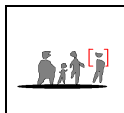


**Groupe de Recherche
sur la Vulnérabilité Sociale**



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

[Octobre 2010 – Septembre 2012]

*Recommandations concernant le cahier des charges
d'une salle de consommation de substances
psychoactives à Marseille*

*Résultats de la recherche-action visant l'amélioration
du dispositif de réduction des risques à Marseille*

Mai 2012

Composition du comité d'experts

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

Mme CARRIERI, INSERM U 912, Chargée de recherche

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

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

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

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

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

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

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

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

Mme NAVE, Sos Hépatites PACA, présidente

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

Mr PASTINI, Asud Mars Say Yeah, directeur

Mr SANTUCCI, AMPTA, directeur, Fédération Addiction

Mr SCHNEIDER, ACCES, directeur

Pr SIMON, AP-HM, Service Addictologie

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

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

Ont également participé aux travaux du comité d'experts

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

Melle LEBRUN, Bus 3132, Coordinatrice, représente Mr Foucaud

Mme PRIEZ, Le Tipi, Directrice

Mission d'accompagnement méthodologique

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

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

Sommaire

Préambule	4
Un contexte local et politique particulier	4
Une méthode de recherche action	5
Précisions préalables	6
Recommandations générales sur la méthodologie d'expérimentation d'une salle de consommation à moindres risques	8
Recommandations opérationnelles sur le fonctionnement d'une salle de consommation supervisée	9
Annexe	25

Préambule

Un contexte local et politique particulier

Depuis 1995, alors que la ville et la région Provence Alpes Côte d'Azur se trouvent dans un contexte alarmant quant à l'ampleur de l'épidémie de SIDA, la Ville de Marseille est engagée dans la politique de réduction des risques. Cet engagement historique s'inscrit dans une préoccupation de santé publique et d'égalité dans l'accès aux soins, mais également dans un positionnement selon lequel l'accessibilité du dispositif de réduction des risques et de soins spécialisés et sa sollicitation par les personnes usagères de substances dépend de sa diversité et de son évolution permanente. Il relève également d'une approche tenant compte de l'imbrication complexe des questions de santé publique, de sécurité ou de tranquillité publique que soulève toute mise en place d'un dispositif de réduction des risques. Enfin, il reste d'actualité tant la situation d'une grande partie des personnes usagères de substances psychoactives à Marseille pose des problèmes, qui ont certes évolué depuis le début des années 90, mais sont toujours aussi prégnants en termes d'accès à la réduction des risques et aux soins, de conditions de vie, et de vivre ensemble dans la cité.

Ces recommandations quant au cahier des charges d'une salle ou d'un centre de consommation de substances psychoactives supervisée (CCS ou SCS) ou à moindres risques (SCMR) ont pour origine la volonté d'actualiser le dispositif de réduction des risques marseillais mis en place dans la seconde moitié des années 90. En septembre 2010, la Ville, par l'intermédiaire du Dr Padovani, Adjoint au Maire, Délégué, Personnes Handicapées, Toxicomanie, Sida, Comité d'Hygiène et de Sécurité, Médecine du Travail, Plan Alzheimer, et de son Service de la Santé Publique et des Handicapés (SSPH), engage une démarche de concertation « *afin de vérifier la pertinence des réponses, outils et interventions mis en place sur son territoire en matière de réduction des risques auprès des usagers de drogues et envisager de les compléter.* (Cette concertation) *prend en compte la perspective d'une inscription de la Ville de Marseille comme participant à une éventuelle expérimentation nationale de centres de consommation supervisés* » (Consultation lancée par la Ville, sept. 2010).

Cette démarche s'inscrit dans un contexte historique particulier à double titre. En premier lieu, il se caractérise par une réflexion sur les limites de la politique de réduction des risques conduite depuis environ quinze ans en France. Cette politique qui a permis d'endiguer l'épidémie de VIH et de permettre l'accès aux soins d'une grande partie des usagers de substances, a eu peu d'effets sur l'épidémie de VHC, alors que certaines enquêtes révèlent qu'environ deux tiers des personnes usagères de substances en France en seraient atteintes et, chez celles de moins de 30 ans, une recrudescence du partage de petit matériel d'injection. La situation de grande précarité de certains usagers implique des consommations dans des conditions d'hygiène augmentant les dommages et les risques infectieux, ainsi que des problèmes d'abandon et d'oubli de matériel dans l'espace public. L'inexistence de traitement de substitution pour les stimulants, principalement la cocaïne, éloigne leurs usagers du dispositif de soin, alors que des fréquences de consommation plus élevées que pour les opiacés induisent une vulnérabilité accrue aux dommages et aux risques infectieux.

En second lieu, il s'agit d'un contexte de débat national sur l'expérimentation de centres ou salles de consommation supervisés. Ce débat, loin d'être nouveau en France, a été relancé en 2009 suite à une opération de sensibilisation à l'intérêt de cet outil, via la mise en scène d'une salle de consommation fictive à Paris, par un collectif d'associations et de fédérations parisiennes et nationales (ASUD, MDM, AFR, ANITEA...¹) impliquées dans la réduction des risques. En 2010, la « Déclaration de Vienne » de différents experts internationaux impliqués dans la lutte contre l'épidémie de VIH, puis l'expertise collective de l'INSERM sur la réduction des risques, recommandent, au vu de l'impact positif de telles structures dans les pays qui les ont mises en places, leur création en France – et dans le monde –, dans la mesure où elles sont justifiées par l'état des besoins du territoire concerné. Enfin, en 2010 toujours, l'association Elus, Santé Publique et Territoires (ESPT) initie un séminaire sur les salles de consommation à moindres risques, auquel participe activement la Ville de Marseille.

Une méthode de recherche-action

Ainsi, la démarche engagée par la Ville de Marseille repose sur le principe selon lequel une salle de consommation supervisée ne représente pas le « méta » outil capable de se substituer à plusieurs autres, ni la solution unique au problème de la transmission de l'hépatite C. Prenant acte de la diversité des personnes usagères de substances et de la façon dont elles recourent au dispositif spécialisé, la démarche appréhende une telle structure comme un outil supplémentaire, dont les apports spécifiques viennent compléter la palette d'outils de Réduction des risques déjà existants.

Cette démarche d'actualisation du dispositif de réduction des risques marseillais s'est organisée autour de trois axes :

- **la concertation des acteurs institutionnels et opérationnels locaux**, dans leur diversité et complémentarité, sur les enjeux et modalités opérationnelles d'une telle structure à Marseille ;
- **l'actualisation des connaissances** quant aux problématiques de santé et de sécurité/tranquillité publiques liées aux usages de substances sur son territoire, et aux outils et modalités d'intervention de réduction des risques existants, insuffisamment développés ou absents ;
- **et le recours à une veille documentaire** quant aux débats actuels en France à propos des salles de consommation **et à une revue de la littérature internationale** sur celles existant dans le monde.

Concrètement, ces recommandations sont issues d'une méthodologie de recherche action articulant :

- La réunion régulière d'un comité d'experts (Annexe 2.) représentatif des acteurs locaux de la réduction des risques, du soin spécialisé et de la recherche scientifique sur les usages de substances psychoactives, couplée à une mission d'accompagnement méthodologique réalisée par le Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale (GRVS) ;

¹ L'ensemble des sigles cités dans ce document sont explicités en annexe 1.

- La réalisation de deux états des lieux locaux sur les profils d'usagers et les usages de substances psychoactives et le dispositif de réduction des risques et de soins spécialisés à Marseille (Références en Annexe 3.). Ces états des lieux ont permis, via le croisement de différentes sources de données locales et nationales, de mettre en exergue les particularités des usages et des besoins des usagers en terme de réduction des risques sur le territoire marseillais et les pistes d'amélioration du dispositif spécialisé ;
- La consultation des élus municipaux et des acteurs institutionnels locaux (Préfecture, MILDT, ARS), afin de connaître leurs positionnements respectifs à l'égard des salles de consommation supervisées, d'identifier les craintes de la population et les difficultés pouvant se poser quant à l'acceptation d'une telle structure, et de repérer les méconnaissances qu'il s'agira de déconstruire quant à ses objectifs, son fonctionnement et ses impacts;
- La rédaction d'un rapport de synthèse (Annexe 3.) restituant les données principales des états des lieux ainsi que les analyses faites et les positionnements pris par le comité d'experts ; cette synthèse ayant pour double finalité de nourrir la réflexion des experts sur les recommandations quant à l'expérimentation et de communiquer sur le processus et les résultats de la démarche de concertation.

Précisions préalables

Selon les membres du comité d'experts, l'élaboration d'un cahier des charges précis reste sous la responsabilité des organismes de tutelle et des structures souhaitant s'impliquer dans une expérimentation de salle de consommation supervisée. Aussi, se sont-ils attachés à expliciter un cadre de réflexion quant aux dimensions politiques et opérationnelles et aux enjeux locaux en terme de réduction des risques et de sécurité et tranquillité publique d'un tel projet, plutôt qu'élaborer un cahier des charges *ad hoc*. Ces recommandations relèvent de trois préoccupations d'ordre sanitaire, politique et déontologique :

- la réponse du projet expérimental aux besoins des personnes usagères de substances présentes sur le territoire,
- la prise en compte des positionnements des différents acteurs locaux, y compris les personnes usagères, dans l'élaboration des modalités opérationnelles du projet,
- l'inscription dans et l'articulation du projet avec le dispositif spécialisé existant sur le territoire.

Si le comité a souligné qu'inscrire le projet dans une démarche de recherche scientifique est d'autant plus nécessaire qu'il s'agit d'un sujet « passionnel », cette inscription a surtout concerné l'amont du projet, soit l'analyse des besoins locaux en termes de réduction des risques liés à l'injection, à l'inhalation et à l'usage par voie nasale. La dimension expérimentale proprement dite, soit la méthode

de vérification et de validation des apports spécifiques d'un tel projet au regard du dispositif existant (Quels objectifs de recherche ? Comment inclure cette dimension expérimentale dans le fonctionnement même de la structure ? Quelle méthode d'évaluation ?) n'a pas été travaillée par le comité. Ce protocole d'expérimentation et d'évaluation reste donc à élaborer, de préférence en associant des chercheurs et des acteurs du dispositif spécialisé, ces derniers étant au fait des modalités possibles de son inclusion dans le fonctionnement de la structure et des difficultés pouvant se présenter.

Enfin, ces recommandations sont à distinguer entre elles. Elles ont été élaborées dans la perspective qu'elles puissent intéresser d'autres villes souhaitant mettre en place des lieux dans lesquels des personnes usagères de substances peuvent les consommer à moindres risques. Néanmoins, certaines s'appuient sur les états des lieux réalisés et relèvent des caractéristiques de la situation marseillaise en termes de profils d'usagers et de pratiques d'usage. D'autre part, certaines de ces recommandations ont été définies comme des conditions *sine qua non* de la recevabilité d'un projet d'expérimentation. Tandis que d'autres, considérées comme ayant moins d'importance dans l'adéquation aux enjeux de santé et de tranquillité publiques ou comme relevant du cahier des charges ordinaire des structures de réduction des risques, ont été plutôt laissées à l'appropriation par les structures.

Recommandations générales sur la méthodologie d'expérimentation d'une salle de consommation à moindres risques

Préalablement au lancement de ses travaux, le comité d'experts a élaboré un certain nombre de préconisations qu'il a affinées au cours des séances collectives de travail, concernant la méthodologie générale d'élaboration du cahier des charges d'une salle de consommation supervisée :

- Inscrire le projet d'expérimentation dans une démarche scientifique impliquant les acteurs locaux de la politique de santé publique à destination des personnes usagères de substances : professionnels du soin spécialisé et de la Réduction des risques, chercheurs en sciences sociales et en épidémiologie, élus et services techniques spécialisés de la municipalité ;
- Appuyer l'expérimentation sur la démarche de recherche action impliquant l'ensemble des acteurs concernés (institutions de santé et de l'application de la loi, élus, professionnels du champ spécialisé, personnes usagères de substances) dans l'analyse préalable des besoins en réduction des risques et des enjeux locaux en terme de santé et de tranquillité publique et dans l'élaboration du fonctionnement du dispositif et de son mode d'évaluation ;
- Réaliser un état des lieux des pratiques d'usage de produits psychoactifs, et notamment de la pratique d'injection, et des profils d'usagers présents dans l'agglomération, permettant de spécifier les usages et les besoins au niveau local ;
- Inscrire l'expérimentation dans une démarche globale d'actualisation du dispositif spécialisé local, et, pour ce faire, réaliser un état des lieux des outils de Réduction des risques existants et des outils insuffisamment développés, voire manquants sur le territoire ;
- Procéder à une revue de la littérature sur les salles de consommations supervisées dans une démarche comparative permettant de caractériser le public potentiel au niveau local et de repérer les adaptations de fonctionnement à réaliser en cohérence avec la situation locale ;
- Lister l'ensemble des dimensions à réfléchir quant au fonctionnement d'un lieu de consommation supervisé et à son articulation avec le dispositif existant, en incluant la question des bénéfices économiques et humains en termes de santé publique au regard de l'existant ;
- Clarifier les représentations et les attentes des usagers ciblés et des professionnels vis-à-vis de ce dispositif, ainsi que les représentations et craintes de la population générale et potentiellement riveraine du projet ;
- Elaborer une terminologie commune et une stratégie de communication auprès de l'ensemble des acteurs concernés afin de favoriser la compréhension de ses enjeux et son acceptation.

Recommandations opérationnelles sur le fonctionnement d'une salle de consommation supervisée

● Structure ou prestation innovante, unicité ou multiplicité du lieu

A l'échelle d'une ville, la mise en place d'une SCS ne s'organise pas nécessairement en un lieu unique sous forme de structure *ad hoc*, elle peut être mise en place dans des lieux multiples selon différentes configurations qui peuvent alors se combiner. Il peut s'agir d'une structure de consommation supervisée, ou d'un lieu intégré dans une structure existante de réduction des risques (type CAARUD) ou de soins spécialisés (type CSAPA), ou encore d'une unité mobile rattachée à une structure existante. De même, les styles peuvent être différents, allant d'un lieu très aseptisé, similaire à une structure médicale, à un lieu ressemblant à une boutique. Cette diversité s'inscrit dans une stratégie d'adaptation à la diversité des rapports des usagers au dispositif spécialisé et à leurs demandes quant au type de lieu dans lesquels ils souhaitent consommer.

Concernant l'intégration d'un lieu de consommation dans une structure existante, elle présente plusieurs avantages par rapport à la création d'une structure spécifique : une appropriation du lieu par les usagers plus facile, un moindre coût, et une acceptation moins difficile par le voisinage, déjà habitué à la cohabitation et pouvant trouver un intérêt à ce que les personnes ne consomment plus dans l'espace public (aux alentours de la structure). Cependant, elle pose aussi des questions quant à la nécessité de travailler sur l'explication de la cohérence entre lieu de consommations et prestations existantes aux bénéficiaires, et quant aux aménagements nécessaires dans le fonctionnement tel qu'il était jusqu'à présent – notamment la gestion du temps d'occupation de la structure.

D'autre part, l'intégration dans une structure de soins spécialisés de type CSAPA risque de susciter de vives oppositions de la part du personnel pour des raisons idéologiques et d'éthique professionnelle chez les professionnels de santé (infirmier, médecin somatique, médecin psychiatre). De plus, les équipes de structures de réduction des risques ont acquis une formation et des compétences en réduction des risques nécessaires au fonctionnement d'une salle de consommation et dont les équipes de soins spécialisées sont souvent dépourvues. Il est possible qu'après un temps de compréhension des enjeux socio sanitaires d'une telle structure et une formation adéquate, une intégration dans une structure de soins spécialisés soit mieux acceptée.

Concernant la mise en place d'une unité mobile, celle-ci peut fonctionner durant les temps de fermeture d'un lieu fixe de salle de consommation. Le choix de l'unité mobile dépend de l'objectif que se donne le dispositif : aller vers les usagers *a priori* les plus éloignés du dispositif spécialisé, ou favoriser et renforcer les relations entre des usagers avec les structures spécialisées et les institutions. Ceci appelle à souligner la nécessité de veiller à ce que ses lieux de stationnement soient le plus neutres possibles et pas trop proches des lieux de vie des usagers et de leur entourage non-consommateur : la visibilité de leur fréquentation de l'unité pourrait leur faire craindre une stigmatisation accrue et décourager sa fréquentation.

Il est donc recommandé pour une ville donnée – et relativement à l'importance numérique supposée du public cible de :

- **Proposer plusieurs lieux** lorsque l'importance du public cible et l'étendue de l'agglomération concernée le nécessitent, mais dont un serait uniquement dédié à la consommation (avec un minimum de prestations de réduction des risques et d'accès aux soins) ;
- **Veiller à la diversité des configurations** de salle de consommation (au mieux en trois : salle dédiée, salle intégrée dans une structure de réduction des risques, salle intégrée dans une structure de soin spécialisé) ;
- **Dans un premier temps, l'intégration dans une structure existante est préférable dans une structure de réduction des risques** de type CAARUD : les équipes ont déjà une pratique et une posture de réduction des risques liés à l'usage de substances, et sont souvent moins réticentes idéologiquement à la supervision des consommations.

● Localisation

Le choix de la localisation de la ou des salles de consommation dépend de la géographie urbaine de chaque ville et de ses spécificités en matière d'usages de substances. Néanmoins, plusieurs remarques peuvent être faites en appui à la décision :

- le choix de la localisation dépend en premier lieu de l'existence d'une ou de plusieurs scènes ouvertes de consommation ; celle-ci devra se faire à proximité afin d'en favoriser l'appropriation et de répondre rapidement aux besoins des personnes ;
- les lieux de consommation dans l'espace public sont souvent mobiles et occasionnels, liés aux déplacements des usagers, aux stationnements des forces de l'ordre, et à la localisation des lieux d'achat ;
- les lieux de ramassage de seringues sont aussi des lieux d'abandon du matériel suite à une consommation dans un lieu privé, sans qu'il y ait eu consommation sur place ;
- les lieux d'achat de produit et ceux de consommation sont souvent dissociés - sauf dans le cas de certaines scènes ouvertes - soit entre quartiers périphériques (lieux d'achat) et centre ville (lieux de consommation), soit entre différents espaces du centre ville et différents espaces des quartiers périphériques ; la localisation doit tenir compte de cette géographie afin de se rapprocher au mieux des lieux de consommation et éviter les risques d'une trop grande proximité avec les lieux de vente ;
- le choix de la localisation doit tenir compte des préoccupations de sécurité et tranquillité publique de la population liées à la présence d'usagers de substances ; ceci dans une double perspective : répondre aux besoins des habitants voisinant avec les usagers et les structures

spécialisées, et favoriser l'implantation de la structure en soulignant cet objectif d'amélioration de la cohabitation.

Ainsi, trois critères doivent être retenus dans le choix de la localisation d'une salle :

- **La proximité aux lieux de consommation.** La localisation doit s'ajuster à la multiplicité des lieux de consommation et pallier à leur mobilité dans la ville, en multipliant les lieux de l'expérimentation. Il s'agit de réfléchir moins en termes de répartition égale de ces lieux sur l'ensemble de l'agglomération, que d'aires géographiques les plus concernées par l'usage et le recours au matériel d'injection ;
- **L'articulation avec la localisation des différents pôles du dispositif existant.** Dans le souci d'une cohérence de l'ensemble du dispositif et d'en favoriser l'appropriation par les usagers, la salle de consommation devra se situer à proximité à des autres structures de Réduction des risques et de soins spécialisés afin d'améliorer l'accès aux soins et aux droits. Le choix de la localisation devra également tenir compte de la répartition territoriale des volumes de matériel distribué et récupéré *via* les programmes d'échange de seringues, les automates et le ramassage de seringues ;
- **La réceptivité d'un quartier à l'intégration du dispositif.** La localisation doit se penser en fonction de la capacité du ou des quartiers à « absorber » le ou les dispositifs. Cette intégration est plus facile dans un quartier où les habitants et les commerçants ont l'habitude de côtoyer des usagers, ont une connaissance des conditions sanitaires dans lesquelles les usagers peuvent consommer, et, surtout, sont intéressés par une invisibilisation dans une structure des consommations ayant lieu dans l'espace public. D'autre part, l'hétérogénéité du tissu urbain est un atout : il est nécessaire d'identifier des espaces en friche et situés dans des zones peu habitées pour favoriser l'implantation du dispositif.

● Public et Voies d'administration ciblés

- Public cible

De façon générale, le public ciblé est les utilisateurs de substances psychoactives licites et illicites, consommant par la voie intraveineuse, nasale ou l'inhalation orale. Il s'agit plus particulièrement du public qui échappe au dispositif de soins spécialisés car il n'est pas dans une démarche d'arrêt de l'usage et/ou perçoit le dispositif comme visant à l'inscrire dans cette démarche.

L'objectif prioritaire d'une salle de consommation est de ramener vers le soin des usagers en grande précarité, qui n'y ont pas accès et/ou ne veulent pas y recourir, et consomment dans des conditions sanitaires les rendant d'autant plus vulnérables aux risques infectieux et sanitaires.

Mais, la définition du public cible doit intégrer l'ensemble des profils d'utilisateurs présents sur la ville, dans la diversité de leurs pratiques et situations sociales et sanitaires. Cette définition doit prendre notamment en compte certains profils spécifiques tels que les femmes et les utilisateurs récents, et il est préférable que le projet prévoit des modalités spécifiques d'accompagnement de ces publics.

A propos de l'accueil des mineurs et des femmes enceintes, la décision appartient à la structure. Mais le projet devra expliciter sa décision, ce qui a motivé cette décision, et, le cas échéant, devra proposer des modalités spécifiques de leur accompagnement.

La revue de la littérature internationale montre que la définition initiale du public cible est souvent modifiée avec le temps. Généralement, l'estimation chiffrée du public qui sera reçu est surestimée ; des profils d'utilisateurs non attendus au départ peuvent utiliser la salle de consommation, en particulier des utilisateurs dits 'cachés' du dispositif spécialisé du fait de leur insertion sociale, ou des utilisateurs occasionnels qui sont dans un usage « de maintenance ». Seule l'expérimentation elle-même permet de mieux connaître la population usagère de substances présente dans la ville quant à son importance numérique et à sa diversité.

Ainsi, la définition du public cible :

- **doit être la plus fine possible et cohérente avec la population usagère de substances présente sur la ville** du point de vue de son importance numérique estimée et de la diversité des profils d'utilisateurs ;
 - **doit être motivée et articulée à des modalités d'accueil et d'accompagnement spécifiques dans le cas de publics particulièrement vulnérables (ou relevant de situation complexe) ;**
 - **ne peut être considérée comme définitive, doit être évaluée au terme d'une certaine durée de fonctionnement** et, le cas échéant, être ajustée au public effectivement reçu et/ou prévoir des ajustements du fonctionnement global afin d'attirer la fraction du public ciblé qui ne vient pas ;
 - au regard de ce qui vient d'être souligné, **ne peut être un critère d'évaluation trop rigoureux** de la réalisation des objectifs que la structure s'est donnés, lorsqu'elle sera mise en perspective avec le public qui la fréquente effectivement.
- Voies d'administration ciblées

Les utilisateurs recourant à la voie intraveineuse sont prioritairement visés, étant donné le rôle premier des conditions d'injection dans la survenue des dommages et des infections et dans les problèmes de tranquillité et sécurité publique.

Mais restreindre l'activité de la structure à l'injection représente un non-sens en termes d'amélioration de l'état de santé des personnes et du principe d'une réduction des risques par paliers. Sa pertinence relève de sa capacité à répondre à la diversité des besoins et à favoriser l'évolution des pratiques de consommation vers des conduites moins risquées. La salle d'inhalation (voie fumée ou voie nasale) permet aux personnes qui injectent de passer à ou d'alterner avec une voie d'administration moins dommageable pour le système veineux et moins risquée sur le plan sanitaire et infectieux. La littérature internationale illustre que l'offre crée la demande : la possibilité pour les usagers d'inhaler le produit favorise l'abandon momentané ou définitif de l'injection.

S'inscrivant dans une démarche de promotion de la santé, **la salle de consommation doit obligatoirement inclure dans son fonctionnement, dans son aménagement et dans l'accompagnement des usagers, outre la possibilité d'injecter, celle d'inhaler par voie nasale ou orale.**

● **Modalités d'encadrement de l'administration des substances**

• **Nécessité structurelle et choix individuel de la supervision**

En l'absence de possibilité de supervision de l'administration de produit, la fonction de la salle est réduite à une fonction de lieu d'aseptisation des conditions de la pratique et ne s'inscrit pas dans une stratégie à long terme d'acquisition par les usagers de savoirs et de savoir-faire favorisant des pratiques à moindres risques. D'autre part, la notion de supervision peut être entendue de différentes façons tant par les usagers que par les professionnels chargés de la mettre en œuvre.

Aussi, chaque projet doit nécessairement mettre en place et définir ce qui est entendu par « supervision » de la consommation, du point de vue de ses objectifs et de ses modalités, et cette supervision doit concerner aussi bien l'injection que l'inhalation.

En outre, cette définition et la modalité de sa mise en œuvre devront tenir compte de plusieurs pré-requis et faire apparaître la façon dont elle les intègre dans le fonctionnement :

- L'usage de produits, surtout la pratique d'injection, relève de l'intime et la supervision peut être entendue comme de la surveillance et de l'intrusion ;
- La supervision s'entend au sens de complémentarité des savoirs professionnels et des savoirs pratiques de l'utilisateur et au sens de *cheminer avec* la personne, en s'appuyant sur la connaissance qu'elle a de son corps et de son système veineux ;
- La personne doit être considérée comme responsable de ses actes et sujet de sa pratique ;

- Il existe trois temporalités dans la supervision : dans le moment qui précède l'administration ; le moment même de l'administration ; après la consommation ou dans l'attente d'une deuxième administration de produit (si les règles de fonctionnement le permettent) ;
- Il existe différents degrés dans la supervision : allant de la délivrance de conseils sur la manipulation du matériel et d'information sur le système veineux, à l'acceptation ou au refus de certains sites d'injection ou de la consommation dans certaines conditions d'hygiène corporelle, ceci pour une question de sécurisation de la prise et dans un objectif d'acquisition par l'utilisateur d'un minimum de précautions.

La salle de consommation doit *a minima* intégrer plusieurs contraintes dans la mise en place de la supervision :

- La supervision ne doit pas être une condition *sine qua non* à l'accueil d'une personne sur la structure et à l'administration de substances, quelle que soit sa pratique d'usage, au risque de faire fuir une partie du public cible ;
- La conduite de la supervision doit être personnalisée, c'est-à-dire se moduler en fonction de l'expertise que chaque usager développe peu ou prou sur sa pratique, et en fonction de ce qui se joue pour lui à ce moment-là de sa vie ;
- L'aménagement du lieu doit permettre une intimité relative de l'administration de substances, quand bien même un professionnel est nécessairement présent ;
- En aucun cas, la réalisation de l'injection ne doit être faite par le professionnel lui-même, ni il ne doit aider à la prise par inhalation, ou encore à la préparation du produit ;
- Le projet doit prévoir différentes modalités de supervision selon les différentes temporalités de la fréquentation du lieu ;
- Les échanges avec l'utilisateur lors du recours au programme d'échange de seringues, notamment en termes de choix du matériel utilisé, ou dans l'espace d'accueil avant l'administration du produit ;
- La délivrance de conseils personnalisés sur l'hygiène, la manipulation du matériel, la préparation du produit, le choix du site d'injection, le repérage des veines, lors de la consommation ;
- L'aménagement d'espaces temps d'échange des techniques et des savoirs de réduction des risques, spontanément dans l'espace d'accueil, ou de façon plus formelle dans le cadre

d'ateliers avec, par exemple, recours à un bras infirmier (obstacle du coût de cet outil) ou dans le cadre de groupes experts (le groupe d'usagers, accompagnés par deux intervenants, fait expertise) ;

- Si certaines modalités de supervision doivent être laissées au libre choix de la personne (connaissances pharmacologiques et somatiques, savoirs techniques), certaines modalités doivent être incluses sous forme d'incitation forte ou de conditions à l'injection telles que : la déclaration du produit injecté ou inhalé et des produits consommés dans les heures précédentes, la réalisation d'un minimum de soins d'hygiène (mains et site(s) d'injection), la proscription de certains sites d'injection, l'utilisation du matériel le plus adéquat au produit injecté et/ou à l'état veineux, la proscription en cas de première utilisation d'un produit, le fait que la personne ne soit pas dans un état d'ivresse ou de modification de l'état de conscience trop important au point qu'elle ne puisse pas respecter les règles de fonctionnement et de sécurisation des prises.

Ainsi, le projet doit nécessairement faire apparaître les modalités de la supervision dans sa double acception de régulation des pratiques et de « regard sur », soit selon deux axes :

- **une éducation à la réduction des risques liés à la consommation**, notamment à l'injection, soit un accompagnement de l'utilisateur par une équipe de professionnels visant son acquisition de savoirs et de savoir-faire qu'il puisse mobiliser sur le long terme et faire circuler auprès de ses pairs ;
- **une sécurisation de la prise** sous forme d'intervention rapide, ciblée et systématique en cas de danger évident (manquement aux règles d'asepsie, quantité de produit trop importante...) ou d'accident sanitaire (overdose, intoxication...), quel que soit le type de supervision sollicité par l'utilisateur.
- **Modalités de consommation acceptées et refusées**

Le projet doit obligatoirement préciser les modalités de consommation qui sont acceptées et refusées en termes de produits consommés, de sites d'injection, de consommations dans les heures précédentes, de nombre de prises et d'intervalle de temps entre chacune dans une journée par exemple.

Mais il doit aussi justifier ces choix et les prendre en compte dans l'élaboration des modalités de supervision et de prise en charge médicale.

- **Sécurisation, réanimation**

La première forme de sécurisation de l'administration de produits passe par la prise en compte de l'état de la personne, de ses consommations dans les heures précédentes. Aussi, le projet doit faire apparaître les critères relevant de l'état de la personne et de ses consommations récentes sur la base desquels les professionnels peuvent être conduits à accepter ou refuser une prise de produits dans la structure.

La sécurisation passe également par la présence obligatoire en permanence dans la salle de consommation d'un infirmier ou d'un médecin, et par la formation des membres de l'équipe aux premiers secours (cf. infra).

Enfin, le projet doit nécessairement faire apparaître les conditions de prise en charge en cas d'urgence : accident, overdose, intoxication. Il doit préciser les professionnels et services d'urgence sanitaire avec lesquels il est entendu qu'ils interviennent en cas de nécessité. Il est préférable que soit établi un protocole d'intervention avec des services d'urgence hospitaliers et/ou avec des médecins spécifiques.

- [Hygiène générale](#)

Le projet doit inclure, avant la prise de produits, d'une part, la possibilité d'accès à du matériel d'hygiène pour les personnes qui le demandent et, d'autre part, l'obligation de réaliser un minimum d'actes d'hygiène pour les mains et les sites d'injection.

● **Prestations hors l'administration de substances**

- [Programme d'échange de seringues](#)

La mise en place d'un Programme d'échange de seringues, de même que le dépôt du matériel usagé à l'entrée dans la structure sont évidemment obligatoires quel que soit le type de salle de consommation.

Afin de garantir l'adéquation du service à la diversité des pratiques, la mise à disposition d'un matériel diversifié d'injection (seringues, aiguilles, filtres) présente lui aussi un caractère obligatoire.

- [Outils et informations de Réduction des Risques](#)

L'accès à l'information de Réduction des risques doit être possible via la combinaison de différents médias : flyers, affiches, séances d'information collectives...

La mise à disposition de l'ensemble des outils de réduction des risques existant en France est obligatoire : préservatifs masculins et féminins, kit injection, matériel d'injection à l'unité, matériel d'inhalation par voie orale, matériel d'inhalation par voie nasale, kit hygiène.

- [Soins infirmiers, consultation médicale, traitements de substitution, Testeur rapide d'orientation au dépistage \(TROD\)](#)

Les prestations médicales se déclinent selon le type de structure elle-même et en cohérence avec l'objectif d'attirer des usagers qui ne sollicitent habituellement pas le dispositif spécialisé par crainte d'un contrôle social de leur conduite et d'une incitation à cesser l'usage.

L'offre de soins infirmiers est obligatoire quel que soit le type de structure ; et la possibilité de consultation infirmière doit être permanente durant les heures d'ouverture de la salle.

La possibilité de consultation médicale a également un caractère obligatoire. Cependant, un service médical ouvert sur toute la durée d'ouverture de la structure n'est pas nécessaire au regard des besoins des usagers, est très lourd financièrement pour une structure, et ne fait pas partie du cahier des charges d'un CAARUD. Le cas échéant, la structure doit orienter, au mieux accompagner, les personnes vers d'autres structures ou services de soin.

La possibilité d'initier un traitement de substitution doit être communiquée aux usagers dans les structures qui le permettent déjà. Dans le cas d'un lieu dédié exclusivement à la consommation, cette prestation serait malvenue car peut être interprétée comme animée de l'intention de faire cesser l'usage. Evidemment, l'information sur ces traitements et les conditions de prescription doit être assurée par les membres de l'équipe.

La mise en place de Testeurs rapides d'orientation au dépistage, d'une part, est contrainte par la nécessité de formation professionnelle adaptée des intervenants. Mais surtout, elle pose la question du moment du dépistage (avant/ après la consommation) et de l'état dans lequel la personne se trouve à ce moment là pour recevoir l'information – d'autant qu'elle peut avoir consommé avant de venir. D'autre part, proposer un dépistage à des personnes qui ne viennent pas dans l'intention de le faire peut être perçu comme une forme de contrôle de la conduite individuelle.

Il reste que cette mise en place nécessite de la part des porteurs du projet une réflexion approfondie quant à ses enjeux et aux risques qui peuvent être pris du point de vue des personnes. Auquel cas, l'annonce du résultat ne peut en aucun cas se faire après la consommation dans la structure – ou lorsque la personne, qui arrive sur la structure, n'est pas en état de saisir véritablement la portée de cette annonce.

- [Aide sociale](#)

L'aide sociale sous forme de présence d'un ou d'une assistante sociale ne présente pas un caractère obligatoire.

En revanche, la structure doit la proposer systématiquement, assurer l'information sur l'accès aux droits, soutenir les personnes dans leurs démarches administratives, et, le cas échéant, les orienter vers les services sociaux.

- [Entretien personnalisé, *counseling*](#)

L'entretien personnalisé et le *counselling* se distinguent de l'entretien de supervision de l'administration de produits. Leur inclusion dans l'offre de prestations de la structure est tout aussi obligatoire mais se module différemment.

Un entretien personnalisé lors de la première visite de la personne à la structure est obligatoire afin de connaître *a minima* ses modalités de consommation (produits, voie d'administration, associations, traitements médicaux, traitements de substitution...) pour des raisons de sécurisation de la prise ; il ne doit pas nécessairement aborder, si la personne ne le souhaite pas, d'autres dimensions de sa vie.

Par la suite, il peut être proposé régulièrement à la personne un entretien personnalisé concernant les démarches de soins et d'accès aux droits ou de type *counselling*. Mais, de même que l'entretien de supervision, le refus d'entretiens par une personne accueillie ne peut représenter un motif de ne plus la recevoir sur la structure.

- [Analyse de produits](#)

L'inclusion de l'analyse de produit, que ce soit celui qui sera consommé dans la structure ou que ce soit un produit qui sera consommé ailleurs ultérieurement, présente plusieurs avantages. Elle permet une sécurisation relative de la consommation où qu'elle ait lieu, elle représente un produit d'appel notamment à l'attention de certains usagers les plus méfiants vis-à-vis des dispositifs de réduction des risques, elle peut être l'occasion d'un entretien personnalisé sur la pratique de consommation et constitue un outil de veille de la composition des produits illicites. Cependant, il s'agit d'un dispositif très coûteux, requérant des compétences professionnelles spécifiques (pharmacie, chimie) et dont la durée de rendu de résultat (une heure) peut décourager son recours. En outre, si les médicaments occupent une part importante des produits consommés dans la salle, l'analyse de produit sera d'autant peu utile.

Il représente un outil supplémentaire mais non indispensable d'une salle de consommation.

- [Boutique](#)

La mise en place d'une boutique (douches, lave linge, consignes...) relève de l'un des principaux objectifs de la salle de consommation de répondre aux besoins des usagers sans logement et vivant en squat, et les plus vulnérables aux risques liés à l'usage de substances psychoactives. Elle présente également l'intérêt d'aménager les temps d'attente avant et de descente des effets après l'administration de produits et de représenter un lieu de sociabilité permettant de ne pas réduire la structure à une salle de consommation.

Elle ne présente pas un caractère obligatoire, mais elle est vivement conseillée lorsque l'agglomération d'implantation de la salle de consommation en est dépourvue.

● **Articulation avec le dispositif spécialisé existant**

- Une structure ou prestation de première ligne

La salle de consommation supervisée ne peut avoir d'objectif purement médico-social (abandon de la pratique d'injection, abstinence, entrée dans un protocole de substitution, insertion professionnelle) au risque de faire fuir une partie des usagers ciblés, notamment ceux qui actuellement ne sollicitent pas le dispositif spécialisé par crainte d'une incitation à l'abstinence, et/ou d'être évalué comme inefficace. Toutefois, dans une perspective de promotion de la santé, il ne peut non plus être réduit à un lieu de consommation à moindre risque.

La salle de consommation doit remplir avant tout une mission de structure de première ligne, tout en étant un lieu de mise en lien avec le dispositif médico-social. L'élaboration du fonctionnement doit se faire dans le souci de cet équilibre délicat entre accueil à bas seuil d'exigence et lieu d'ouverture au dispositif de soin spécialisé dans sa diversité.

Le projet doit donc préciser les modalités opérationnelles de l'articulation de la SCS avec :

- les structures de réduction des risques et de soins spécialisés,
- et le travail de proximité, réalisé par les équipes de travail de rue/de squat, les pharmacies et les médecins généralistes.

• **Orientation vers d'autres services**

La structure doit répondre aux besoins des personnes accueillies en termes d'aide et d'accompagnement dans l'accès aux droits sociaux et aux soins. Le cas échéant, les membres de l'équipe doivent orienter, et en cas d'urgence ou de nécessité accompagner, les personnes vers les services d'aide sociale, les centres de soins spécialisés, mais également les services hospitaliers et les centres de dépistage.

• **Formations et encadrement du personnel**

• **Composition et qualifications de l'équipe**

L'équipe doit réunir *a minima* un chef de service, un ou des infirmiers, un ou des éducateurs spécialisés, un médecin. Toutefois, le temps de présence de chacun d'entre eux sur la structure n'est pas nécessairement identique - par exemple, entre les infirmiers et le chef de service.

La composition de l'équipe dépend de la configuration de la salle, selon qu'il s'agisse d'une prestation dans une structure existante – dont une partie de l'équipe peut intervenir dans la salle – ou d'un lieu spécifiquement dédié. Néanmoins, dans la salle de consommation et à chaque administration de produit, un-e infirmier-e doit obligatoirement être présent. Il est également obligatoire qu'une seconde

personne soit présente lors de chaque administration de produits – soit deux personnes constamment présentes dans la salle.

Bien que cela ne puisse constituer un critère de non-recevabilité du projet, il est considéré qu'intégrer les travailleurs pairs (usagers actifs ou anciens usagers) dans le fonctionnement de la salle de consommation pourrait à les mettre en danger. Des *anciens* usagers peuvent être recrutés à la double condition qu'ils aient acquis une formation d'éducateur spécialisé, d'infirmier ou autre, et qu'ils aient pris de la distance avec la consommation de produits – évaluation on ne peut plus difficile à faire pour la personne chargée du recrutement du personnel. Il est préférable qu'ils aient un rôle dans les autres pôles de la structure : accueil, programme d'échange de seringue, ramassage du matériel usager aux alentours.

- Formations à la réduction des risques et à la supervision de l'administration de substances

Le cahier des charges peut également définir les compétences attendues de chaque professionnel de santé ou de travail social dans le cadre d'une structure de ce type.

Il est particulièrement recommandé que les membres de l'équipe soient formés :

- aux effets physiques et psychiques des produits ;
- aux dommages et aux risques associés à l'usage des produits ;
- aux techniques de consommation et aux techniques de réduction des risques ;
- aux caractéristiques locales de l'usage en terme de profils d'usager, de pratiques d'usage et des produits consommés.

La formation professionnelle initiale en travail social ou dans le champ de la santé aborde rarement la réalité clinique de l'usage, de ses dommages et des conditions sanitaires et sociales de l'usage, ni celle de la relation avec des personnes usagères de substances psychoactives, dont les parcours de vie, les situations, les pratiques, et les rapports aux professionnels sont très hétérogènes.

Aussi, *quelle que soit cette formation initiale*, les membres de l'équipe devront obligatoirement être formés aux substances psychoactives illicites et licites (TSO, Alcool) et à leurs usages, ainsi qu'au matériel de réduction des risques, à la supervision et au *counselling*.

Il est préconisé que le projet inclut une formation de toute l'équipe non soignante aux premiers secours.

- **Supervision de l'équipe**

Le degré nécessaire de supervision des professionnels est vraisemblablement plus élevé que dans les structures actuelles de réduction des risques et de soins spécialisés dans la mesure où les professionnels peuvent être confrontés à des situations particulièrement délicates dans la supervision des consommations (personnalité des consommateurs, état du corps, overdoses, accidents...) et

dans les autres espaces temps de la structure (gestion des tensions liées à l'attente, vigilance quant aux risques de trafic de produits...). Dans une telle structure, la supervision des professionnels est utile également dans l'objectif de limiter le *turn over* qui risque d'être plus important que dans toute autre structure étant donné la difficulté de certaines situations.

Outre la réunion d'équipe hebdomadaire, le projet doit obligatoirement prévoir :

- un débriefing quotidien,
- une supervision régulière de l'équipe par un psychologue extérieur à la structure, au mieux deux fois par mois, par un intervenant extérieur.

- **Aménagement du lieu, gestion du temps, règles d'accès et de fonctionnement interne**

Préalablement, il est souligné que la mise en place de règles de fonctionnement n'ont pas pour vocation d'infantiliser les usagers, mais de favoriser l'observation de limites dans l'usage et l'acquisition de savoirs et de savoir-faire et de garantir la sécurisation des personnes au sein de la structure, en lien avec la consommation ou les autres usagers.

- **Droits d'accès**

Tout usager se présentant dans la structure devra être accueilli et avoir accès à l'ensemble des prestations. Les seules exceptions étant les usagers *exclusifs* d'alcool et/ou de tabac. Seul l'accès à la salle de consommation sera régi par les règles définies par le projet.

Le projet doit également faire apparaître son positionnement quant aux usagers qui seraient de fait exclus par l'interdiction de tel produit, tel site d'injection ou telle situation particulière (Femme enceinte, mineurs...). Concernant certains profils particuliers, il est préconisé de proposer des modalités spécifiques d'accueil et de supervision de la consommation.

L'enregistrement des personnes dans la salle de consommation doit être anonyme.

- **Droits des usagers**

Le projet doit expliciter les modalités de sollicitation et de prise en compte de l'avis des personnes sollicitant la salle de consommation supervisée. Outre le recours aux outils de la loi de 2002 (livret d'accueil, conseil de la vie sociale...), il est recommandé que ce recueil des opinions des usagers se fasse régulièrement et de façon anonyme, sous forme par exemple d'enquête de satisfaction annuelle réalisée par un professionnel extérieur à la structure.

- **Aménagement du lieu**

Qu'il s'agisse d'une structure dédiée à la consommation supervisée ou d'une prestation dans une structure existante, le projet devra prévoir *a minima* :

- Une salle d'accueil, de sociabilité et de ressources, permettant de recevoir les usagers mais également de ne pas réduire la structure à l'offre d'un lieu de consommation, de sortir certains usagers de leur isolement, et de favoriser la circulation des connaissances et compétences de réduction des risques entre les personnes, professionnels et usagers ;
- Un espace dédié à la mise à disposition des outils et des informations de réduction des risques, dont le programme d'échange de seringues, qu'il est préférable d'installer dans la salle d'accueil ;
- Un espace d'entretien personnalisé distinct de la salle d'accueil et de la salle de consommation, où sera disponible également le matériel et les informations de réduction des risques ;
- La salle de consommation supervisée.

- **Horaires du dispositif**

Des horaires classiques (9h-17h) seraient partiellement en décalage avec les plages horaires auxquelles la consommation est la plus fréquente (après midi et soirée) et risqueraient de limiter l'accès du dispositif à une partie des usagers, et d'exclure notamment ceux qui travaillent. En outre, l'ouverture en soirée, nuit et week-end permet l'accès au PES, à du *counselling*, à l'information de réduction des risques et sur l'accès aux droits et aux soins à des horaires auxquels les autres structures (à l'exception des Sleep'in) sont fermées.

Aussi, est-il recommandé au mieux une ouverture de la salle tous les jours et du début d'après midi jusqu'au milieu de la nuit (3h). Néanmoins, pour des questions notamment de coût, il peut être envisagé, par exemple, des ouvertures en après midi et en soirée (de 14h à 22h) quatre à cinq jours par semaine et une ouverture en soirée et nuit (de 18h à 3h) les trois ou deux autres jours.

La configuration d'unité mobile (bus) peut être particulièrement intéressante en complément ou remplacement du lieu fixe sur l'horaire soirée-nuit.

- **Organisation des temporalités de l'administration de produits**

La salle de consommation doit répondre à un double objectif de mise à l'abri des personnes vivant souvent dans la rue et en squat avant la consommation et de leur sécurisation après la consommation, et de réponse à la préoccupation de tranquillité publique des riverains via la réduction des nuisances publiques parfois induites par la présence des usagers dans la rue (trafics, nuisances sonores, abandon de déchets, présence physique intempestive). Ce qui ne nécessite pas un espace/salle spécifique, mais peut être l'une des fonctions de l'espace d'accueil. Cet espace temps de descente ne remplace toutefois pas l'espace de sociabilité et de ressources.

Aussi, **il est obligatoire d'organiser un lieu d'accueil durant les temporalités qui précèdent et succèdent les prises de produits.**

Pour les mêmes raisons, il est préconisé de disposer d'un espace extérieur permettant de gérer les temps d'attente avant la consommation, souvent partiellement occupé par les usagers à fumer des cigarettes. De plus, il permet de pallier au paradoxe résidant dans l'offre d'un lieu de consommation de substances illicites où la consommation de tabac est interdite. Cet espace extérieur permet également de prévenir les tensions pouvant survenir du fait de l'attente.

Le projet doit prévoir le temps maximal imparti à chaque personne pour chaque consommation et le temps minimal entre chaque consommation. Cette définition doit tenir compte des spécificités de chaque produit ou classe de produits en terme de préparation et de durée des effets (ou fréquence de prise). Par exemple, le temps entre chaque prise d'héroïne est plus long qu'entre celles de cocaïne.

D'autre part, tous les usagers fréquentant une salle de consommation supervisée n'ont pas les mêmes techniques, connaissances et préoccupations en termes de préservation de soi, ni ne ressentent les mêmes besoins ou envies en termes de sollicitation et d'appui sur les professionnels de la structure. L'organisation de l'occupation de la salle doit ainsi tenir compte de deux temporalités dans lesquelles peuvent être les usagers : l'une, courte, pour ceux qui sont expérimentés, soigneux et n'ont pas besoin d'un réel accompagnement ; une autre pour les usagers, dont un accompagnement approfondi est nécessaire sur un long terme. Le fonctionnement, notamment les règles de sa fréquentation et l'offre d'espace-temps d'entretien, devra donc être pensé en fonction de cette diversité des besoins des usagers.

- Fonctionnement interne

Le fonctionnement interne ne nécessite pas de recommandations particulières en dehors de tout ce qui est abordé dans ce document. Il répond au cahier des charges d'une structure de réduction des risques ou de soin spécialisé.

- **Relations avec le voisinage**

- Communication sur le fonctionnement de la structure

Le choix de la communication auprès du voisinage en amont ou en aval de la mise en place de la structure reste difficile à faire : par le passé, les deux stratégies ont pu favoriser ou au contraire compliquer le fonctionnement de la structure et ses relations avec les habitants du quartier. De toutes façons, le projet d'expérimentation devra expliciter ce qui sera mis en place lors de l'implantation et dans le fonctionnement ordinaire (ex : journées portes ouvertes, réunion d'information dans les locaux,

temps de convivialité...) pour communiquer auprès des riverains, des élus locaux et des forces de police sur les objectifs, les enjeux et le fonctionnement d'une telle structure.

- **Comité de suivi**

Il est obligatoire de prévoir la constitution d'un comité de suivi se réunissant régulièrement (ex : tous les deux mois) qui favorise l'acceptation par les riverains d'une telle structure. Il permet de rendre compte du fonctionnement, des difficultés et des réussites du centre de consommation et de résoudre les nuisances et les tensions pouvant résulter de la cohabitation. Il doit être composé :

- du directeur et du chef de service de la salle de consommation,
- de l'élu adjoint à la santé et les services techniques de la mairie centrale dévolus à la politique de santé publique,
- du maire ou un représentant du maire de secteur,
- d'un ou plusieurs représentants des bénéficiaires de la salle de consommation,
- d'un ou plusieurs représentants du comité d'intérêt de quartier ou des riverains,
- d'un ou plusieurs représentants des associations d'autosupport,
- d'un ou plusieurs représentants du commissariat de quartier,
- d'un ou plusieurs représentants du CUCS,
- du responsable local de la MILDT.

- **Ramassage du matériel usagé**

Le ramassage régulier des seringues aux alentours du Centre ou sur appel des riverains doit être inscrit dans le fonctionnement de la structure et, si possible, effectué par des usagers encadrés par des membres de l'équipe. Ceci, afin de responsabiliser les usagers quant au matériel usagé et de favoriser l'inter-connaissance et la bonne entente entre les riverains d'une part et les usagers et le personnel de la structure d'autre part.

- **Evaluation du dispositif**

Le projet d'expérimentation devra obligatoirement mentionner la méthodologie choisie en ce qui concerne l'évaluation de sa capacité à répondre aux besoins sanitaires des usagers et à apporter une plus value au regard du dispositif de réduction des risques existant.

Bien que ce critère soit non obligatoire, la validation de la méthodologie choisie prendra en compte le fait que cette évaluation est conduite ou suivie scientifiquement par un professionnel indépendant de la structure.

Annexes

Sigles

AFR - Association Française de Réduction des risques

ANITEA - Association Nationale des Intervenants en Toxicomanies Et des Addictions

ARS - Agence Régionale de Santé

ASUD - AutoSupport des Usagers de Drogues

CAARUD - Centre d'Aide et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CSAPA - Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention des Addictions

CUCS - Contrat Urbain de Cohésion Sociale

ESPT - Elus Santé Publique et Territoires

INSERM - Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MDM - Médecins du Monde

MILDT - Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie

PES - Programme d'Echange de Seringues