de parole amène ainsi parfois les intervenants à aborder des questions très intimes et personnelles : la relation au produit, leurs représentations et leurs croyances, le plaisir, la jouissance, la « défonce » mais aussi les accidents de parcours, les douleurs, les doutes et les peurs. Nous sommes au cœur de la consommation et des raisons qui ont conduit l'utilisateur à consommer, le « pourquoi ? ». Pourquoi consommer ce produit en particulier : recherche de plaisir, recherche d'un effet plus rapide et plus intense, pallier le manque plus rapidement, compensation d'une souffrance psychique, remplir un vide, recherche d'une anesthésie psychique (piquer du nez), pour apaiser un moment de tension (conflit, énervement, préoccupation), rencontre fortuite avec d'autres injecteurs, etc. Cette approche permet donc de révéler la demande de l'utilisateur qui peut enfin être entendue telle qu'elle est, sans tabou. Reconnaître les souffrances et les difficultés rencontrées par les usagers permet l'amorce d'un travail thérapeutique à plus long terme.

4.1.1. De l'importance d'une éducation pratique

Pascal Perez, éducateur spécialisé au sein du CAARUD Sida Paroles et des missions Rave de MDM, évoque la difficulté d'appuyer uniquement son travail d'intervenant sur un apprentissage théorique, à distance de toute mise en pratique :

« Je fais de la RDR depuis 1989. Il y a une quinzaine d'années, un usager de drogues auquel je fournissais du matériel stérile a commencé à me laisser venir à son domicile, où ses copains pouvaient se shooter. J'ai alors constaté le décalage important qu'il y avait entre ce que les usagers pensaient bien faire et la réalité de leur pratique. J'ai eu la sensation d'avoir perdu mon temps en délivrant des messages de prévention par oral, à des personnes convaincues que « c'étaient ce qu'elles faisaient ». Dans l'appartement, je me suis donc mis à intervenir directement sur les pratiques des injecteurs. En peu de temps, leurs pratiques ont changé, beaucoup plus rapidement qu'avec les messages de prévention. »

Témoignage recueilli par Laetitia Darmon pour le Journal du Sida³⁸

Ainsi, il nous paraît indispensable de dépasser la simple éducation théorique. D'ailleurs, des travaux pratiques ne sont-ils pas associés à des cours théoriques lors d'enseignements, qu'ils soient au niveau du collège, du lycée ou universitaires ? La pratique est indéniablement nécessaire à l'acquisition d'un certain savoir-faire. La dextérité d'un geste, l'évaluation de sa réussite, ne s'acquiert que par sa réalisation, sa répétition, avec les conseils d'un enseignant ou d'un tuteur expérimenté, du moins d'une personne en capacité de lui révéler ses erreurs.

De nombreux domaines privilégient depuis déjà longtemps les modalités d'une éducation pratique pour pallier les manques d'une éducation uniquement théorique. Certains champs du domaine de la santé peuvent enrichir notre réflexion et nous éclairent sur la nécessité d'une mise en pratique de savoirs nouvellement appris ou mis à jour.

➤ Formation des personnels soignants (médecin, chirurgien, infirmiers)

En effet, comment acquérir la gestuelle propre à des actes de soins (injection, réalisation de points de suture, intubation, etc.), si ce n'est par la pratique et l'expérience. Ceci apparaît comme une évidence pour la formation des personnels soignants qui repose, en plus des cours théoriques, sur des stages, des sessions d'observation sous l'œil avisé de professionnels qualifiés.

D'ailleurs, de nombreuses recherches sont effectuées dans ce domaine pour améliorer encore les méthodes d'apprentissage : développement de cours interactifs, mise au point de logiciels de simulation pour « coller » au mieux à la réalité, études comparatives entre différentes méthodes pédagogiques, etc.^{39,40,41}

³⁸ Darmon L. Éducation aux risques liés à l'injection. Repousser les limites. *Le Journal du Sida*. 2008 ; 208 : 15-18.

³⁹ Wellard SJ, Solvoll BA, Heggen KM. Picture of Norwegian clinical learning laboratories for undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*. 2008 ; Aug 10. Article in press

⁴⁰ Morgan R. Using clinical skills laboratories to promote theory-practice integration during first practice placement : an Irish perspective. *Journal of Clinical Nursing*. 2006 ; 15 (2) : 155-161.

⁴¹ Wong JA, Matsumoto ED. Primer : cognitive motor learning for teaching surgical skill. How are surgical skills taught and assessed ? *Nature Clinical Practice. Urology*. 2008 ; 5 (1) : 47-54.

Deux professeurs de l'Université de Birmingham, dont un médecin, ont réalisé une revue de la littérature des différentes méthodes d'enseignement des médecins qui ont été évaluées.⁴² L'objectif est de réaliser un classement des méthodes d'enseignement afin de mettre en évidence celles qui se montrent les plus efficaces. Il apparaît que les cours améliorent certainement le niveau de connaissances des « apprentis », mais qu'ils n'ont pas d'effets sur leur pratique, ni sur leur attitude et leur comportement face aux patients. Les cours intégrés dans une pratique clinique se montrent plus efficaces. Ils consolident alors les connaissances et favorisent leur intégration assurant un meilleur transfert de la théorie à la pratique. Les auteurs soulignent le fait que les méthodes intégrant la pratique ont, au final, des répercussions positives sur l'état de santé des patients. En conclusion, les auteurs précisent les facteurs favorisant un apprentissage efficace :

- Une approche interactive
- Un apprentissage intégré à la pratique clinique
- La répétition des séquences d'apprentissage
- La mise en place de cours qui tiennent compte des besoins d'apprentissage des « apprentis »
- Le passage systématique du rôle d'enseignant après celui d'élève
- L'intégration de méthodes d'autocontrôle (« feedback ») dans l'enseignement

En proposant un enseignement pratique à travers l'ERLI qui tient compte de ces mêmes facteurs favorables à l'apprentissage, nous pouvons tout autant pronostiquer une amélioration de l'état de santé des usagers pratiquant l'ERLI.

➤ L'éducation thérapeutique des patients

Le concept d'éducation thérapeutique a vu le jour suite à la mise en évidence d'une insuffisance des simples actions d'information des patients. Elle s'est développée en premier lieu dans le cadre de pathologies chroniques comme le diabète, l'asthme, l'hypertension artérielle, etc. pour améliorer l'observance des patients, leur qualité de vie et réduire les risques de complication (nous y reviendrons dans la suite de nos propos).

Il s'agit donc de l'acquisition de compétences spécifiques à la situation pathologique du patient, cette acquisition tenant compte du contexte de vie de la personne et aussi bien de ses capacités que de ses difficultés d'apprentissage. L'éducation thérapeutique bouleverse ainsi les habitudes des soignants, puisqu'elle implique une remise en cause des professionnels et une modification des relations entre le patient et les équipes soignantes.

Les auteurs d'un ouvrage sur l'éducation thérapeutique sur lequel nous nous appuyons largement dans la suite de notre réflexion précisent ainsi :⁴³

« Passons du « conseil médical », persuader le patient à se soigner, à l'éducation thérapeutique, aider chaque patient à développer de véritables compétences d'auto soins. »

Tout comme l'éducation thérapeutique des patients, le projet ERLI, par son approche éducative centrée sur la santé, a pour objectif de favoriser une bonne santé durable et d'éviter les complications. Dans les deux cas, il s'agit d'acquérir des compétences pour entretenir et développer son capital santé. Les personnes, qu'elles soient patients ou usagers de drogues

⁴² Khan KS, Coomarasamy A. A hierarchy of effective teaching and learning to acquire competence in evidenced-based medicine. *BMC Medical Education*. 2006 ; 6 : 59-67.

⁴³ Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, Grimaldi A. *Éducation thérapeutique. Prévention et maladie chronique*. Édition Masson, collection Abrégés, 2008.

par voie intraveineuse, sont concernées par des facteurs de risques. Ces derniers sont certes différents, mais ils peuvent être réduits et les complications peuvent être **évitables**. Ce dernier aspect est primordial : il existe une marge de manœuvre où l'apprentissage et l'acquisition de connaissances et de certains savoir-faire permettent à la personne, quelle que soit sa situation, de mieux gérer sa propre santé. Ces approches favorisent l'appropriation de savoir et savoir-faire, améliorant l'autonomie de la personne, ses capacités de réaction dans des situations d'urgence et d'adaptation à son environnement sans cesse évolutif.

Les auteurs déclinent les diverses compétences des patients.³⁹ Elles se révèlent identiques à celles qui sont recherchées par les usagers dans le cadre du projet ERLI. Elles sont précisées et déclinées ainsi :

- Compétences d'auto observation

Il s'agit de reconnaître et de savoir interpréter des « signes » : existences de plaies, d'infections, symptômes d'une hyper ou d'une hypoglycémie, symptômes d'une overdose, etc. La personne connaît son corps, peut définir son propre « catalogue sémiologique ». Elle est auto vigilante, c'est-à-dire capable d'apprécier, de décrire les modifications de son état et de distinguer les signes d'alertes. Les éducateurs peuvent ainsi l'accompagner à devenir une meilleure sentinelle de sa propre santé.

- Compétences de raisonnement et de décisions

La vie quotidienne est sujette à des changements incessants, des imprévus les plus divers, des difficultés à surmonter. Il est nécessaire de savoir y faire face, s'adapter en fonction des circonstances de la vie. C'est à la personne de faire ses propres choix. Les éducateurs ou les équipes soignantes ne sont qu'un relais, un accompagnant ou un soutenant dans la prise de décision. Ils peuvent ainsi faire écho à la réflexion de la personne dans ses décisions tout en respectant sa liberté de choix.

- Compétences d'auto soins

Il s'agit d'acquérir une dextérité permettant d'atténuer les contraintes et/ou les complications d'une pratique (réalisation d'une injection d'insuline, de pansements, surveillance de la glycémie, etc. pour le patient, réalisation d'une injection intraveineuse pour l'usager de drogues et des soins post-injection pour préserver son capital veineux). L'acquisition de ces compétences nécessite notamment de l'entraînement et de la pratique.

- Compétences sociales

Elles permettent de vivre avec ses pratiques, ses contraintes tout en faisant partie d'une communauté. Principalement familiale pour le patient, elle se porte davantage sur des amis proches, des compagnons de vie, de galère et/ou de consommation pour les usagers de drogues. Il s'agit d'expliquer, de former son entourage proche sur les caractéristiques de sa maladie pour le patient et, aussi bien pour le patient que pour l'usager, former son entourage aux conduites à tenir en cas d'incident aigu nécessitant l'aide d'autrui. Ces compétences sociales apparaissent comme primordiales dans un cas comme dans l'autre : s'ouvrir aux autres, savoir et pouvoir compter sur autrui et capter l'attention de l'autre quand les situations le nécessitent.

- Compétences d'adaptation

Il s'agit de savoir apprécier la situation. La personne (patient ou usager de drogues) est experte de sa propre situation, elle est en capacité d'adapter ses

pratiques aux facteurs et contraintes de son environnement. Les éducateurs peuvent soutenir la personne dans son apprentissage des comportements de préservation de sa santé. Il s'agit finalement d'éveiller, de solliciter, et de renforcer les ressources propres de l'individu.

Pour résumer ces propos, les auteurs précisent :⁴⁴

« L'éducation thérapeutique doit être comprise comme un apprentissage à des compétences décisionnelles, techniques et sociales dans le but de rendre le patient capable de raisonner, de faire des choix de santé, de réaliser ses propres projets de vie et d'utiliser au mieux les ressources du système de santé. »

Le terme d'éducation thérapeutique peut être aisément remplacé par ERLI, l'usager étant bien une personne capable de raisonner et de faire des choix de santé. Les usagers ont su nous le démontrer avec force lors de l'épidémie de SIDA, pourquoi n'en seraient-ils plus capables aujourd'hui ?

Il est à noter que l'Organisation Mondiale de la Santé a publié un rapport dédié au sujet dès 1998.⁴⁵ L'éducation thérapeutique des patients est aujourd'hui reconnue comme pratique essentielle. À ce titre, la Haute Autorité de Santé, avec la participation de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), a élaboré en 2007, une série de documents et notamment un guide méthodologique destiné aux professionnels de santé, aux associations, aux institutionnels (ministère de la santé, caisses d'assurance maladie), etc. afin que des programmes structurés puissent être élaborés, mis en place et évalués.⁴⁶

Ces documents rappellent avec force que les seules actions d'information ne suffisent pas.⁴⁷ Par ailleurs, même si les études démontrant l'efficacité de l'éducation thérapeutique sont encore peu nombreuses, il en existe déjà néanmoins qui incitent à explorer davantage ce champ d'action. Elles indiquent que l'éducation thérapeutique, en accordant une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé, améliore la santé des personnes et leur qualité de vie. Il ressort également de ces études que l'éducation thérapeutique a également permis la réduction du nombre d'hospitalisations et de séjours aux urgences, des visites médicales non-programmées.

Nous pouvons donc non seulement pronostiquer une amélioration de l'état de santé des usagers, mais aussi une diminution des coûts associés à la prise en charge des usagers de drogues par voie intraveineuse, sur le long terme.

En septembre dernier, un rapport intitulé « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » a été publié suite à une demande du Ministère de la Santé.⁴⁸ Les auteurs de ce rapport proposent 24 recommandations ainsi qu'une série d'articles de loi pour

⁴⁴ Simon, *op. cit.*

⁴⁵ World Health Organisation Working Group. Regional Office for Europe. *Therapeutic patient education : continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases*. 1998

⁴⁶ Le guide méthodologique et l'ensemble des documents associés sont consultables en intégralité sur le site Internet de la Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr

⁴⁷ « L'éducation thérapeutique du patient est un processus qui ne peut se résumer à la délivrance d'une information, fut-elle de qualité. Des méta-analyses d'études contrôlées randomisées concernant l'asthme, la polyarthrite rhumatoïde, la prise au long cours d'antivitamines K ont montré que l'information seule ne suffisait pas à aider les patients à gérer leur maladie au quotidien. »

⁴⁸ Le rapport est disponible dans son intégralité sur le site Internet de la Haute Autorité de Santé : www.has-sante.fr

donner une impulsion majeure au développement de l'éducation thérapeutique dans notre pays. Pourquoi le développement du projet ERLI ne pourrait-il pas s'appuyer sur cette impulsion et ouvrir la voie des déclinaisons possibles de l'éducation thérapeutique ?

4.1.2. *Shoot à blanc ou shoot avec le produit*

L'introduction du produit est importante. Discuter de la seule pratique de l'injection, autrement dit la « cuisine », est une étape importante pour aborder des points très techniques. Mais il paraît capital de pouvoir introduire le produit. Son introduction ajoute une dimension supplémentaire car c'est lui qui motive l'utilisateur à consommer. C'est le produit qui détermine de nombreux éléments de contexte qui ont une influence sur les prises de risque : le mode d'obtention du produit (au marché noir ou sur prescription, acheté ou donné), le contexte de consommation (consommation festive occasionnelle ou quotidienne, en comité plus restreint, voire seul, consommé chez soi, chez un ami ou dans un lieu public), etc.

Le tableau présenté ci-dessous récapitule les intérêts et limites de chaque situation (éducation aux risques liés à l'injection « à blanc » ou avec le produit). Quelques exemples très concrets sont ensuite exposés pour illustrer et souligner l'importance de la prise en compte du produit qui influence la pratique de l'utilisateur et les discussions qui s'ensuivent dans le cadre du programme ERLI.

	SHOOT « À BLANC »	SHOOT AVEC LE PRODUIT
INTERET	<p>Le travail éducatif vise à développer les habiletés de l'utilisateur. Il est centré sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'espace de préparation à l'injection - La recherche et le choix du point d'injection - La désinfection du point d'injection - L'utilisation d'un garrot - Le placement de l'aiguille - Les soins locaux post-injection - La gestion du matériel usagé 	<ul style="list-style-type: none"> - Tenir compte des particularités galéniques de chaque produit et adapter les messages de prévention. - Favoriser la capacité des utilisateurs à reconnaître les produits de moins bonne qualité contenant des produits de coupe potentiellement dangereux - Favoriser l'analyse de produits : identifier les produits potentiellement dangereux et avoir une meilleure connaissance des produits circulants pour adapter les messages de RDR - Assurer une reconnaissance de l'utilisateur dans sa globalité (reconnaissance de sa pratique d'injection ET reconnaissance de sa consommation indépendamment de son mode de consommation) - Favoriser un espace de dialogue sur la place du produit dans la vie de l'utilisateur
LIMITES	<ul style="list-style-type: none"> - Le travail éducatif ne peut tenir compte des particularités galéniques de chaque produit, notamment lors de la préparation. Des étapes supplémentaires peuvent être requises. La compréhension des 	<ul style="list-style-type: none"> - Introduction d'un produit illicite - Mode d'administration d'un médicament qui ne respecte pas l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) - Utilisation d'un médicament hors AMM - Nécessité de prendre en compte les

	<p>gestes effectués lors de ces étapes est primordiale. Les risques augmentent si ces étapes ne sont pas correctement réalisées.</p> <p>- Cette option ne permet pas de « reproduire » les conditions réelles des consommations par injections avec produits</p>	<p>risques associés aux consommations et les moyens de les réduire</p> <p>- Contradiction de cette proposition avec la règle de non-usage sur la boutique et nécessité d'une explicitation avec l'ensemble des usagers</p>
--	--	--

➤ Injection de crack

De nombreux usagers souhaitent transformer leur cocaïne en crack ou free base (forme basique du chlorhydrate de cocaïne). Pour réaliser cette réaction chimique, il est préférable d'utiliser du bicarbonate de sodium, mais la plupart des usagers préfèrent utiliser de l'ammoniaque car la manipulation paraît plus simple. Travailler à ces opérations permet d'apprendre à l'usager à ne pas utiliser un produit corrosif particulièrement toxique pour l'organisme. Le bicarbonate de sodium est beaucoup moins nocif.

Par ailleurs, les nombreuses opérations de transformation nécessaires rendent l'injection de crack responsable d'abcès fréquents. La reprise de ces étapes en présence d'intervenants permet de réduire les risques de survenue d'un abcès.

➤ La filtration : une étape clé à l'origine de nombreuses prises de risque

Lors de la consommation de cocaïne ou d'héroïne, de nombreux usagers préfèrent réaliser leur filtration à l'aide de cotons (coton lyophilisé, cotons-tiges et surtout filtre de cigarette). En effet, ces cotons présentent la particularité d'être absorbants. Ils sont donc fréquemment conservés pour une réutilisation ultérieure, notamment une période de manque. L'utilisation et la conservation de ces cotons entraînent de nombreuses prises de risques : cotons arrachés avec les dents, mauvaises conditions de conservation des cotons qui favorisent la multiplication de germes et de champignons (les cotons encore humides sont conservés dans des récipients hermétiques), nombreuses manipulations avec les doigts (après avoir été imbibés d'eau, les cotons sont pressés entre les doigts pour en faire ressortir le plus de produit possible), partage ou dont entre usagers (les cotons peuvent être source d'échange ou de troc pour dépanner un usager), etc. Certains usagers restent réticents à l'utilisation du Stérifilt® car, contrairement aux cotons, il ne retient pas de produit et ne peut donc fonctionner comme réservoir en cas de manque. Bien que cette pratique soit à risque, il nous paraît important de ne pas la refuser. Le travail d'éducation à l'injection à moindre risque débute précisément à partir des réelles pratiques de l'usager.

➤ L'injection de buprénorphine haut dosage

La buprénorphine haut dosage se présente sous forme de comprimés sublingaux qui ne se dissolvent que partiellement dans l'eau (la buprénorphine se réduit en fines particules de 25 microns qui risquent d'obstruer les petits vaisseaux. Elles sont à l'origine des scléroses des veines chez les usagers présentant un syndrome de Popeye⁴⁹). Toute injection de

⁴⁹Une des explications de ces manifestations serait que l'amidon de maïs, présent dans les comprimés de Subutex®, provoquerait un blocage des petits vaisseaux veineux et entraînerait une inflammation chronique des tissus et du réseau lymphatique. Ces manifestations sont généralement bilatérales puisque les usagers s'injectent des deux côtés. Ces oedèmes seraient extrêmement longs à se résorber.

buprénorphine nécessite donc une préparation minutieuse. Les comprimés doivent être soigneusement écrasés et réduits en une poudre extrêmement fine avant d'être dissous dans l'eau. Il faut ensuite filtrer le mélange. Le Stérifilt® est adapté et son utilisation doit être privilégiée. Un deuxième filtrage peut être recommandé.

➤ L'injection de sulfate de morphine

Le sulfate de morphine (Skenan® et Moscontin®) est rapidement soluble dans l'eau froide. Mais, pour ces deux médicaments le procédé de fabrication utilisé, qui permet une libération prolongée de la morphine, le rend imparfaitement soluble. Pour toute utilisation en injection, il faut écraser très finement les microbilles de Skenan® ou les comprimés de Moscontin®, ajouter de l'eau froide et laisser reposer le mélange. Il ne faut pas chauffer la préparation. Le filtrage doit être minutieux. L'utilisation de plusieurs filtres est souvent nécessaire. De nombreux usagers ne parviennent pas à filtrer leur préparation à l'aide du Stérifilt® et continuent donc d'utiliser des cotons. Cette difficulté résulte souvent d'une mauvaise position du Stérifilt® ou parce qu'ils chauffent leur préparation. Une démonstration de l'outil s'avère particulièrement convaincante pour les usagers qui restent sceptiques face aux uniques explications des intervenants sans mise en pratique concomitante.

➤ L'association de produits

L'introduction du produit permet également d'aborder la question des mélanges et de favoriser les discussions autour des polyconsommations. Certaines associations de produits augmentent notamment les risques d'overdose.

- Méthadone + autre opioïde
- Opioïde + alcool
- Opioïde + benzodiazépine

L'option retenue par Sida Paroles est de pouvoir aborder les deux offres sur les mêmes temps d'expérimentations, selon les besoins de l'utilisateur reçu.

4.2. Les contextes d'intervention et particularités

Notre démarche est donc progressive et se décline selon les différents contextes d'intervention de l'association Sida Paroles. Les contextes d'intervention influencent grandement la demande émise par les usagers ou identifiée par les professionnels, ils modifient également les modalités tant en termes de temporalité que d'espace disponible et utilisable par les intervenants et l'utilisateur pour réaliser l'entretien éducatif. En effet, une intervention sur le lieu de vie d'une personne (en appartement par exemple), en boutique ou sur une unité mobile ne sera pas menée de la même manière. Après une courte définition des particularités de ces trois contextes d'intervention, nous pourrions nous attacher à définir l'approche globale de ces entretiens et de la place tenue par l'équipe pédagogique.

Telle qu'évoquée précédemment, l'éducation souhaitée nécessite du temps et un espace favorable à l'enseignement. Le dispositif est mis en œuvre dans trois contextes d'intervention, chacun ayant une temporalité différente et ses intérêts propres. Les occasions d'intervention et de discussion sur la pratique de l'injection peuvent être variées et plus ou moins évidentes en fonction de ces contextes et des lieux d'intervention.

4.2.1. Sur les lieux de vie (appartements, squats, etc.)

Les éducateurs de la structure rendent parfois visite aux usagers sur leur lieu de vie. Cette rencontre dans l'environnement même de vie de la personne renforce le lien établi entre intervenant et usager. Ce dernier invite l'intervenant dans son espace privé, son « chez soi ». Ces visites permettent d'assurer de l'échange de matériel et des discussions autour des pratiques peuvent avoir lieu. Il est aussi possible que l'utilisateur invite l'intervenant à rester lors de sa consommation de produit, c'est une occasion pour l'éducateur d'observer les pratiques de l'utilisateur dans son environnement de vie, de mieux prendre en considération les difficultés à appliquer les conseils de RDR préconisés. Des discussions s'en suivent, qui, dans ce cadre d'intervention, sont des plus concrètes. L'apprentissage se tient dans un environnement favorable qui respecte la temporalité de l'utilisateur, ce dernier étant dans son environnement de vie le plus intime. L'éducateur doit cependant être particulièrement attentif à respecter une certaine distance, son travail éducatif ayant lieu dans un espace où le cadre n'apparaît plus.

4.2.2. En boutique

La question des pratiques de l'injection reste assez tabou. Les intervenants reconnaissent rencontrer des difficultés à aborder le sujet avec les usagers. Pourtant, les occasions sont nombreuses : aussi bien lors d'un soin, que lors d'une discussion sur un problème particulier et inhabituel rapporté suite à la consommation d'un produit, que lors de la distribution du matériel ou tel qu'évoqué précédemment, lorsque des injections ont lieu dans les toilettes malgré l'interdiction d'usage de drogues au sein de la structure.

4.2.3. Sur l'unité mobile

Les demandes sont souvent plus pressantes qu'en boutique ou sur un lieu de vie car l'utilisateur vient souvent d'acheter son produit. Sa demande émerge lorsqu'il passe prendre le matériel nécessaire à son injection. Il recherche alors un espace calme et serein, à l'abri des regards et de la vue des policiers. L'éducation à l'injection à moindre risque dans ce contexte paraît ainsi plus difficile à aborder. L'état d'esprit de l'utilisateur sera-t-il propice à un entretien éducatif ? Pourtant, la possibilité de cette intervention reste primordiale. En effet, de nombreux usagers rencontrés sur l'unité mobile ne se rendent pas à la boutique. Proposer des entretiens éducatifs autour de leurs pratiques d'injection apporte donc une accroche nouvelle et pertinente. Les conditions d'apprentissage seront sans doute moins propices à l'acquisition de nouveaux savoirs. Les éducateurs devront adapter leur approche. L'objectif premier du travail éducatif sera alors de renforcer le lien entre l'utilisateur et l'équipe du CAARUD, en envisageant, peut-être, dans un autre temps, un travail plus approfondi.

4.3. Les différentes étapes du travail éducatif

Les étapes du travail éducatif suivent la chronologie des pratiques de l'utilisateur en débutant par la préparation du produit, avant l'injection proprement dite. Le dialogue entre l'utilisateur et l'équipe du CAARUD a lieu de manière concomitante au travail éducatif afin de favoriser le croisement des regards des personnes impliquées, les remarques des uns (utilisateur, éducateur ou infirmier) ayant une incidence sur le point de vue et la réflexion de l'autre. Cette perpétuelle mise en commun des expériences et des compétences de chacun permet d'aboutir à des pratiques à moindre risque adaptées à la personne.

Le détail des étapes du travail éducatif est précisé dans le protocole d'intervention.

4.4. Gestion des urgences et conduites à tenir

L'injection de drogues n'est pas anodine et comporte des risques pouvant entamer le pronostic vital de l'usager. Avant d'envisager un protocole d'intervention, il s'agit de connaître les situations d'urgence pouvant être rencontrées. Nous pourrions alors proposer un dispositif d'intervention adapté et préciser son niveau de médicalisation, car finalement qu'entendons nous par le terme de « médicalisation » ?

Huit pays développent depuis plusieurs années des structures avec local de consommation. Plusieurs milliers d'injections ont déjà eu lieu et ont été documentées. Selon la taille des dispositifs et leur file active : 50 à 2 000 injections ont lieu par semaine dans chacune des structures. La consultation des rapports d'activité ou d'évaluation de celles-ci permet d'avoir une idée précise des urgences rencontrées et de leurs fréquences de survenue.

4.4.1. Typologie des urgences médicales rencontrées dans les structures avec local de consommation

Les overdoses, principalement liées à l'usage d'héroïne avec dépression respiratoire et les crises convulsives sont les situations d'urgence médicale les plus fréquentes.

Les urgences liées à des surdoses de cocaïne avec hyperventilation, douleurs thoraciques, attaque de panique et états d'agitation sont moins fréquentes.

Les réactions allergiques sont extrêmement rares.

À ce jour, un seul cas de décès dans une structure avec local de consommation (en Allemagne) a été rapporté et il était dû à un choc anaphylactique. La quasi absence de décès dans les salles doit être rapportée aux mesures qu'elles ont prises dans ce but.

4.4.2. Fréquence de survenue des incidents médicaux

Voici quelques chiffres illustrant la fréquence de survenue des incidents médicaux ou des overdoses. La comparaison de ces chiffres d'une salle à l'autre n'est pas des plus aisées puisque les incidents ne sont pas documentés de la même manière, ni sur le même intervalle de temps.

VILLE D'IMPLANTATION (PAYS)	PERIODE D'OBSERVATION	INCIDENTS MEDICAUX
BIENNE (SUISSE)	Août 01 à août 02	0,7 OD pour 1 000 injections
GENEVE (SUISSE)	Août 02 à décembre 02	1,7 OD pour 1 000 injections
	Année 2003	Avec une centaine d'injections/jour (94-106 injections/jour, 7j/7), 56 situations d'urgence dont 28 overdoses et 29 appels au 144 (services de secours).
BIENNE (SUISSE)	Non précisée	0,9 incidents pour 1 000 injections
ZURICH	Non précisée	0,5 incidents pour 1 000 injections

(SUISSE)		
FRANKFURT (ALLEMAGNE)	Année 2000	Dans la plus grande salle : 300 urgences répertoriées dont 81% liées à l'héroïne avec différents niveaux de détresse respiratoire, 14% de crises convulsives, 5% liées à la cocaïne.
	Année 2001	Dans une plus petite salle : 119 urgences répertoriées dont 73% de dépressions respiratoires, une majorité lors de l'utilisation combinée d'héroïne, de crack et/ou d'alcool, 18% de crises convulsives souvent dues à des mélanges de médicaments, de crack et/ou d'alcool
VANCOUVER (CANADA)	Du 10 mars au 31 août 2004	Sur 588 injections/jour en moyenne, 107 incidents de surdose, concernant 72 usagers différents
SYDNEY (AUSTRALIE)	Non précisée	7,2 pour 1 000 injections et 9,6 OD pour 1 000 injections d'héroïne (dans 66% des consommations)
MADRID (ESPAGNE)	Non précisée	1,3 incidents pour 1 000 injections

4.4.3. Description des dispositifs médicaux dans les structures avec local de consommation

La quasi-totalité des structures avec local de consommation opère sans la présence permanente d'un médecin. Les équipes sont composées d'infirmiers et de professionnels qualifiés dans la gestion des premiers secours (accueillants, travailleurs sociaux, éducateurs, etc.).

Quelques exemples :

- À Sydney, l'équipe, constituée d'infirmiers et de travailleurs sociaux, gère 98% des incidents sans l'intervention extérieure des services d'urgence. En cas de surdosage ou de toute autre urgence médicale, l'utilisateur est déplacé dans la salle de premier secours. En cas d'arrêt respiratoire, les infirmiers peuvent administrer de l'oxygène et du Naloxone® en intramusculaire selon un protocole clinique. Le surdosage est alors marqué dans la base de données de l'utilisateur afin de permettre, entre autres, de discuter avec lui à sa prochaine visite, des circonstances de cet événement et de la façon de l'empêcher dans l'avenir. Un protocole de prise en charge des overdoses opiacées a été réalisé avec les services hospitaliers locaux (NSW Ambulance). Le directeur médical est responsable des protocoles cliniques et des procédures. L'infirmier présent est responsable de la coordination avec les services de secours en cas de prise en charge par ces derniers. Lorsqu'il ne s'agit pas d'une urgence, l'utilisateur peut être orienté vers les hôpitaux ou les médecins généralistes locaux.

- À l'espace Quai 9 de Genève, un médecin n'est présent que 2 fois par semaine pour effectuer une permanence de 2 heures. Les prescriptions d'ordonnance sont rares et le médecin ne propose pas de suivi. Il s'agit plutôt de prévenir l'aggravation de situations somatiques en proposant un relais vers le réseau de soins de la ville. Il s'agit également de montrer aux usagers comment prendre soin de leur corps en leur enseignant les gestes adéquats. Le local où se tiennent les injections est directement relié au local de soins et ce dernier dispose d'un appareil d'assistance respiratoire. Le collaborateur en salle d'injection porte aussi un bip lui permettant de contacter ses collègues en salle d'accueil pour lui fournir l'aide urgente nécessaire. Dès qu'une situation est jugée trop problématique, les services médicalisés d'urgence ou SOS médecins sont contactés pour une intervention rapide.

4.4.4. Dispositif médical proposé par le CAARUD Sida Paroles

Dans le protocole imaginé pour la phase d'expérimentation, toute séance ERLI est réalisée en présence d'une IDE dans l'infirmierie déjà opérationnelle. Des équipements complémentaires pourront être envisagés (défibrillateur, oxygène...). Par ailleurs, les éducateurs sont formés aux gestes de premier secours.

Un protocole de liaison devra être discuté avec les services d'urgences les plus proches (Hôpitaux de Colombes et Nanterre). Les contacts sont en cours avec ces partenaires habituels de SIDA Paroles inscrits dans le réseau ville – hôpital ARES auquel nous adhérons et à partir duquel nous pourrions nous appuyer (médecins généralistes, pharmaciens, ECIMUD, services hospitaliers...).

5. L'ÉQUIPE PÉDAGOGIQUE

Apprendre prend du temps et nécessite la répétition de messages et de gestes, jusqu'à les associer pour faire le lien entre des savoirs et des pratiques. Accompagner l'utilisateur dans cette démarche nous paraît essentiel, c'est tout le rôle de l'équipe du CAARUD qui l'entoure. Dans ce type de travail, il s'agit de favoriser le partage de compétences, l'utilisateur y tient une place d'expert de sa situation, les professionnels divers y tiennent la place d'experts de leur champ respectif.

La personne chargée de tenir la fonction d'éducateur à la santé est la plus pourvoyeuse de compétences au regard des objectifs fixés. Elle doit être largement expérimentée.

Il n'est pas là spécialement question d'une appellation liée à une formation professionnelle identifiée (en l'occurrence l'éducateur spécialisé, même si cette fonction est tenue par les éducateurs spécialisés de la structure). **Nous faisons appel ici à une compétence et une capacité des intervenants formés et motivés pour travailler dans une perspective d'éducation pour la santé.** Celui qui est désigné comme « éducateur à l'injection à moindre risque » dans ce projet dont la motivation première est l'éducation à la santé aura des capacités et compétences minimales en matière de :

- *Pratiques et usages* : connaissances sur les pratiques de consommation ;
- *Produits* : effets et méfaits ;
- *Pédagogie* : l'éducateur se doit de connaître les usagers, leurs problématiques, être à l'écoute, savoir apporter conseils et alternatives de manière souple et efficace, être capable de s'adapter au niveau de connaissance de la personne afin que celle-ci puisse se réapproprier les messages de réduction des risques.

Ainsi, « l'éducateur » pourra aussi bien être un éducateur spécialisé, un infirmier, un professionnel d'un autre champ, qu'un usager expert, dans la mesure où celui-ci a les savoirs, savoir-faire et savoir-être suffisants pour tenir ce rôle.

L'attitude de l'éducateur est importante, elle se doit d'être cadrante et souple à la fois. En effet, s'il est un moment où la souplesse est de rigueur, c'est bien celui où l'on est confronté à une demande si particulièrement imbriquée dans l'intime et le corporel de l'intéressé. Une réponse de circonstance et généraliste ne peut que renforcer, voire créer des résistances fermant la porte à tout message de prévention et de réflexion. Il faut donc pouvoir compter sur un « éducateur à la santé » qui soit en permanence humble et sachant se remettre en question, trouver des alternatives aux situations bloquées, dans l'écoute active et le non-jugement attentif. Son approche spécifique permet une reconnaissance individualisée des personnes et permet qu'une rencontre ait lieu entre l'utilisateur et des professionnels, un dialogue s'instaurant à partir des pratiques. Cette reconnaissance est d'autant plus importante pour des usagers dont la pratique d'injection est souvent stigmatisée et marginalisée.

L'éducation à la santé nécessite l'acceptation de la pratique de l'autre. Nous travaillons AVEC l'utilisateur, A PARTIR DE ses pratiques. Il s'agit également de donner à l'utilisateur les moyens de continuer à réduire ses prises de risque en dehors de la structure, y compris lorsque l'intervenant n'est plus là. Cette approche nécessite une adaptation permanente. Il s'agit de procéder par étape, d'être en capacité d'accepter certaines pratiques jugées à risque et qui ne sont pas toujours en totale conformité avec des recommandations officielles à un certain moment, pour favoriser la création d'un lien de confiance entre usager et intervenants. La

satisfaction de certaines exigences n'est pas toujours immédiatement réalisable au vue des pratiques de l'utilisateur.

L'éducateur à la santé, quelle que soit sa fonction, participe à l'entretien et observe l'injection. Il intervient pour donner un avis ou des conseils, mais, **à aucun moment, il n'intervient dans l'injection proprement dite qui est de la responsabilité exclusive de l'utilisateur.** Par ailleurs, **il est impératif que l'éducateur à la santé, s'il n'a pas la fonction d'infirmier, ait eu une formation aux gestes de premiers secours et qu'il puisse en attester.**

La répartition plus précise des rôles de chacun, entre éducateurs, infirmier et coordinatrice santé du CAARUD, est indiquée dans le protocole d'intervention du projet ERLI.