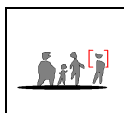


**Groupe de Recherche
sur la Vulnérabilité Sociale**



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

[Octobre 2010 – Septembre 2012]

Synthèse des travaux du comité d'experts

Version longue

Juillet 2011

Composition du comité d'experts

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

Mme CARRIERI, INSERM U 912, Chargée de recherche

Dr DE SEVERAC, Prévention et 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)

Ressources documentaires

Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances – Provence Alpes Côte d'Azur (DADD-PACA)

Réalisation de la synthèse

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

Sommaire

Introduction.....	6
Le choix de la continuité et de l'innovation dans la politique de santé publique à destination des personnes usagères de produits psychoactifs.....	8
Les spécificités des usagers marseillais en termes d'exposition aux risques liés à l'usage de produits psychoactifs.....	12
Estimation du nombre d'usagers de produits psychoactifs vus dans le dispositif spécialisé	12
Une population plus âgée et particulièrement précarisée	13
Un renouvellement des usagers sans contact avec le dispositif spécialisé.....	14
Des usages de BHD, de stimulants et de sulfates de morphine plus fréquents, et un retour de l'héroïne	15
Une prévalence de l'injection particulièrement élevée et une grande précarité augmentant le risque de partage de matériel	15
Une moindre fréquence des traitements de substitution aux opiacés et des prévalences VIH / VHC et de comorbidités psychiatriques particulièrement élevées	16
Etat des lieux du dispositif de Réduction des risques à Marseille.....	18
Besoins en termes de Réduction des risques et de soins spécialisés à Marseille	18
Le dispositif actuel de Réduction des risques à Marseille	19
La diversité du dispositif de réduction des risques.....	19
Géographie et évolution récente du volume de matériel d'injection stérile distribué.....	20
L'accessibilité du dispositif et du matériel de Réduction des risques....	23
Les axes d'amélioration du dispositif de RdR à Marseille.....	24
Positionnements et préconisations quant à l'expérimentation d'une salle de consommation à moindres risques à Marseille.....	29

Un projet inscrit dans une dynamique globale d'actualisation du dispositif de Réduction des risques à Marseille	29
Des finalités sanitaires et humanistes mais aussi de tranquillité publique.....	31
Préconisations préalables à l'expérimentation d'une salle de consommation à moindres risques	33
Bibliographie.....	35
Annexe 1. Glossaire	37
Annexe 2. Tableau descriptif des enquêtes utilisées pour l'état des lieux sur les usagers et les usages de produits psychoactifs à Marseille.....	38
Annexe n°3. Estimation du nombre d'usagers vus directement ou indirectement par le dispositif spécialisé à Marseille	40
Annexe n°4. Inventaire et cartographie du dispositif de Réduction des risques à Marseille Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances - Provence Alpes Côte d'Azur	41
Annexe n°5. Evolution du volume de seringues stériles donné à Marseille via les structures de Réduction des risques, les automates et les pharmacies entre 2000 et 2009.....	43

Introduction

La Ville de Marseille, par l'intermédiaire de ses élus municipaux successifs délégués « au Sida et à la Toxicomanie » et de sa Direction de la Santé publique (DSP), devenue Service de la Santé Publique et des Handicapés (SSPH) en 2010, est engagée depuis de nombreuses années dans la politique de santé publique à destination des personnes usagères de produits psychoactifs. Ceci s'explique en premier lieu par une prévalence historiquement élevée du recours à l'injection, et un taux de contamination VIH particulièrement important chez les adultes de 25-34 ans à Marseille en 1996¹, c'est à dire lors des premières initiatives de la Ville en matière de réduction des risques. Cet engagement de la Ville s'inscrit aussi dans une préoccupation de santé publique et d'égalité dans l'accès aux soins pour ces personnes, mais également dans un souci de cohérence avec un positionnement sur l'évolution nécessaire des outils et des pratiques professionnelles de réduction des risques en lien avec l'évolution permanente des pratiques d'usage de produits.

En septembre 2010, dans un contexte de débat national sur l'expérimentation de salles de consommation à moindres risques (SCMR), la Ville, par l'intermédiaire du Dr Padovani, Adjoint à la santé, 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).

Pour ce faire, le SSPH constitue un comité d'experts, composé d'un panel représentatif des acteurs locaux travaillant auprès de ou à l'attention des personnes usagères de produits psychoactifs : professionnels des soins spécialisés, professionnels de réduction des risques, représentants d'usagers, chercheurs spécialisés dans l'observation et l'analyse des usages de produits. Des responsables du Service de la Santé Publique et des Handicapés de la Ville de Marseille et Mr Padovani participent au comité d'experts. Il sollicite également le Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale pour une mission d'accompagnement méthodologique de la démarche, ainsi que le Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances – Provence Alpes Côte d'Azur pour réaliser une veille documentaire. Le comité d'experts appuie ses travaux sur l'évolution du débat national à propos de l'expérimentation de salles de consommation à moindres risques et sur les réflexions des acteurs favorables à cette expérimentation, notamment le Collectif du 19 mai, devenu en mars 2011 le

¹En 1995, la Région PACA est, avec près de 5000 cas de Sida déclaré depuis le début de l'épidémie, la deuxième région de France métropolitaine la plus touchée par l'épidémie. Le taux de nouveaux cas de Sida (incidence annuelle) par million d'habitants (153 par million) en 1995 était presque le double du taux français. En 1996, le Sida est la première cause de mortalité chez les jeunes adultes de 25 à 34 ans. La comparaison des taux de cas de Sida cumulés par million d'habitants fait apparaître la prédominance de la transmission liée à l'usage de drogues par voie injectable (1 cas sur 2 environ). À Marseille même, des estimations indiquent que cette ville comporte trois fois plus de cas de Sida que la moyenne nationale pour cette population (ORS PACA, 1994).

Réseau français de réduction des risques, l'association Elus, Santé Publique et Territoire (ESPT), les fédérations d'associations spécialisées : Fédération Addiction et Association Française de Réduction des risques (AFR).

Préalablement à l'élaboration d'un cahier des charges pour la mise en place d'une SCMR, la première phase de la concertation a eu pour objet une analyse des besoins des personnes usagères de produits psychoactifs en termes de Réduction des risques et d'accès aux soins sur le territoire marseillais. Elle devait permettre de vérifier la pertinence d'une telle structure à Marseille et d'élaborer des préconisations quant au projet d'expérimentation. Les travaux du comité d'experts avaient *in fine* pour fonction de cadrer la réflexion collective sur le fonctionnement, le public cible et la localisation de la salle, mais également de s'accorder sur un certain nombre de positionnements politiques quant aux finalités d'un tel dispositif que ce soit en terme de santé publique, de sécurité publique, ou encore de respect des personnes qui auraient à le solliciter ou à le voir s'installer dans leur environnement proche. Les travaux du comité d'experts ont été réalisés dans deux cadres :

- **Les réunions du comité**, qui ont eu pour objet, d'une part, d'explicitier les questionnements que suscitent l'expérimentation d'une salle de consommation à moindre risques et ses enjeux spécifiques au regard de la situation marseillaise, et d'autre part, de s'accorder sur des positionnements quant au fonctionnement et à la finalité d'une telle structure et quant à son intégration dans le dispositif local de Réduction des risques ;
- **Les trois groupes de travail thématiques**, étaient chargés, d'une part, de réaliser un état des lieux des besoins en termes de Réduction des risques et d'accès aux soins des usagers de produits psychoactifs à Marseille, en explicitant les caractéristiques des usages de produits psychoactifs à Marseille (premier groupe) et l'état actuel du dispositif de réduction des risques (second groupe), et, d'autre part, d'élaborer un argumentaire politique justifiant de l'expérimentation d'une SCMR à Marseille (troisième groupe).

Le choix de la continuité et de l'innovation dans la politique de santé publique à destination des personnes usagères de produits psychoactifs

Depuis 1995, la Ville de Marseille est engagée dans la politique de réduction des risques. La ville et la région Provence Alpes Côte d'Azur se trouvent alors dans un contexte alarmant quant à l'ampleur de l'épidémie de SIDA : la Région PACA est, avec près de 5000 cas de Sida déclaré depuis le début de l'épidémie, la deuxième région de France métropolitaine la plus touchée par l'épidémie ; des estimations indiquent que cette ville compte trois fois plus de cas de Sida que la moyenne nationale pour la population des adultes de 25-34 ans.

Aussi, Jean Claude GAUDIN, Maire nouvellement élu, confie au Pr Jean-François MATTEI une délégation Sida/toxicomanies. Celle-ci doit porter un programme politique fort basé sur trois principes : le respect de l'intégrité et de la dignité des personnes, la nécessaire solidarité et la globalité de la politique à mener. Dans un large partenariat avec les différents acteurs du champ médico-social et associatif, cette politique s'est construite en lien avec les politiques publiques définies par l'Etat autour de deux axes prioritaires :

- la prévention et la réduction des risques liés aux usages de drogues,
- l'accès aux droits (aux soins, au logement, à l'insertion professionnelle...).

Ainsi, Marseille, grâce notamment à l'implication des services déconcentrés de l'Etat et des opérateurs locaux, est pionnière dans la mise en œuvre d'une politique de réduction des risques et, ce, à deux niveaux : celui de l'offre d'outils et de structures en réduction des risques à destination des personnes usagères de produits psychoactifs illicites, et celui de l'évaluation permanente de sa pertinence au regard de l'évolution des profils d'usagers et de leurs pratiques. Entre 1996 et 1997, la Ville initie la vente en pharmacie de ce qui deviendra par la suite le Kit injection, met en place des Programme d'échange de seringues (PES), implante des automates distributeurs de matériel d'injection stérile dans l'ensemble de l'agglomération. Elle soutient également l'ouverture d'une boutique, Transit (1993). D'autre part, dès 1990, la Ville met en œuvre une méthodologie de recherche action quant aux problématiques liées à l'épidémie de VIH et à l'usage de produits psychoactifs à travers la création du Groupe Interprofessionnel de Recherche Action sur le Sida et les Toxicomanies (GIRAST). Cette méthodologie est également choisie pour évaluer l'impact des actions de réduction des risques dans les rave-partys et free-partys de la région PACA (2004). De même, elle initie et anime des instances de concertation, de coordination et de co-construction de la politique publique (Comité de Pilotage Automates Comité d'Orientation en 1996 et de Pilotage Sida-Toxicomanie en 1998). Ces instances deviennent par la suite le Comité de pilotage départemental de Réduction des risques (2003), composé des acteurs locaux de la Réduction des risques : structures associatives, services hospitaliers, centres de ressources documentaires, DDASS, Préfecture (MILDT), Ville de Marseille.

En 2007, le Comité de pilotage départemental de Réduction des risques, sous l'impulsion de la Ville et de sa Direction de la Santé Publique, organise des groupes de travail autour de thématiques jugées prioritaires, notamment l'actualisation des outils de réduction des risques et les pratiques de Réduction des risques liés à la pratique de l'injection, chargés d'élaborer des projets innovants de Réduction des risques. En 2009, l'un de ces groupes de travail, devenus « les Ateliers de la Réduction des Risques », organise une formation sur l'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) à l'attention des professionnels de Centres d'Accompagnement et d'Aide à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues, de Centres de Soins Spécialisés en Toxicomanie et d'Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie : la Ville apporte, là encore, son soutien à cette formation. En 2010, la participation de la Ville de Marseille au séminaire organisé par l'association "Elus, Santé Publique et Territoires" (ESPT) sur les salles de consommation supervisées s'inscrit dans la même réflexion sur l'évolution nécessaire des outils et des pratiques professionnelles de réduction des risques en lien avec l'évolution permanente des pratiques d'usage de produits psychoactifs.

Dans le prolongement de cet engagement et au regard, non seulement, de l'évolution des problématiques de santé liées à l'usage de produits psychoactifs sur le territoire marseillais, mais aussi de l'expertise collective de l'INSERM relative à la réduction des risques liée à l'usage de produits psychoactifs rendue en juin 2010, Mr Padovani, Adjoint à la santé, a souhaité conduire une large concertation sur l'opportunité, la pertinence et les modalités de l'ouverture d'un centre de consommation à moindres risques à Marseille. Ceci dans la perspective d'une inscription de la ville dans une éventuelle expérimentation nationale de ce type de structure. Ce projet s'inscrit dans l'idée que l'efficacité désormais démontrée de la politique de réduction des risques repose aussi sur sa capacité d'évolution permanente au plus près des changements des pratiques de consommation, des produits consommés, des profils des consommateurs et des contextes de consommation, une exigence d'adaptation d'ailleurs soulignée dans les textes réglementaires.

La politique de Réduction des risques n'est politique de santé publique seulement dans la mesure où sa mise en œuvre impacte, certes, la santé de personnes en situation de vulnérabilité, mais aussi la santé de la population générale. A l'heure actuelle, l'épidémie de VHC est considérée par nombre d'épidémiologistes comme étant hors contrôle : le taux de prévalence chez les personnes usagères de produits est plus élevé que celui du VIH à l'époque de la mise en place de la politique de RdR, se situe à un seuil (entre 60 et 70%) où le risque de diffusion en population générale est très élevé, et ce virus est plus transmissible que le VIH. Les outils actuels de la Réduction des risques (matériel d'injection stérile, matériel d'usage par voie nasale, automates échangeurs de seringues, kit d'injection vendus en pharmacie, délivrance de matériel lors du travail de rue) pour autant qu'ils soient nécessaires dans leur diversité et complémentarité, ne suffisent pas à enrayer les contaminations au VHC, notamment chez les usagers de moins de 30 ans. La littérature internationale montre que les Salles de consommation à moindres risques en particulier, de même que, de façon plus générale, les expérimentations françaises de pratiques d'Education aux Risques Liés à l'Injection (ERLI), attirent

des usagers peu, voire pas du tout, en contact avec les structures et les acteurs de réduction des risques. Les personnes usagères de produits psychoactifs ne vivent pas dans un isolat coupé du reste de la société, elles vivent en proximité avec une multitude de personnes, usagères ou non de produits psychoactifs. Conduire une politique de santé publique dans une perspective de réduction des risques, c'est rendre l'individu meilleur acteur de sa santé mais aussi protecteur de la santé des personnes qu'il côtoie.

Cette démarche de concertation a d'autant plus de sens à Marseille, qui a une longue histoire « avec » la pratique d'injection. Ville, aussi, où les professionnels du champ spécialisé ont de fait acquis une expertise en termes de réduction des risques et de prise en charge sanitaire et sociale, mais aussi de médiation et de « traduction » des objectifs et méthodes de travail de la réduction des risques auprès des acteurs hors champ spécialisé et du voisinage des structures. En outre, qu'il s'agisse de la création du GIRAST, de la participation au Comité de pilotage départemental de réduction des risques, puis aux Ateliers de la Réduction des Risques, aux différentes journées d'actualisation des connaissances organisées par la Direction de la Santé Publique de la Ville de Marseille, aux deux formations sur l'éducation aux risques liés à l'injection en 2009 et 2011, les acteurs locaux de réduction des risques (institutionnels, associatifs, hospitaliers) s'inscrivent depuis longtemps dans une démarche de co-construction des savoirs qui assure la mise en œuvre et l'efficacité de la politique de santé publique et dans une dynamique d'actualisation permanente des savoirs, des savoirs faire et des savoirs être dans l'aide, l'accompagnement et la prise en charge des personnes usagères de produits psychoactifs.

Enfin, l'exercice politique réside aussi dans la considération des intérêts particuliers et hétérogènes des populations et dans la construction d'actions publiques proposant, sinon une harmonie, au moins une cohérence entre ces positionnements divergents à l'égard de la chose publique. Plus que dans d'autres champs politiques sans doute, tant l'usage de produits psychoactifs illicites véhicule des affects et des fantasmes négatifs, notamment lorsqu'il est associé à une situation de misère sociale et affective, la politique de réduction des risques à l'échelle de la ville suppose de prendre en compte, outre les besoins sociaux et sanitaires des personnes usagères de « drogues », les préoccupations de sécurité et de tranquillité publiques. L'usage de produits psychoactifs illicites, notamment lorsqu'il est lié à la souffrance psychique, fait d'autant plus peur et génère d'autant plus de tensions lorsqu'il s'inscrit dans une situation de grande précarité et d'exclusion qui conduit à des pratiques et des actes contraires au respect de ses concitoyens (consommations à l'entrée d'immeubles, sur le trottoir, dans les parkings, abandon de matériel d'injection dans l'espace public ou privé, vols, agressivité, voire agression). Comme l'a montré la mise en place des automates échangeurs de seringues, comme le montrent toujours les espaces de médiation entre les structures spécialisées et leur voisinage, l'information des populations riveraines et la prise en compte de leurs craintes et opinions ne sont et ne peuvent être instrumentalisées à la seule fin de favoriser l'implantation du dispositif de Réduction des risques, de même que celui-ci ne peut être réduit à un simple objectif d'invisibilisation et de

contrôle social de *l'usage de précarité* ; la politique de Réduction des risques s'élabore aussi dans une perspective d'amélioration du vivre ensemble.

Les spécificités des usagers marseillais en termes d'exposition aux risques liés à l'usage de produits psychoactifs

En l'absence d'enquête spécifique au territoire marseillais décrivant, de façon qualitative et quantitative, le public du dispositif spécialisé dans son hétérogénéité (diversité des profils socio économiques des usagers, des pratiques d'usage de produits, des modes de sollicitation du dispositif médico-social et de Réduction des risques), cet état des lieux a été réalisé en effectuant une synthèse des différentes données sources d'informations disponibles, à savoir des enquêtes nationales sur le public des structures (cf. Annexe n°2) et les rapports d'activité des CAARUD marseillais.

Estimation du nombre d'usagers de produits psychoactifs vus dans le dispositif spécialisé

Nous utilisons ici, une définition de l'usage problématique plus restreinte que celle utilisée par l'OEDT (Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies), soit « *l'usage de drogues par voie injectable ou de longue durée, l'utilisation régulière d'opiacés, de cocaïne, et/ou d'amphétamines* » (Costes J.-M. et al., 2009). Les utilisateurs décrits dans cet état des lieux sont des personnes dont l'usage, du fait de ses modalités et/ou des dommages sanitaires et sociaux qu'il induit et/ ou de difficultés sociales et sanitaires antérieures qu'il amplifie, les conduit à solliciter une aide auprès des structures de réduction des risques et/ou de soins spécialisés. Ne sont donc pas inclus dans ce document les usagers insérés, souvent dits « récréatifs » et ayant un usage des produits ne nécessitant pas *a priori* le recours au dispositif spécialisé, même s'il est relativement « régulier » et/ou passe par la voie injectable. Autrement dit, il est plus juste de parler dans cet état des lieux de *l'estimation du nombre et de la caractérisation des usages et situations sociales et sanitaires des usagers vus directement ou indirectement (via des usagers relais des structures) par le dispositif spécialisé (Réduction des risques et soins) à Marseille.*

Il n'est pas possible, du moins en l'état actuel de nos connaissances, d'établir un total exact du nombre de personnes usagères de produits psychoactifs recourant au dispositif spécialisé marseillais ou susceptibles de le faire à court terme. Ceci étant lié d'une part, à l'absence d'enquête quantitative exhaustive, et d'autre part, à des raisons d'ordre méthodologique : une grande partie de ces personnes sont comptées deux, voire trois fois dans les différentes sources ; ce taux de double, voire de triple comptage est inconnu ; aucun comptage systématique des personnes sollicitant le dispositif de RdR ou de soins spécialisés n'existe ; enfin, il est évidemment difficile de connaître précisément le nombre d'usagers qui ne sollicitent pas le dispositif spécialisé ou le font par l'intermédiaire d'usagers relais, notamment dans le cadre de relation de couple, d'habitat collectif (colocation, squat) ou d'entraide entre pairs.

Cependant, en cumulant les files actives des CAARUD en 2009 (N = 1 923 pers.), le nombre de personnes rencontrées via RECAP (N = 2 386 pers.) et le réseau de santé Canebière (N = 351 pers.),

et ceux rencontrés, directement et indirectement, dans les squats par l'association Nouvelle Aube (N = 200 pers.), pour l'année 2009, nous totalisons 4 860 usagers.

Concernant l'injection, le nombre total de personnes ayant déclaré la pratiquer s'élève à 1 700 personnes. Dans l'extraction locale Ena-CAARUD 2008 (N = 122 pers.), 73,6% des personnes injectent ou a injecté (27,8% n'a pas injecté au cours des 30 derniers jours). Selon RECAP 2009, 47,6% injectent ou a injecté (27,4% n'a pas injecté au cours des 30 derniers jours) ; mais dans la file active alcool 13% des 184 répondants ont déclaré une pratique de l'injection dans le mois. Ainsi, certains injecteurs n'apparaissent pas dans certains décomptes.

Or, d'une part, une partie des usagers a pu être comptée aussi dans des structures différentes ; d'autre part, certains usagers n'ont pas été comptabilisés par qu'ils fréquentent rarement ou jamais les structures spécialisées. Enfin, la sous déclaration de la pratique d'injection invite à considérer que ses utilisateurs sont plus nombreux. Toutefois, notre estimation se rapproche des résultats de l'enquête NEMO en 2006, sur le nombre d'usagers problématiques à Marseille, qui tient compte du double comptage, soit 4 798 personnes. Ainsi, l'on peut supposer que le nombre d'usagers problématiques dans l'agglomération marseillaise recourant actuellement au dispositif spécialisé *ou susceptibles de le faire à court ou moyen terme* se situerait entre 4 000 et 5 000 personnes, dont 1 700 à 2 000 personnes utiliseraient la voie intraveineuse. Bien sûr, il reste qu'il est difficile d'estimer le nombre effectif de personnes qui solliciteraient un centre de consommation supervisé à Marseille.

Une population plus âgée et particulièrement précarisée

Si la répartition hommes/femmes est équivalente à celle observée aux niveaux régional et national, les usagers marseillais, qu'ils soient rencontrés dans les CAARUD, les CSAPA ou en médecine ambulatoire, sont relativement plus âgés que la moyenne nationale. La détérioration de la santé physique et psychologique liée à des années d'usage et, pour une grande partie d'entre eux, de précarité implique des besoins en accès aux soins plus importants que dans d'autres agglomérations.

Cependant, les usagers vivant en squat et fréquentant peu le dispositif spécialisé sont généralement âgés de 16 à 30 ans. On peut ainsi se demander si cette moyenne d'âge plus élevée chez les usagers marseillais n'indiquerait pas en réalité une faible sollicitation du dispositif spécialisé par les usagers de moins de 30 ans présents à Marseille.

Les usagers marseillais vivent dans des conditions plus précaires que la moyenne nationale. La majorité des usagers des CAARUD et près de la moitié des usagers des CSAPA sont en situation de précarité (les prestations sociales représentent l'origine principale des ressources), voire de grande précarité économique (aucune ressource régulière, absence de logement). Cette précarité constitue un indicateur de l'importance des dommages sanitaires liés à l'usage et au mode de vie. Occupant moins souvent une activité professionnelle et ayant un niveau scolaire moins élevé qui expose plus

souvent à des emplois peu rémunérés, les usagers marseillais rencontrent plus de difficultés dans le maintien d'une situation sociale stable ou dans la stabilisation de leur situation sociale.

Entre un tiers des usagers dans les CAARUD et un cinquième des usagers dans les CSAPA vivent à la rue et/ou en squat ; une proportion identique vit dans un logement provisoire. Ainsi, près d'un quart des usagers marseillais vus dans les structures spécialisées consomment des produits le plus souvent dans de mauvaises conditions d'hygiène, notamment dans l'espace public ou semi public (ex : cages d'escalier, parkings, rue) du fait de l'absence de logement correct : mauvaise hygiène et administration précipitée (crainte d'être surpris par quelqu'un) qui gênent la prise de précautions de réduction des risques. S'ajoutent certaines personnes qui ne peuvent consommer dans le logement provisoire ou durable qu'elles occupent ou dans lequel elles sont hébergées. Ces personnes dont les conditions de logement peuvent conduire à consommer dans la rue ou les espaces semi publics sont aussi celles qui seront plus enclines à oublier ou abandonner leur matériel sur place. En outre, la précarité du logement impacte directement sur l'observance des traitements de substitution et des traitements antirétroviraux.

Un renouvellement des usagers sans contact avec le dispositif spécialisé

Si la majorité des usagers rencontrant des difficultés en lien ou amplifiées par l'usage est en contact et suivi par le dispositif spécialisé, une partie des usagers dont l'usage et/ou la situation sociale les met en grandes difficultés ne le font pas, soit parce qu'ils appréhendent un jugement de la part des professionnels spécialisés, soit parce qu'ils revendiquent l'indépendance à l'égard des structures spécialisées et des institutions plus généralement, soit parce qu'ils sont « pris » dans un mode de vie dont ils peinent à se distancier pour demander un soutien. En outre, on assiste au renouvellement de ce public, caractérisé notamment par l'augmentation du nombre de jeunes usagers en grande précarité, l'arrivée d'usagers plus âgés originaires des pays de l'Est, et l'entrée dans l'usage de produits psychoactifs de personnes en situation d'exclusion sociale. Il est difficile de dire dans quelle mesure ces nouveaux profils d'usagers sollicitent le dispositif spécialisé : certains d'entre eux y recourent effectivement, mais le nombre de ceux qui restent « cachés » est difficile à estimer. Voit-on la grande majorité des personnes ou seulement « le sommet de l'iceberg » ?

Or, les jeunes usagers en grande précarité sont particulièrement exposés au risque de contamination VIH/ VHC puisqu'ils sont souvent injecteurs et/ou pratiquent le free base, et que la contamination se fait généralement dans les premières années de la pratique d'injection.

D'autre part, dans les pays de l'Est de l'Europe, les publics usagers de produits sont souvent injecteurs et présentent des niveaux de contamination VIH/VHC particulièrement élevés ; en outre, ne maîtrisant pas leur langue, il est particulièrement difficile pour les professionnels des structures de diffuser auprès d'eux de l'information de Réduction des risques. Faut-il préciser que les conditions de

vie précaires de ces deux profils d'usagers augmentent les risques de réutilisation et de partage de matériel de consommation et les risques infectieux et sanitaires liés à l'usage ? Ces publics particulièrement exposés aux risques de contamination sont aussi ceux qui exposent leurs pairs à ces mêmes risques.

Enfin, la précarisation globale des conditions de vie conduit de nombreuses personnes, lorsqu'elles se retrouvent « à la rue », à initier des usages de produits (principalement d'alcool, certes, mais aussi d'autres produits) dans le contexte des sociabilités de la grande précarité (dans la rue, les squats, les services d'urgence sociale). Ces personnes, novices dans l'usage de produits, le sont aussi en ce qui concerne les pratiques de réduction des risques infectieux et de contamination liés à l'usage.

Des usages de BHD, de stimulants et de sulfates de morphine plus fréquents, et un retour de l'héroïne

Les usagers marseillais seraient plus souvent usagers de BHD (Buprénorphine Haut Dosage) et, de façon notable, plus souvent usagers de sulfates de morphine qu'au niveau national. Si les données disponibles montrent qu'ils sont moins consommateurs d'héroïne, leur nombre tend cependant à augmenter depuis deux ans du fait d'un accroissement de la disponibilité de ce produit à Marseille.

S'ils ne sont globalement pas plus usagers de psychostimulants (cocaïne, amphétamines, crack, MDMA) qu'au niveau national, ils déclarent plus souvent un usage de cocaïne et d'amphétamines (faibles consommations de crack et de MDMA). Ceci peut s'expliquer en partie par l'usage de Ritaline®, spécificité locale depuis de nombreuses années, qui induit d'importants dommages physiques et psychologiques.

Les usagers marseillais en traitement de substitution aux opiacés le sont plus souvent avec de la BHD que la moyenne nationale, ce qui constitue un indicateur des dommages liés à son usage puisque les usagers marseillais sont, tous produits confondus, plus souvent injecteurs. D'ailleurs, un quart des usagers de BHD le prendrait hors prescription médicale, et un cinquième seulement des usagers de sulfates de morphine les consommeraient dans le cadre d'une prescription médicale - comme au niveau national, rares sont les usagers de méthadone qui la prennent hors prescription.

Une prévalence de l'injection particulièrement élevée et une grande précarité augmentant le risque de partage de matériel

Par rapport à la moyenne nationale, les usagers marseillais sont plus souvent injecteurs. Si un tiers des usagers de BHD l'injecte, ce qui est légèrement inférieur à la proportion retrouvée au niveau national, les usagers de cocaïne et d'héroïne les consommeraient plus souvent en injection par

rapport à la moyenne nationale, et, comme au niveau national, un peu plus d'un tiers des usagers d'amphétamines les consommeraient en injection.

Les taux de partage de matériel d'injection (seringues et petit matériel) ou sniff (pailles) ou d'inhalation (embout, récipient) sont équivalents à ceux retrouvés au niveau national. Mais, d'une part, le *nombre* plus élevé d'usagers injecteurs et, d'autre part, la prévalence de l'injection de stimulants et de sulfates de morphine - plus élevée à Marseille - supposent un besoin en matériel stérile plus important qu'ailleurs et indiquent un risque plus important par rapport à la moyenne nationale de réutilisation et/ou de partage de matériel d'injection.

En outre, « *le partage du petit matériel s'accroît avec le degré de précarité* » (OFDT, Tendances n°74). La grande précarité d'une partie non négligeable des usagers vus dans les structures spécialisées et/ou dans les squats constitue un indicateur *a priori* de l'importance relative des pratiques de partage du matériel d'injection et, dans une moindre mesure, de matériel d'usage par inhalation dans l'aire marseillaise.

Il faut noter également la présence importante, qui s'est accrue aux cours des dernières années, d'une part, d'usagers de moins de trente ans en grande précarité, tranche d'âge dans laquelle les taux de partage de matériel sont plus élevés, et d'autre part, de populations usagères de produits originaires des pays de l'Est non sensibilisées à la Réduction des risques et souvent mal informées des risques de contamination liés au partage du matériel.

Une moindre fréquence des traitements de substitution aux opiacés et des prévalences VIH / VHC et de comorbidités psychiatriques particulièrement élevées

Les usagers marseillais sont plus souvent en situation administrative régulière et ont plus souvent une couverture sociale, ce qui favorise l'accès aux soins. D'ailleurs, par rapport à la moyenne nationale, ils ont plus souvent été reçus en CSST/ CSAPA (OFDT, ENa CAARUD 2008, extraction marseillaise ; ILIAD 2008).

Cependant et paradoxalement, ils sont moins nombreux à être en TSO (Traitement de Substitution aux Opiacés) (OFDT, RECAP 2009). L'une des explications possibles de ce paradoxe réside dans l'absence de traitement substitutif à la cocaïne et aux amphétamines (dont la Ritaline®), dont la prévalence d'usage est particulièrement élevée chez les usagers marseillais. En effet, à Marseille, les psychostimulants sont plus souvent à l'origine d'une demande de prise en charge et plus souvent évoqués comme premier ou troisième produit consommé (RECAP 2009).

Comme au niveau national, la très grande majorité des usagers déclare avoir fait un test de dépistage du VIH et du VHC. Mais Marseille se distingue depuis de nombreuses années par une prévalence VIH parmi les personnes usagères de produits particulièrement élevée, voire trois fois plus élevée que la moyenne nationale (INVS, Coquelicot 2004-2007). Cette prévalence élevée doit cependant être relativisée par le fait que les décès liés au VIH ont nettement diminué et que les personnes malades

comptabilisées aujourd'hui l'ont déjà été les années précédentes (la prévalence reste importante car elle était déjà particulièrement élevée à Marseille lors du lancement de la politique de réduction des risques, mais le nombre de personnes infectées évolue peu).

Concernant la prévalence du VHC, il n'y a pas de différence significative entre Marseille et le taux national. Mais, lorsqu'on focalise sur les personnes ayant déjà utilisé la voie intraveineuse, les taux apparaissent plus élevés et, là encore, supérieurs à la moyenne nationale.

De plus, l'extraction marseillaise d'ENa CAARUD, révèle qu'un cinquième des personnes affectées par le VIH et la moitié des personnes affectées par le VHC ne suivraient pas de traitement médical. La précarité du logement ou le fait d'habiter un squat pour un nombre important d'usagers fait obstacle à l'observance, voire à la prescription, des traitements antirétroviraux. Ainsi, un nombre non négligeable de décès chez les personnes usagères de produits et en grande précarité serait moins lié à l'usage qu'au défaut de traitement du VHC.

A noter également, la prévalence particulièrement importante du VIH dans cette ville, et la fréquence élevée de partage de matériel d'injection et de free base chez les usagers précarisés, notamment les plus jeunes et ceux originaires des pays de l'Est, laissent craindre une reprise de l'épidémie de VIH chez les personnes usagères de produits.

Enfin, la prévalence plus élevée que la moyenne nationale des comorbidités psychiatriques chez les usagers marseillais constitue probablement un indicateur indirect des mésusages de médicaments et d'abus de substances illicites, et plus largement des prises de risques associés à l'usage chez ceux-ci.

Etat des lieux du dispositif de Réduction des risques à Marseille

Il a semblé nécessaire d'intégrer à cet état des lieux, outre le dispositif de Réduction des risques à proprement parler (CAARUD, équipes de travail de rue, automates, pharmacies et CHRS impliqués dans des Programmes d'échange de seringues), les structures de soins spécialisés (CSAPA), non seulement parce qu'elles ont une mission de réduction des risques depuis 2010, mais également parce qu'elles reçoivent des usagers qui ne sollicitent pas le dispositif de Réduction des risques et qu'elles sont donc amenées, elles aussi, à s'adapter à l'évolution de leurs besoins.

Besoins en termes de Réduction des risques et de soins spécialisés à Marseille

Comme nous venons de le voir, un ensemble d'éléments suggère que les situations d'exposition aux risques infectieux et de contamination VIH/VHC sont particulièrement importantes à Marseille relativement à d'autres agglomérations : nombre important d'usagers en grande précarité, prévalence élevée de l'injection, usage de produits caractérisé par des fréquences de prise élevées (sulfates de morphine, cocaïne, amphétamines), présence de jeunes usagers en grande précarité pratiquant l'injection et/ou le free base et partageant plus souvent le petit matériel, présence de populations d'usagers mal informées des modes de contamination et présentant vraisemblablement des prévalences VIH/VHC particulièrement élevées, difficultés dans l'observance des traitements de substitution et/ou des traitements antirétroviraux.

On repère ainsi des profils d'usagers particulièrement exposés aux dommages et aux risques sanitaires et infectieux liés à l'usage : les personnes qui pratiquent l'injection - notamment de BHD, de sulfates de morphine, d'amphétamines, de cocaïne, et de Ritaline® -, les usagers de stimulants – que ce soit en injection, en free base (cocaïne) ou par voie nasale -, les usagers sans logement personnel (vivant à la rue, en squat, en institution, chez des proches), les femmes, les usagers de moins de trente ans en grande précarité, les usagers originaires des pays de l'Est, les personnes incarcérées, les personnes contaminées par le VIH et/ou le VHC.

Cette hétérogénéité des usagers et de leurs pratiques d'usage de produits d'une part, et le renouvellement constant de ces publics d'autre part, nécessitent une adaptation permanente des professionnels et de l'offre de structures et d'outils de Réduction des risques, de soins spécialisés liés à l'usage problématique de produits, et de soins somatiques et psychiatriques. Ceci implique également une réflexion permanente des acteurs de la politique de santé publique et du dispositif spécialisé à destination des personnes usagères de produits sur les moyens à mettre en œuvre pour rendre ce dispositif attractif, de façon à ce que les usagers, y compris ce qui en sont les plus éloignés, les plus méfiants, les plus sceptiques, le sollicitent et accèdent aux prestations de Réduction des

risques, de soins, d'accès aux droits dont ils ont besoin pour améliorer leur situation personnelle et réduire les risques auxquels ils s'exposent et/ou auxquels ils peuvent exposer leur entourage.

De fait, l'on repère quatre grandes catégories de besoins en termes de Réduction des risques et d'accès aux soins, plus ou moins spécifiques à Marseille :

- L'amélioration des conditions d'hygiène de l'usage pour les personnes les plus précarisées,
- Le développement du soutien aux usagers dans le renforcement et l'acquisition de « *stratégies de préservation de soi* » (Jauffret Roustide M.),
- L'amélioration de l'offre de Réduction des risques et de soins spécialisés à destination des personnes usagères de psychostimulants,
- La réactivation du travail de proximité auprès des usagers les plus éloignés du dispositif spécialisé : personnes vivant en squat, personnes habitant les quartiers périphériques, personnes originaires des pays de l'Est.

Le dispositif actuel de Réduction des risques à Marseille

Le dispositif ou « l'offre » de Réduction des risques recouvre le matériel lui-même, le fonctionnement et les prestations des structures, et les compétences des professionnels qui y travaillent. A Marseille, comme à l'échelle du territoire national, cette offre peut être décrite dans une triple dimension :

- Son adaptation à l'hétérogénéité des usagers et de leurs modes de sollicitation du dispositif,
- Le volume de matériel de réduction des risques distribué, notamment son évolution au cours des dernières années,
- Son accessibilité, déclinable à travers trois axes : la diversité, l'implantation géographique, elle-même croisée avec l'hétérogénéité des modes d'accès au dispositif de Réduction des risques.

La diversité du dispositif de réduction des risques

Dans une logique d'adaptation à l'hétérogénéité des usagers de produits psychoactifs, la diversité de l'offre de Réduction des risques à Marseille est relativement étendue en termes de modalités de recours au dispositif spécialisé. En effet, les usagers ne le sollicitent pas tous de la même manière, mais en fonction de leur pratique d'usage, de leur lieu de vie, de leur souci ou pas de dissimuler leur pratique d'usage, du besoin ou non d'un accompagnement dans l'accès aux droits et aux soins, de leur demande ou pas d'une aide à l'arrêt de l'usage. Ainsi, sur l'ensemble de l'agglomération marseillaise les usagers peuvent solliciter et/ou utiliser (cf. annexe n°4) :

- Cinq Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD), dont deux s'inscrivent dans une démarche de santé communautaire (Asud, Le Tipi), un est rattaché à une structure hospitalière (Protox), et deux fonctionnent en lien direct avec deux CSAPA appartenant à la même association (Sleep'in avec le CSAPA Groupe SOS Marseille, Bus 3132 à la fois CAARUD et CSAPA),
- Sept Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)², dont un pratique l'accès bas seuil d'exigence à la méthadone (Bus 3132), trois dépendent d'une association importante (National/ AMPTA, La Corniche et CSAPA « Casanova » et son antenne dans le 15^e arrdt. / Groupe SOS), deux sont rattachés à un hôpital (Addiction Sud/ Hôpital St Marguerite, Corderie), dont un à un service psychiatrique (Corderie), et un est implanté au sein du centre pénitentiaire des Baumettes,
- Quatre consultations en addictologie, dont deux en hôpital (Hôpital Nord, 15^e arrdt., ; Hôpital St Marguerite 9^e arrdt.) et deux en clinique (La Feuilleraie 4^e arrdt et St Barnabé 14^e arrdt).

Pour les personnes qui ne souhaiteraient pas fréquenter le dispositif spécialisé, existent également :

- Trois équipes de travail de proximité, rattachées à des associations distinctes,
- Un réseau de santé, Canebière, disposant d'un lieu d'accueil « le Cabanon » et en lien avec plusieurs microstructures,
- Trois pharmacies impliquées dans un Programme d'échange de seringues (PES), dont deux sont situées dans le 15^e arrdt. et une dans le 13^e arrdt.,
- Neuf automates échangeurs-distributeurs de kits d'injection stériles, soit un par mairie d'arrondissement, utilisés par des personnes préférant avoir le moins de contact possible avec des acteurs du champ médico-social ou de RdR, ou qui sont aussi en contact avec ces professionnels.

Enfin, lors d'une hospitalisation, pour quelque raison que ce soit, les personnes peuvent solliciter deux équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), l'une au sein de l'hôpital de St Marguerite, l'autre à l'Hôpital Nord.

Géographie et évolution récente du volume de matériel d'injection stérile distribué

L'essentiel du matériel d'injection stérile est mis à disposition gratuitement à Marseille via les CAARUD, les automates et trois pharmacies impliquées dans un Programme d'Echanges de Seringues (PES). Cependant, l'ensemble des pharmacies sont impliquées dans le dispositif de

² En fait, ils sont au nombre de huit mais, jusqu'en 2010, celui géré par l'ANPAA, ancien Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA), ne prend en charge que des personnes alcoolo-dépendantes.

réduction des risques puisqu'elles vendent des Stéribox® - contenant deux seringues. Enfin, les seringues sont également ramassées sur la voie publique par la Ville de Marseille sur appel téléphonique via le dispositif Allô Mairie et de façon systématique dans certains secteurs.

En 2009, 238 313 seringues ont été délivrées dans les PES des cinq CAARUD (Protos : 10 000 s., Asud : 46 076 s., le Tipi : 11 478 s., le Sleep'in : 144 870 s., Bus 3132 : 25 889 s.). En 2008, 68 974 kits d'injection stérile ont été vendus dans les pharmacies de l'agglomération marseillaise, soit 127 974 seringues. En 2009, les neuf automates ont délivré au total 17 918 seringues.

Concernant les automates, se distinguent trois groupes en fonction de la part respective de matériel distribué par chacun au regard du volume total (cf. annexe 5) : le premier (plus de 20% du volume total), est celui de deux automates situés, l'un, dans le 1^{er} ardt, l'autre dans le 15^e ardt ; le second (entre 10% et 19%), compte deux automates, situés dans le 8^e et le 5^e ardt ; le troisième (moins de 10%), compte cinq automates, situés dans les 10^e, les 13^e, 2^e, 11^e et 15^e ards. Par ailleurs, en 2009, 61% des seringues ramassées l'ont été dans le 1^{er} arrondissement de Marseille.

Ainsi, se dessine une géographie du recours au matériel d'injection stérile via les automates, *qui ne dit cependant rien du lieu de résidence des usagers qui y recourent*. On distingue, par ordre décroissant de volume distribué, trois zones de recours :

- l'hyper centre ville (1^{er} et 7^e ards) et les 16^e et 15^e ards,
- le Centre ville élargi (2^e, 3^e, 4^e, 5^e, 6^e, 8^e, 9^e et 10^e ards),
- les quartiers plus périphériques (11^e, 12^e, 13^e et 14^e ards).

Quant au nombre de seringues récupérées, la proportion par automate correspond à celle des seringues distribuées (cf. annexe 5).

En termes d'évolution, depuis 1998, la distribution de seringues (s.) stériles à Marseille par les officines, les automates et les PES des structures de réduction des risques a légèrement diminué avant de ré-augmenter ces dernières années. Elle est ainsi passée de 365 614 s. en 1998, à 354 240 s. en 2003 puis à 349 885 s. en 2005, avant de ré-atteindre le niveau de 376 847 s. en 2009, - soit une augmentation d'environ 20 000 unités en quatre ans.

Cette évolution globale se décompose en différentes tendances. En premier lieu, la distribution assurée par les structures marseillaises de réduction des risques, devenues CAARUD en 2004, a augmenté entre 1998 et aujourd'hui (102 731 s. en 1998, 159 632 s. en 2003, 238 313 s. en 2009). Par contre, celle assurée par les automates a diminué (52 411 s. en 1998, 36 110 s. en 2003, 27 182 s. en 2005, 17 918 s. en 2009) (cf. annexe n°5). Enfin, les données SIAMOIS de l'INVS montrent une baisse des ventes de seringues via les Stéribox® en pharmacie (210 472 s. en 1998, 158 498 s. en 2003, 155 278 en 2005, 120 616 s. en 2009) (cf. annexe n°5). Cependant, cette baisse est partiellement due au fait que depuis 2005, SIAMOIS ne comptabilise plus la distribution de seringues hors celle assurée via les Stéribox®, d'où un sous comptage de celles achetées en officine par les personnes usagères de substances. Autrement dit, entre 1998 et 2009, le don de seringues par les structures de réduction des risques a augmenté de 103 031 unités, tandis que la distribution par les

automates a diminué de 34 493 unités et les ventes de seringues via les Stéribox® en pharmacie ont également diminué de 89 856 unités.

Quant au ramassage des seringues par la Ville, il est difficile d'en repérer une évolution : en 2007, 1221 seringues ont été ramassées, 1 962 en 2008 et 1 327 en 2009.

Plusieurs observations quant à ces évolutions peuvent être faites. Le renouvellement des usagers peut s'accompagner d'une déperdition de l'information sur les lieux de localisation des automates, bien que, d'après les intervenants de CAARUD, cette information passe bien d'un usager à l'autre. La fréquence de pannes ou de retard d'approvisionnement peut décourager les usagers d'y recourir. La présence policière dans le centre ville s'étant accrue ces dernières années, les usagers peuvent préférer solliciter les CAARUD, dans lesquels la prise de matériel est plus discrète que sur la voie publique. Contrairement au PES des CAARUD, les automates ne proposent pas une gamme variée de matériel d'injection, permettant aux usagers de choisir celui qui leur convient le mieux. En outre, les usagers en grande précarité étant plus nombreux qu'auparavant, il est probable qu'ils sollicitent plus souvent l'aide à l'accès aux droits proposée dans les CAARUD – occasion également de se servir en matériel.

D'autre part, alors qu'à la fin des années 90, l'essentiel de la délivrance de matériel d'injection stérile était assuré par les pharmacies, il l'est aujourd'hui par les structures de Réduction des risques (Annexe 5, Tableau 3). L'on peut supposer, cela reste à vérifier, que certaines pharmacies se sont désengagées de la politique de réduction des risques, notamment « à la faveur » du renouvellement générationnel des pharmaciens, dont certains, moins sensibilisés à la cette politique ont pu cesser totalement la délivrance en pharmacie, ou appliquer des prix prohibitifs (une forte chute de la délivrance s'observe entre 2000 et 2001 lors du passage à l'Euro) pour les usagers en grande précarité, ou avoir des attitudes décourageant leurs demandes.

Enfin, l'augmentation de la prise de matériel d'injection dans les structures de réduction des risques ne s'explique pas seulement par un déplacement du recours aux automates et de l'achat en pharmacie vers ces structures. Elle s'explique moins également par un échec des acteurs de la réduction des risques à décourager le recours à l'injection qu'à une meilleure connaissance des usagers quant aux risques liés au partage de matériel et, en second lieu, au changement des produits consommés. En effet, les années 2000 sont marquées par une augmentation de la prévalence d'usage de psychostimulants, qui se caractérise, notamment en injection, par des fréquences de prise particulièrement élevées. D'ailleurs, à l'exception de celle observée entre 2004 et 2005, les plus fortes augmentations de prise de matériel d'injection (entre + 2000 s. et + 12 000 s. jusqu'en 2004), s'observent dans les années où se diffuse l'usage de Ritaline® à Marseille (Hoareau E., 2010) - soit en 2007 (+ 39 000 s.), en 2008 (+ 21 000 s.) et en 2009 (+ 36 000 s.).

L'accessibilité du dispositif et du matériel de Réduction des risques

Si les structures de Réduction des risques présentent une grande diversité, elles sont réparties inégalement sur le territoire marseillais (cf. Annexe 4), ce qui complique l'accès à l'information et au matériel de réduction des risques pour les personnes qui en sont éloignées, qui ne peuvent se déplacer qu'en transport en commun, dont les obligations sociales (activité professionnelle, éducation des enfants) et/ou la crainte d'être identifiées par leur entourage comme usagers de produits psychoactifs, gênent leur accès au dispositif. Certaines personnes doivent donc faire beaucoup plus d'efforts (distance à parcourir, temps mobilisé, nombre de transports en commun à utiliser) pour accéder à du matériel d'injection stérile.

En effet, tous les CAARUD sont situés dans l'hyper centre ville. En ce qui concerne les CSAPA, quatre sont également situés dans l'hyper centre, trois dans les quartiers périphériques excentrés, enfin, une antenne d'un CSAPA situé dans l'hyper centre est en cours d'installation dans le 15^e arrdt. Parmi ces trois CSAPA situés dans les quartiers périphériques, l'un accueille seulement des usagers âgés de 18 à 25 ans (la Corniche) un autre accueille essentiellement les personnes détenues au centre pénitentiaire des Baumettes. . Le Bus3132 n'est présent que sur deux emplacements : l'un dans l'hyper centre, à proximité de la Gare St Charles, et l'autre, en périphérie, à proximité du métro La Rose. Les équipes de travail de rue interviennent dans l'hyper centre ville et dans quelques secteurs périphériques (13^e, 14^e, 15^e, 16^e arrts.) : les quartiers du sud et de l'ouest ne sont pas investis. Enfin, les pharmacies impliquées dans un PES sont celles avec lesquelles travaillent les équipes de travail de rue et sont situées en périphérie.

De même, l'implantation des automates échangeurs-distributeurs ayant été déterminée par la mairie d'arrondissement, il en résulte que la moitié des arrondissements en sont dépourvus ; tandis que certains arrondissements en nécessiteraient un second.

A cette question de la répartition géographique, s'ajoute le degré d'implication dans la Réduction des risques des acteurs de la politique de santé publique à destination des personnes usagères. Certains CSAPA, qui accueillent tous des usagers actifs, n'ont pas encore vraiment intégré le Programme d'échange de seringues dans leur fonctionnement, soit parce que la mise à disposition est restreinte ou difficile d'accès, soit parce que l'attitude de l'équipe à l'égard de la pratique d'injection décourage la demande de matériel stérile. Si la grande majorité des pharmacies disposent de kits d'injection stériles, rares sont celles qui les donnent ou ont une politique des prix qui en favorise l'accessibilité.

D'autre part, l'accessibilité est liée à la diversité et à l'adaptation aux pratiques d'usage du matériel de réduction des risques mis à disposition et cette diversité est inégalement présente sur le territoire marseillais. Par exemple, certains automates ne distribuent que des kits dépourvus de la coupelle dans laquelle se prépare le produit ; ce qui favorise l'usage de récipients non stériles pour le préparer. Un grand nombre de structures proposent seulement le kit d'injection ; alors que les usagers peuvent privilégier telle ou telle seringue, ou aiguille, ou filtre, qui sera plus adapté à sa pratique d'usage.

Certaines structures ne mettent pas à disposition le matériel d'injection coloré - conçu par les usagers d'Asud dans le cadre des « groupes experts » - particulièrement adapté pour les personnes amenées à consommer en groupe. Alors que les intervenants constatent un décalage entre les savoirs des usagers quant aux prises de risques et la mise en application de ces savoirs dans leurs pratiques d'injection, les pratiques professionnelles d'Accompagnement ou d'Education aux risques liés à l'injection (AAI ou ERLI) restent peu développées à Marseille, bien que dans d'autres villes, des structures ont pu en vérifier la pertinence. Un seul CAARUD (Bus 3132), met à disposition des kit crack/ *free base* stérile, bien que Nouvelle Aube commence également à diffuser cet outil dans les squats ; cette pratique concerne cependant un nombre conséquent d'usagers et peut représenter une alternative de Réduction des risques pour les injecteurs de cocaïne dont le système veineux est très endommagé. Enfin, l'action 'Sas'³ de Accès, qui s'adresse à des personnes en situation de risque de rupture, soit avec un ou plusieurs services, soit avec un traitement ou un projet en cours, et qui vise, via la méthode de *counselling*, à accompagner la réflexion de la personne sur ce qu'elle peut envisager à ce moment là pour « *redémarrer ou se réorienter, pour éviter ruptures, conflits, expulsions, mises en danger, etc.* » (Accès, *Projet Sas*, 2011), n'atteint qu'une partie des usagers qui peuvent être concernés par les situations de rupture.

Ainsi, l'accessibilité du dispositif et du matériel de Réduction des risques dans toute sa diversité est inégalement répartie entre les structures spécialisées et sur le territoire marseillais, puisqu'il reste concentré sur l'hyper centre ville et dans les CAARUD, et qu'une grande partie du dispositif propose une gamme restreinte de matériel. Certains arrondissements sont totalement exclus de ce dispositif puisque aucune structure, ni automates échangeurs n'y est implanté, et, qu'aucune pharmacie, en l'état actuel des connaissances, n'est impliquée dans un PES (112^e, 14^e, 16^e ards.). Même si telle n'est pas leur finalité, certains CSAPA et pharmacies font obstacle à la mise à disposition de matériel de réduction des risques. Or, l'accessibilité du matériel stérile impacte directement sur son intégration dans la pratique d'usage et sur les capacités des personnes à se protéger. Plus largement, le déploiement géographique et la diversité des modes possibles de sollicitation des acteurs de la politique de Réduction des risques (travailleurs de rue, CAARUD, CSAPA, pharmacies) accroissent l'accessibilité du dispositif et du matériel de réduction des risques, et de fait, favorise d'autant l'acquisition par l'utilisateur de pratiques de Réduction des risques et sa formulation éventuelle d'un besoin d'aide à la régulation ou à l'arrêt de l'usage.

Les axes d'amélioration du dispositif de RdR à Marseille

Le repérage des caractéristiques des usages et des personnes usagères de produits psychoactifs ainsi que l'état des lieux du dispositif de Réduction des risques à Marseille permettent d'identifier trois axes d'amélioration de ce dispositif :

³ Contrairement aux apparences, 'SAS' n'est pas un sigle ; il renvoie à l'idée d'un espace de transition entre deux étapes dans la trajectoire d'une personne, un temps de décompression visant l'évitement de la rupture avec la structure qui l'accompagne.

- le redéploiement géographique de l'« offre » de réduction des risques,
- le développement d'outils innovants,
- la sensibilisation des professionnels du champ médico-social et de Réduction des risques.

En premier lieu, certains éléments du dispositif de réduction des risques nécessitent **un redéploiement géographique**, de façon à mieux pourvoir certains secteurs de la ville en terme d'accessibilité du matériel de réduction des risques et d'adaptation à la diversité des modes de sollicitation, par les usagers, du dispositif spécialisé. Trois propositions peuvent être faites :

- Une augmentation du nombre et de la répartition des automates distributeurs- échangeurs, du moins dans les arrondissements qui en sont dépourvus et dans ceux où ils sont le plus utilisés (centre ville, 15^e-16^e ards) ;
- Une sollicitation, dans ces mêmes secteurs, de certaines pharmacies pour qu'elles s'impliquent dans un PES, dans la mesure où elles sont aussi des acteurs de première ligne auprès des usagers de produits ;
- Un élargissement, dans un contexte de multiplicité des lieux de squat et de développement de l'usage de cocaïne dans les quartiers pauvres, des territoires d'intervention des équipes de travail de rue, relais entre les usagers et le système de soin, pour investiguer des lieux qui ne le sont pas ou insuffisamment à l'heure actuelle, notamment dans les quartiers du nord et du sud ouest de la ville et dans le centre ville élargi (3^e, 4^e, 5^e, 6^e, 9^e, 10^e ards.).

Le **développement d'outils innovants** ou d'outils insuffisamment développés constitue un second axe de réponse aux besoins des usagers marseillais ; cela suppose des financements spécifiques et/ou la mise en place de formations des professionnels. Là aussi, trois axes de propositions :

- au vu de la situation de grande précarité d'un grand nombre d'usagers, *la mise en place d'une stratégie d'amélioration des conditions d'hygiène de la prise de produits* se déclinerait en trois niveaux :
 - la mise à disposition d'outils, à savoir une table de travail (ou « champ de soin » en langage médical) pour déposer le matériel d'injection et préparer l'injection, et le kit base pour les personnes qui inhalent la cocaïne en *free base* ;
 - l'offre de lieux de consommation propre et mettant à disposition du matériel stérile d'injection ou de free base, à savoir une salle de consommation supervisée et/ou l'aménagement de lieux spécifiques dédiés à l'usage sous la supervision de professionnels dans les structures existantes (CAARUD, CSAPA) ;
 - l'amélioration et la stabilisation des conditions d'habitat des usagers (l'instabilité étant un obstacle à la mise en œuvre de pratiques de RdR), à savoir la facilitation de

l'obtention d'un logement et le maintien dans le logement, et d'autre part, le soutien logistique à l'amélioration des conditions de vie dans les squats habités par des usagers, cette amélioration participant d'un encouragement à la mise en place de stratégies de préservation de soi et d'autrui.

➤ *l'aménagement, au sein des structures existantes, d'espaces temps spécifiques dédiés à la personnalisation de la délivrance d'informations et de techniques de réduction des risques, à l'actualisation des connaissances des usagers et à leur interrogation sur leurs modalités d'exposition aux risques favoriserait l'acquisition de pratiques d'usage à moindre risques grâce à un travail collectif de traduction de l'information de réduction des risques, parfois trop abstraite pour être intégrée dans la pratique, en gestes concrets dans la vie quotidienne. Ces espaces temps peuvent s'inscrire :*

- dans un collectif, regroupant des usagers pairs et des intervenants de Réduction des risques. Ce sont par exemple les « groupes experts », mis en place au sein d'Asud Mars Say Yeah !, qui tout en ayant pour finalité de faire évoluer le matériel de RdR s'inscrivent dans une démarche de santé communautaire et sont un support à la circulation des savoirs de RdR, tant entre usagers qu'entre usagers et intervenants ;
- lors d'un entretien entre un usager et un intervenant, se rapprochant ainsi de la démarche de *counselling* : ce cadre permet à l'intervenant non seulement d'émettre des conseils adaptés à la pratique d'usage de la personne, mais également, pour celle-ci, de se saisir de ce moment d'interaction avec un autre, pour penser, élaborer sur sa pratique. Il s'agit là de l'Education aux Risques liés à l'Injection (ERLI) développé par Médecins du Monde dans les événements festifs techno puis dans les locaux de l'association Gaïa, et de l'Accompagnement A l'Injection (AAI), dont le principe repose sur la répétition régulière de l'entretien, développé par Aides.

➤ *Le soutien des personnes usagères dans l'observance des traitements et le maintien ou la construction du lien avec le système de soins spécialisés dans certaines situations particulièrement problématiques :*

- l'action Sas d'Accès est d'autant plus pertinente à développer que les prévalences particulièrement élevées des comorbidités psychiatriques et des usages de stimulants à Marseille, le cumul de difficultés en situation de précarité et le contexte actuel d'accroissement de la charge de travail dans les structures spécialisées (du fait d'une diminution des effectifs) favorisent le déclenchement de situations de conflit entre les professionnels et les personnes qu'ils accompagnent. Ces situations fragilisent les personnes dans la réalisation de leurs projets de soin, de reprise d'emploi, de relogement et/ou l'évitement de la reprise d'un usage problématique de produits ;

- le décalage observé à Marseille entre la fréquence de consultation et celle de la prise en charge en CSAPA que l'on retrouve moins au niveau national peut s'expliquer en partie par une insuffisance des réponses du système de soins spécialisés aux demandes des usagers de psychostimulants (amphétamines, cocaïne, Ritaline®), phénomène qui n'est pas singulier à Marseille mais s'explique notamment par l'absence de traitements substitutifs. Ce qui invite à mettre en place dans les CSAPA les modalités d'aide et d'accompagnement de ces personnes qui se développent en France depuis quelques années, faisant plus ou moins l'unanimité chez les soignants (ESCOTS S., SUDERIE G., 2009). Elles s'appuient sur ce qui est fait à l'étranger ou sont plus expérimentales, allant des traitements pharmacologiques (prescription de psychostimulants, ou de neuroleptiques, ou de médicaments indiqués dans la réduction du *craving*, ou de benzodiazépines) aux thérapies cognitivo-comportementales et, plus rarement, à l'acupuncture.
- l'observance des traitements antirétroviraux, outre l'amélioration de l'état de santé de la personne, représente un outil de réduction des risques de transmission du VIH et du VHC au sein de la population usagères de produits psychoactifs et de la population générale, puisqu'en réduisant la charge virale il réduit le risque que la personne porteuse transmette le virus. Ne s'agissant pas tout à fait d'un outil innovant, le soutien à l'observance des traitements doit toutefois faire l'objet d'une attention plus soutenue de la part des acteurs du dispositif spécialisé, quitte à aménager, là encore, des espaces temps spécifiques au sein des structures. De même qu'en ce qui concerne l'intégration de pratiques de réduction des risques dans l'usage de produits, ce soutien passe par l'écoute et l'analyse des représentations, des craintes, des conditions de vie, des logiques d'usage de produits, des sociabilités, qui sont sous jacentes au défaut d'observance, mais également, sans doute, par des temps d'élaboration collective de techniques favorisant l'observance.

Qu'il s'agisse du redéploiement géographique du dispositif de Réduction des risques et de l'accessibilité du matériel stérile, ou qu'il s'agisse du développement d'outils innovants, il est nécessaire de coupler ces stratégies à **la formation professionnelle** et à **la sensibilisation des professionnels impliqués dans la mise à disposition de ces outils** :

- la mise en place et le développement des outils innovants que sont les groupes experts, l'AAI et l'ERLI, suppose l'organisation de formations spécifiques sur ces outils, notamment en terme d'animation d'entretiens collectifs et la conduite d'entretiens individuels dans une approche de type counselling ;
- l'augmentation de l'accessibilité du matériel d'injection stérile via les CSAPA, les pharmacies et les CHRS, suppose de sensibiliser ces acteurs à la pertinence

sanitaire de ce matériel, mais également à son rôle de média dans la relation entre usagers et professionnels, en termes d'énonciation, par les premiers, des difficultés qu'ils rencontrent dans la régulation ou l'arrêt de leur pratique et de leurs besoins d'aide, notamment dans l'observance des traitements de substitution aux opiacés. De fait, la sensibilisation des pharmaciens et des équipes de CHRS passe aussi par le rappel de leur rôle d'acteurs de première ligne dans l'accès au dispositif de Réduction des risques et de soins spécialisés. Sans doute, serait-il également bienvenu de mieux impliquer les deux équipes de travail de rue Santé mentale et précarité en tant qu'acteurs de première ligne du dispositif spécialisé ;

- le soutien et l'accompagnement des personnes usagères de stimulants nécessitent une formation spécifique des professionnels de santé, notamment des médecins. En effet, une étude exploratoire sur la prise en charge de patients ayant un usage problématique de cocaïne conduite en 2007-2008 (ESCOTS S., SUDERIE G., 2009) révèle, d'une part, les méconnaissances des professionnels quant à la diversité des profils d'usagers de cocaïne et aux dommages induits par l'usage, des représentations de son usage problématique déterminées par les connaissances sur celui des opiacés et une difficulté de repérage des situations de dépendance au produit. D'autre part, en l'absence de consensus sur les modalités de prise en charge de ces profils d'usagers, il semble nécessaire de former les professionnels sur la diversité des réponses aux problèmes des usagers utilisées proposées - parfois au stade expérimental - par certains soignants en France ;
- il semble nécessaire de sensibiliser les médecins et le personnel soignant du dispositif spécialisé, au soutien à l'observance de TSO et au rôle des traitements VIH et VHC dans la réduction des risques de contamination tant au sein de la population usagère de produits psychoactifs qu'en population générale. En effet, si cela s'observe moins pour le traitement VIH, certains médecins sont encore réticents à prescrire un traitement VHC à des personnes qui n'ont pas de logement stable et/ou vivent en squats, et, de fait l'absence de logement stable rend difficile l'observance aux traitements anti rétroviraux. Cependant, non seulement, ils transgressent ainsi le principe de l'égalité d'accès aux soins, mais, surtout, le défaut d'observance augmente la résistance virale, le traitement est vécu comme un échec pour la personne concernée et cela se traduit par la diffusion de virus plus résistants. Plus précisément, il est donc nécessaire de sensibiliser les médecins et personnels soignants à un travail d'orientation des personnes concernées vers les services sociaux susceptibles de les stabiliser, afin qu'il soit possible, ensuite, d'initier un traitement dans des conditions acceptables.

Positionnements et préconisations quant à l'expérimentation d'une salle de consommation à moindres risques à Marseille

L'innovation dans l'offre de Réduction des risques s'inscrit dans une logique de prise en compte et d'adaptation à la diversité des profils d'utilisateurs et de leurs rapports au dispositif spécialisé, et à leur évolution respective. La multiplication des outils de Réduction des risques illustre moins une logique de consommation, qu'une préoccupation d'améliorer en permanence l'accessibilité de l'information, du matériel et de l'accompagnement de Réduction des risques en laissant la possibilité aux personnes de s'en saisir selon les modalités et le moment de leur choix et en fonction de leurs besoins. Outre les enjeux en terme de santé publique et de réduction des risques liés à l'usage de produits psychoactifs, les membres du comité d'experts se sont donc attachés à expliciter un certain nombre de positionnements d'ordre politique et éthique à prendre en compte dans l'élaboration du projet expérimental de salle de consommation à moindres risques.

Un projet inscrit dans une dynamique globale d'actualisation du dispositif de Réduction des risques à Marseille

Les salles de consommation à moindres risques sont à considérer comme une des mesures d'une politique sanitaire globale qui se décline en matière de Prévention, de Réduction des risques et de Soins. Ces dispositifs ne représentent pas le « méta outil » capable de se substituer à plusieurs autres, ni la solution unique au problème de la transmission de l'hépatite C, ce qui suppose de définir la place et le rôle respectifs de la SCMR par rapport aux CAARUD et au CSAPA. L'hypothèse à l'origine de l'expérimentation est la suivante : si la Réduction des risques n'a pas endigué la transmission de l'hépatite C parmi les personnes usagères de drogues – contrairement à celle du VIH –, cela est dû *en partie* au fait qu'elle n'a pas disposé d'outils adéquats (salle de consommation supervisée, conseil personnalisé de Réduction des risques au moment même de l'injection – ERLI ou AAI –, kit crack).

A ce titre, la salle de consommation peut répondre en partie aux besoins spécifiques de certains profils d'utilisateurs à Marseille : ceux dont les conditions de logement (habitat chez des proches, en squat, dans la rue) ne leur permettent pas de consommer dans des conditions propres et de mettre en œuvre des pratiques de réduction des risques ; les usagers de produits stimulants (cocaïne, amphétamines, Ritaline®) pour lesquels il n'existe pas de traitements de substitution et caractérisés par des fréquences d'usage élevées, démultipliant la vulnérabilité aux dommages sanitaires et aux risques de contracter le VHC et de le transmettre ; les usagers qui ont une longue trajectoire d'usage en injection dont l'état de santé nécessite une attention particulière et pour lesquels la salle peut favoriser le passage de l'injection à l'inhalation et/ou au sniff comme voies d'administration moins risquées et moins dommageables ; les usagers qui s'appuient sur la salle de consommation pour réguler leur usage de produits ou passer à une voie d'administration moins dommageable.

Elle peut également attirer les usagers plus éloignés et les plus méfiants vis-à-vis du dispositif spécialisé et qui sont souvent ceux qui prennent le plus de risques dans leur pratique, il s'agit généralement d'usagers récents, en grande précarité ou insérés socialement. La possibilité de consommer dans les locaux de ce dispositif vient modifier, au moins en partie, leurs représentations des professionnels et des finalités de leur pratique professionnelle. L'enjeu de la sollicitation du dispositif spécialisé par les usagers récents réside non seulement dans leur acquisition de savoirs et de pratiques de réduction des risques dès le début de la trajectoire d'usage, mais aussi dans une stratégie de contrôle de l'épidémie de VHC puisque la contamination se fait généralement dans les premières années de la pratique d'injection.

D'ailleurs, seule l'expérimentation même d'une SCMR peut permettre d'une part de découvrir les usagers dits « cachés », c'est-à-dire peu, voire pas du tout visibles dans le dispositif spécialisé, et, d'autre part, de fournir une meilleure estimation de la population d'usagers problématiques à Marseille et une connaissance plus précise de leurs besoins. En effet, la possibilité de consommer dans de bonnes conditions d'hygiène et sous la supervision de professionnels pouvant être sollicités pour de l'information ou du conseil personnalisé peut faire « sortir du bois » un certain nombre d'usagers. Certaines SCMR dans le monde, ont inclus l'analyse de produits dans leur fonctionnement : il représente un « produit d'appel fabuleux », notamment à l'attention de certains usagers les plus méfiants vis-à-vis des dispositifs de réduction des risques (l'intérêt pour l'analyse prenant le pas sur cette méfiance). En France, ce serait l'occasion de réactualiser un outil de réduction des risques et un média dans la relation d'aide qui a été relégué au second plan pour être suspect d'incitation à l'usage. Ainsi, la SCMR peut aussi être un outil de vérification et d'actualisation des connaissances quant aux pratiques d'usage et aux produits consommés sur le territoire qu'elle concerne.

Enfin, ce projet expérimental se décline dans une double dimension à savoir la cohérence avec le dispositif actuel de réduction des risques et son actualisation. D'une part, l'expérimentation de la SCMR conduit à évaluer l'état du dispositif actuel de Réduction des risques sur son territoire d'implantation, à savoir les outils disponibles, les outils insuffisamment développés et les outils manquants, ceci dans un souci d'adaptation à l'évolution des usagers, des pratiques d'usage, et des outils actuels de la Réduction des risques. L'état des lieux du dispositif marseillais met en exergue le besoin d'un redéploiement géographique de certains outils, le développement d'outils innovants ou insuffisamment développés, et de formation et de sensibilisation des professionnels impliqués ou susceptibles de l'être dans la mise à disposition de ces outils. D'autre part, la SCMR représente un lieu privilégié pour mettre en place des outils de promotion de la santé insuffisamment développés à Marseille, mais également à l'échelle du territoire national, qu'il s'agisse de l'ERLI, de l'AAI, des groupes experts, du *counselling*. Ils représentent des outils de traduction de l'information de réduction des risques, parfois trop abstraite, généraliste pour que les usagers en trouvent une application dans leur pratique d'usage singulière, en gestes concrets à réaliser. Or, non seulement ce conseil

personnalisé et cette traduction se font à partir de l'observation directe des gestes de l'utilisateur - et non à partir de ce qu'il en dit, de la façon dont il les perçoit et les décrit -, mais en outre, ils bénéficient de la diversité des compétences présentes, à savoir médicales, para-médicales, psychologiques et de Réduction des risques.

Des finalités sanitaires et humanistes mais aussi de tranquillité publique

Le comité d'experts a insisté sur l'imbrication complexe des finalités de la SCMR ; celles-ci relevant tout autant de la santé publique que de la sécurité publique ou de la tranquillité publique.

Le projet expérimental se fonde sur les notions de droit à la santé et de dignité humaine et se veut offensif vis-à-vis des opinions et des représentations négatives, voire humiliantes, à l'égard des personnes usagères de produits. Pour le comité d'experts, le projet ne répond pas seulement à une préoccupation de santé publique, autrement dit à un souci de protection des personnes concernées ou non par l'usage de produits psychoactifs illicites, l'injection et la grande précarité. Il s'inscrit aussi dans une posture humaniste, en faveur du droit au respect, au soutien et aux soins, des personnes usagères de produits comme toute population vulnérable. Il se fonde sur la reconnaissance de la citoyenneté de ces personnes, à l'instar d'autres types de populations en grandes difficultés mais dont les pratiques ne transgressent pas la loi. Le caractère illicite ou transgressif par rapport à des normes de santé de leur conduite ne justifient pas que leurs difficultés, qu'elles soient sociales, sanitaires, ou liées directement à l'usage, ne fassent pas l'objet d'une démarche bienveillante et pragmatique de la part des politiques, des professionnels de la santé et du travail social.

De fait, ce projet interpelle les professionnels de la santé, du travail social et de la politique de santé publique quant à leur propre éthique. Laisser quelqu'un « très abîmé » par l'usage poursuivre les mêmes modalités d'usage et se mettre encore plus en danger, est contraire à cette éthique de l'attention à autrui et à son bien être. Ici, l'éthique résiderait plutôt, par exemple, dans la proposition d'une alternative à l'injection ou, à défaut, dans l'accompagnement de la personne de façon à ce que sa pratique d'injection lui soit moins dommageable. S'il n'existe pas de littérature scientifique vérifiant que les salles offrant la possibilité de consommer selon différents modes favorisent l'évolution vers des voies d'administration des produits induisant moins de dommages (inhalation du produit ou de la fumée issue de la combustion du produit), ces transitions sont cependant observées. D'une part, ces changements des comportements d'usage illustrent que si on leur en offre la possibilité, les personnes sont en mesure de faire des choix de réduction des risques. D'autre part, ils étayaient l'argument selon lequel ces salles ne sont pas seulement des lieux « confortables » pour consommer, mais s'inscrivent dans une dynamique de promotion de la santé. Dans un contexte culturel de forte stigmatisation de l'injection, la possibilité de choix pour ce mode d'administration ou un autre n'est pas de l'ordre du superflu (gadget ou luxe), mais du soutien de la personne dans l'abandon progressif de l'injection.

Ainsi, le comité a insisté sur le fait que la finalité médicale de la SCMR ne se résumerait pas à la réduction des risques viraux, à la réduction des menaces pour la société dans son ensemble. Son fonctionnement doit intégrer l'ensemble des impacts sociaux et médicaux sur les situations et les trajectoires des personnes que l'usage de produits psychoactifs et la grande précarité peuvent induire. Ce dispositif s'inscrit donc plus largement dans une démarche de promotion de la santé telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à savoir le bien être social, psychologique et physique des personnes ; il doit donc mettre à leur disposition une diversité de ressources dont elles peuvent se saisir en fonction de leurs besoins. Ces ressources sont de l'ordre de l'information et du matériel de Réduction des risques et des compétences professionnelles présentes sur place, mais également de l'ordre de l'orientation vers d'autres services et structures plus adaptés aux besoins de santé, d'accompagnement social et professionnel et de soutien de la personne à un moment donné de sa trajectoire, notamment lorsqu'elle souhaite se détacher du dispositif spécialisé et solliciter le dispositif généraliste. La littérature scientifique montre d'ailleurs que les SCMR améliorent l'accès aux soins, favorisent la stabilisation sociale et augmentent le nombre de personnes cessant l'usage problématique de produits (arrêt total ou régulation et abandon des pratiques les plus à risques).

Ceci conduit le comité à souligner la dimension paradoxale d'un tel dispositif. En effet, il 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 qui ne souhaiteraient pas abandonner leur pratique, et/ou d'être évalué comme inefficace, mais il ne peut non plus être réduit à un lieu de consommation à moindre risque. Il doit remplir une mission de structure de première ligne, d'accueil et de soutien des personnes en situations les plus précaires, tout en étant un lieu de mise en lien avec le système medico-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. Ces salles ne sont donc pas conçues comme des structures « ghettos », où des personnes déviantes peuvent consommer en toute discrétion et être maintenues dans leur situation *ad vitam aeternam*, mais des lieux ouverts (d'où la notion de 'salle' et non de 'centre') et des passerelles que les usagers peuvent emprunter pour passer à une autre étape de leur trajectoire, à propos tant de leur usage même des produits, que plus globalement de leur vie sociale, professionnelle et affective.

Enfin, il n'en reste pas moins, que sur le plan politique de la gestion d'un phénomène social et dans un contexte où l'usager de produits psychoactifs, notamment lorsqu'il est injecteur et en grande précarité, fait toujours peur et peut être source de nuisances, il s'agit d'un outil à l'interface entre santé publique et sécurité/ tranquillité publique. Le fait que ce soit dans les 1^{er} et 7^e ards., où la population usagère de produits est la plus visible, que les opinions favorables à ce type de dispositif sont les plus nombreuses en est une illustration. La souffrance psychique, voire les comorbidités psychiatriques, auxquelles s'ajoute l'usage de certains produits ou médicaments psychotropes, peut induire des comportements agressifs, voire violents, que la personne elle-même ne maîtrise pas toujours. La

consommation dans les lieux privés ou semi privés, et l'abandon du matériel d'injection, auxquels conduit la situation de précarité, explique la revendication des riverains à la tranquillité et les tensions et craintes à l'égard des usagers. Si les usagers de stimulants, particulièrement nombreux à Marseille, sont plus vulnérables aux risques de contracter le VHC et plus susceptibles de le transmettre, ce sont également ceux qui aujourd'hui sont souvent responsables d'actes de délinquance et représentent un « coût » pour l'Etat. Dans un souci de respect et de conciliation entre des intérêts particuliers hétérogènes et en cohérence avec la mission de médiation auprès du voisinage des CAARUD, l'expérimentation doit prendre en considération et intégrer dès l'élaboration du cahier des charges les préoccupations de sécurité et de tranquillité de la population locale, l'informer et la rassurer sur ce nouveau dispositif.

Préconisations préalables à l'expérimentation d'une salle de consommation à moindres risques

Préalablement au lancement de ses travaux, mais également au cours des séances collectives de travail, le comité d'experts a identifié un certain nombre de préconisations, ayant pour fonction d'orienter le projet d'expérimentation d'une salle de consommation à moindres risques, qu'il soit mis en œuvre à Marseille ou ailleurs :

- Inscrire le projet d'expérimentation dans une démarche de concertation avec l'ensemble des acteurs locaux de la politique de santé publique : professionnels du soin et de la Réduction des risques, chercheurs en sciences sociales et en épidémiologie, institutions de santé et de l'application de la loi, collectivités territoriales, élus ;
- Inscrire l'expérimentation dans une démarche de recherche action impliquant l'ensemble des acteurs concernés (décideurs publics, professionnels, usagers) dans l'analyse préalable des besoins, l'élaboration du fonctionnement du dispositif et son 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 existants et des outils manquants en termes de Réduction des risques dans l'agglomération ;
- Procéder à une revue de la littérature sur les salles de consommations supervisées dans une démarche comparative avec le public potentiel au niveau local et des adaptations de leur fonctionnement à la situation locale ;

- 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 voisine du dispositif ;
- Elaborer « *une liste des courses* », soit l'ensemble des dimensions à réfléchir dans le fonctionnement d'une structure ou prestation expérimentale et à son articulation avec le dispositif existant ;
- Penser l'articulation entre la SCMR et les acteurs du travail de proximité (les équipes de travail de rue/de squat, les pharmacies et les médecins généralistes), afin de favoriser la sollicitation de la salle par les usagers les plus éloignés du dispositif spécialisé ;
- Inclure la question du coût dans la réflexion, en la mettant cependant en perspective avec les bénéfices économiques et humains en termes de santé publique ;
- 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.

Bibliographie

CepiDC. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Interrogation des données <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>

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

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

Emmanuelli J. *Distributeurs-échangeurs de seringues à Marseille* (Enquête réalisée par l'ORS PACA). Swaps n°10. 1999

Escots S., Suderie G., *Usages problématiques de cocaïne : quelles interventions pour quelles demandes ?*, OFDT, *Tendances* n°68, novembre 2009

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

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

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

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

Municipalité de Marseille, Service de la santé publique et des handicapés, Données sur les automates 2007 à 2009.

Municipalité de Marseille, Service de la santé publique et des handicapés, Données sur le ramassage de seringues, 2007 à 2009.

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

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

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

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

ORS PACA-SE4S, 2009, Enquête subazur : « Pourquoi certains patients traités pour leur dépendance aux opiacés par la buprénorphine ne respectent-ils pas la prescription du médecin », *Regard santé* n°21

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

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

Pavillon G, Laurent F., « Certification et codification des causes médicales de décès », *BEH* n°30-31. 2003

Questel F. 2010, « Epidémiologie des décès par surdose chez les usagers de drogues » *Courrier des addictions*, (12), n°3, juillet-août-septembre 2010

Roux P., V. Villes, et al. (2008). « Buprénorphine in primary care : Risk factors for treatment injection and implications for clinical management. » *Drug Alcohol Depend* 97(1-2) : 105-13.

Annexe 1. Glossaire

CAARUD

Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues sont issus de la loi du 9 août 2004. Le public cible est principalement le public consommateur non engagé dans une démarche de soins et dont les produits et modalités de consommation présentent un risque majoré d'infections, de troubles psychiatriques, etc.

L'article R.3121-33-1 du code de la santé publique (CSP) fixe aux CAARUD les missions suivantes :

- l'accueil, l'information et le conseil personnalisé des usagers de drogues
- l'aide à l'accès aux soins (hygiène, soins de première nécessité, dépistage des infections transmissibles...)
- le soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion ou à la réinsertion professionnelle
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections (trousse d'injection, préservatifs, boîtes de récupération du matériel usager, jetons pour l'automate)
- l'intervention de proximité en vue d'établir un contact avec les usagers
- le développement d'actions de médiation sociale

CSAPA

La loi du 2 janvier 2002 prévoit la création des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et la circulaire du 16 mai 2007 en précise les modalités. Les CSAPA remplacent les CSST (Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes) et CCAA (Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie) dans une logique de regroupement et de coopération par contractualisation pluriannuelle (15 ans) avec l'autorité, ils sont financés par l'Assurance Maladie. Les missions des CSAPA s'étendent désormais aux addictions sans substance, notamment à la prise en charge des personnes sous l'emprise du jeu pathologique.

Alors que les CSST et les CCAA se distinguaient par leurs spécificités de prise en charge en fonction du produit (respectivement produits stupéfiants et alcool), les CSAPA sont généralistes mais sont toutefois autorisés à garder leur spécialisation d'origine. Le cas échéant ils doivent être en mesure de prendre en charge l'ensemble des consommations de l'utilisateur de façon directe ou coordonnée.

Ils intègrent dans leurs missions l'accès aux traitements de substitution (Méthadone, Subutex®, BHD) mais leur participation au Programme d'échange de seringues et de distribution d'autre matériel de réduction des risques est facultative, ceci en cohérence avec le public qu'ils accueillent.

Annexe 2. Tableau descriptif des enquêtes utilisées pour l'état des lieux sur les usagers et les usages de produits psychoactifs à Marseille

Données sources Et Organisme	Type d'enquête	Territoire	Structure/critères d'inclusions	Données recueillies
CépiDC Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès INSERM	Annuelle Continue	National Régional Local	Données issues des certificats de décès	Nb de décès par catégories (pharmacodépendance, toxicomanie)
Coquelicot INVS	Répétées : 2004-2007, 2011 Transversale Multicentrique (5 villes, dt Marseille)	National Local	Usagers de drogues ayant injecté et/ou sniffé « au moins une fois dans leur vie » vus dans une structure (CAARUD, CSAPA, réseaux de santé)	Estimation des prévalences du VIH et du VHC chez les usagers de drogues (données biologiques) Caractéristiques de cette population Pratiques d'usage de produits psychoactifs Identification de leurs pratiques à risque.
ENa-CAARUD Enquête Nationale sur les CAARUD OFDT - DGS	Biennale : 2006, 2008, 2010 Transversale (1 semaine) Multicentrique	National Régional Extraction locale pour cet état des lieux	Sujets vus dans les CAARUD du territoire national	Données socio-démographiques Consommations de produits psychoactifs au cours du dernier mois Pratiques à risque
NEMO Nouvelle étude multicentrique de l'OFDT OFDT	Répétées : 1999, 2006, 2011 Multicentrique (6 villes dt Marseille)	National Local	Sujets ayant consommé au moins une drogue illicite au cours des 30 derniers jours et âgés de 15-64 ans	Estimation du nb d'usagers problématiques de drogues

OPEMA Observation des Pharmacodépén- dances en Médecine Ambulatoire CEIP	Annuelle (depuis 2007) Transversale (novembre) Multicentrique	National Régional Local	Sujets présentant un abus, une dépendance ou sous TSO vus par un médecin généraliste	Données socio-démographiques Etat sanitaire du patient Modalités de consommation des produits psychoactifs au moment de la consultation
OPPIDUM Observation des Produits Psychotropes Illicites ou Détournés de leur Utilisation Médicamenteuse CEIP	Annuelle (depuis 1995) Transversale (octobre) Multicentrique	National Régional Local	Sujets présentant un abus, une dépendance ou sous TSO vus par un CSAPA	Données socio-démographiques Modalités de consommation des produits psychoactifs consommés la semaine précédente
RECAP REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge OFDT	Annuelle (depuis 2005) Continue	Local Nationale	Ensemble des usagers vu dans les CSAPA répartis sur le territoire national – Extraction locale gracieusement réalisée par l'OFDT	File active des CSAPA Données relatives au patient Données relatives à la prise en charge Données relatives aux consommations Données relatives à la santé du patient
SIAMOIS Système d'Information sur l'Accessibilité du Matériel Officiel d'Injection et de la Substitution INVS	Nationale Continue	National Régional Local	Ventes en pharmacie des médicaments de substitution et du matériel d'injection stérile	Estimation du nb d'usagers de TSO Estimation de la quantité de matériel d'injection utilisé
TREND Tendances Récentes et Emergentes et Nouvelles Drogues OFDT	Annuelle Continue (depuis 1999) 7 sites (dt Marseille)	National Local	Entretiens avec des professionnels des structures spécialisées et de l'application de la loi, Entretiens avec des usagers	Phénomènes nouveaux liés à l'usage de produits psychotropes Phénomènes existants non détectés ou documentés
ILIAD Indicateurs Locaux pour l'Information sur les Addictions et les Drogues OFDT	Nationale Annuelle (depuis 1997)	National Régional Département.	Statistiques de ventes des TSO Statistiques sur les décès par surdose, Statistiques sur les interpellations Statistiques sur le recours au CSST	Principaux indicateurs disponibles aux niveaux départemental et régional dans le domaine des addictions aux substances illicites et licites.

Annexe n°3. Estimation du nombre d'usagers vus directement ou indirectement par le dispositif spécialisé à Marseille

Tableau n°2 : Tableau récapitulatif de l'estimation du nombre d'usagers problématiques de produits psychoactifs à Marseille

Sources	Estimation basse	Estimation haute*
NEMO 2006	4 798 usagers d'opiacés et/ou cocaïne	5 556 pers. (opiacés et/ou cocaïne et/ou autre stimulant et/ou hallucinogène)
Total files actives des CAARUD 2009	-	1 923 pers.*
Public des CSAPA		
■ Total files actives CSAPA 2009	-	2 455 pers.
■ RECAP 2009	-	2 386 pers.*
File active du réseau de santé Canebière		
- Le Cabanon	-	125*
- Microstructures	-	226*
Usagers vivant en squat - Association Nouvelle Aube (données 2010)	150 pers.	200**
Usagers de TSO		
- Remboursements Assurance Maladie	2 800 pers.	5 800 pers.*
- Délivrance en pharmacie (SIAMOIS)		
Usagers injecteurs		
■ CAARUD	-	614 pers.*
■ CSAPA	-	1000 pers.
■ Nouvelle Aube	-	100 pers.
Total files actives CAARUD, données RECAP, réseau santé Canebière et squats***	-	4 860 pers.*
Total injecteurs	-	1 700 pers.

*A l'exception de l'enquête NEMO (dans laquelle l'estimation haute correspond à l'inclusion d'usagers d'autres stimulants et d'hallucinogènes), l'estimation haute ne corrige pas le fait que les personnes ont pu être aussi comptées dans d'autres structures.

** Dans ce cas, l'estimation haute correspond à l'estimation totale des usagers vivant en squat à Marseille et pouvant solliciter les structures du dispositif spécialisé.

*** Les personnes qui injectent et celles qui sont en TSO ne sont pas incluses dans le total, cela reviendrait à un double comptage.

Annexe n°4. Inventaire et cartographie du dispositif de Réduction des risques à Marseille Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances - Provence Alpes Côte d'Azur

Cinq CAARUD

- Sleep-in - Groupe SOS, (13001)
- Le Tipi (13 001)
- Bus 31/32 (13003)
- Asud Mars Say Yeah ! (13001)
- Protox- Addiction Sud, Hôpital Sainte Marguerite (13009)

Neuf Automates Echangeurs-distributeurs
dans les 1^{er}s, 2 e, 5 e, 6 e, 8 e, 10 e, 11 e, 13 e, et
15 e arrondissements.

Deux places de stationnement du bus méthadone (Bus 3132)

- bd Charles Nédélec (13001)
- Face au métro la Rose (13013)

Trois équipes de proximité

- Sleep'in : plusieurs fois par semaine, dans les 13^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème}, et 16^{ème} ards ; et deux après-midi/semaine, le 1^{er} ardt.
- ASUD : 3 à 5 fois par semaine, dans les quartiers Noailles, Réformés, et Gare St Charles.
- Nouvelle Aube : Intervention en squat sur toute la ville et travail de rue en centre ville (non recouvrement avec les autres équipes)

Huit CSAPA

- CSAPA Danielle Casanova (SOS DI) (13003)
- CSAPA National (AMPTA) (13001)
- CSAPA Addictions Sud (Hôpital Ste Marguerite) (13009)
- CSAPA (Pole addicto et patho mentale Ed Toulouse) (13006)

- CSAPA ANPAA13, 2 sites : Marseille centre 24, (13007) et Marseille Sud 47 (13008)
- CSAPA Bus 31/32, (13003)
- CSAPA la Corniche (Groupe SOS) (13015)
- CSAPA les Baumettes (13009)

Deux Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie

- ELSA de l'Hôpital Nord
- ELSA de Addictions sud – Hôpital de St Marguerite et hôpital de la Conception

Quatre consultations en addictologie

- Hôpital Edouard Toulouse (13015)
- Hôpital St Marguerite (13009)
- Clinique mutualiste de la Feuilleraie (13004)
- Clinique St Barnabé (13014)

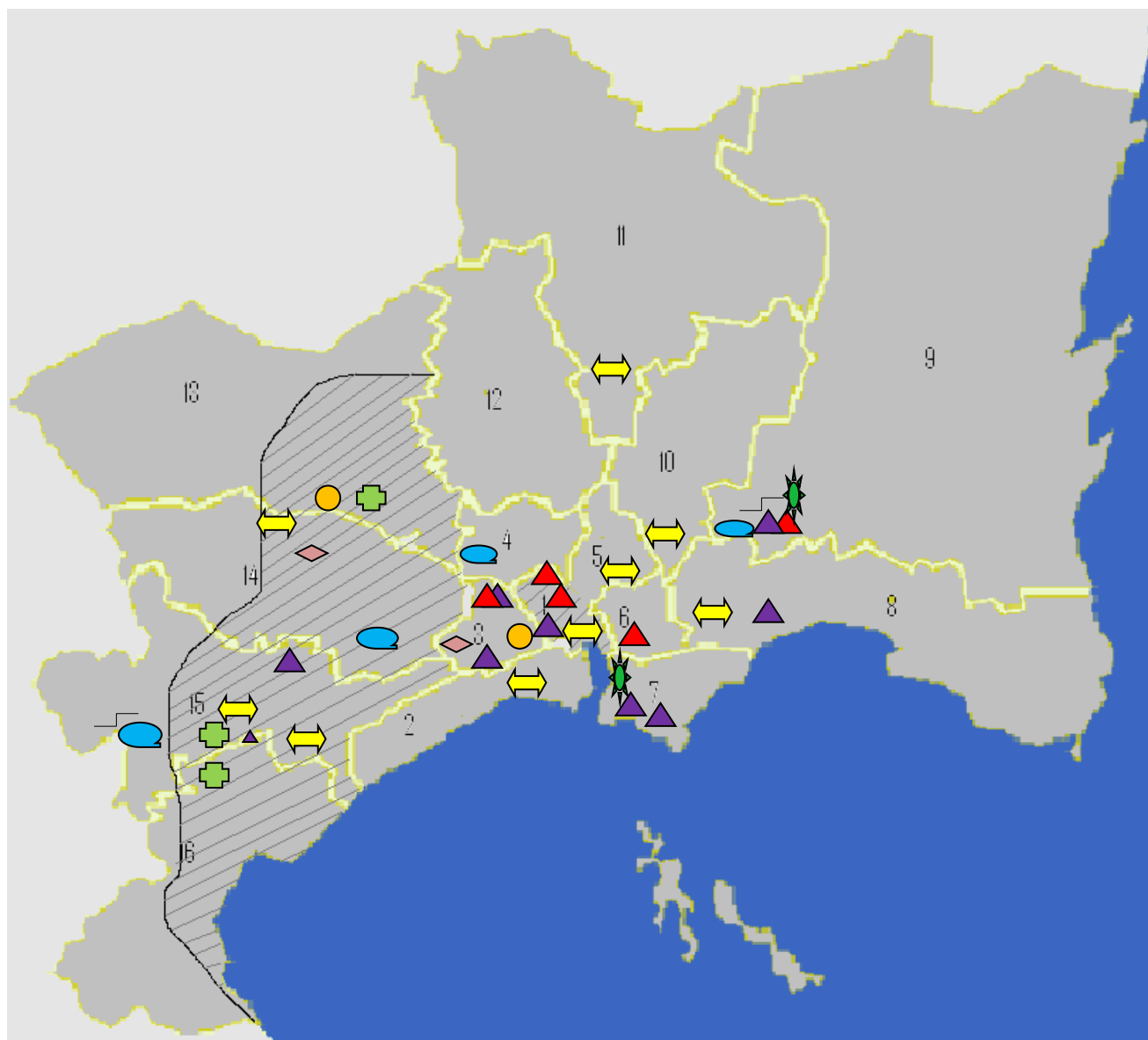
Trois pharmacies impliquées dans le PES (délivrance gratuite de Stéribox®)

- Pharmacie St Louis (13015)
- Pharmacie Giraud (13015)
- Pharmacie Allisio Vuillaume (13013)

Cependant, certains acteurs susceptibles d'avoir un rôle dans la RdR et/ou d'orientation vers le dispositif spécialisé, n'apparaissent pas ici, notamment :

- Les CHRS (23 à Marseille),
- les équipes de proximité des Hôpitaux St Marguerite et Edouard Toulouse, qui interviennent sur la thématique précarité, santé mentale et alcool-dépendance,
- les pharmaciens (ventes des kits Stéribox®),
- Associations de prévention auprès des personnes prostituées (Autres Regards).

Cartographie : Les dispositifs ayant une activité RDR à Marseille. Dispositif d'Appui Drogues et Dépendances - Provence Alpes Côte d'Azur



- | | |
|---------------------------------------|---|
| ▲ 5 CAARUD | ▨ Zones de maraude des équipes de proximité |
| ▲ 7 CSAPA + ▲ antenne CSAPA | ⌋ 2 Elsa (Hôpital) |
| ↔ 9 Automates échangeurs | ○ 4 Consultations en addictologie (Hôpital ou clinique) |
| ● 2 Stationnements du bus méthadone | ★ 2 Réseaux de santé Addiction |
| ⊕ 3 Pharmacies impliquées dans un PES | ◇ 2 Microstructures |

D'autres acteurs sont susceptibles d'intervenir auprès des personnes usagères de produits psychoactifs et avoir un rôle de Ré et/ou d'orientation vers le dispositif spécialisé. Parmi ceux-ci :

- Les 23 CHRS de l'agglomération ;
- Les deux équipes mobiles de rue 'Précarité, santé mentale et alcoolo-dépendance' de Addiction Sud et de Edouard Toulouse ;
- Les pharmaciens (vente de seringues et de Stéribox®) ;
- Les associations intervenant auprès des personnes prostituées comme Autres Regards et l'Amicale du Nid

Annexe n°5. Evolution du volume de seringues stériles donné à Marseille via les structures de Réduction des risques, les automates et les pharmacies entre 2000 et 2009.

Tableau 1. Evolution du nombre de seringues données entre 1998 et 2005 par année selon le type de délivrance. Source : SSPH, Ville de Marseille

	Equiv Seringues Stéribox* Officines	Equiv Seringues Automates	Equiv Seringues PES	Total Seringues	% Stéribox Officines	% Automates	% PES
1998	210 472	52 411	102 731	365 614	58%	14%	28%
1999	213 182	73 184	145 259	431 625	49%	17%	34%
2000	174 998	44 075	122 395	341 468	51%	13%	36%
2001	159 964	35 680	147 751	343 395	47%	10%	43%
2002	153 646	42 822	154 033	350 501	44%	12%	44%
2003	158 498	36 110	159 632	354 240	45%	10%	45%
2004	153 436	31 668	132 708	317 812	48%	10%	42%
2005	155 278	27 182	167 425	349 885	44%	8%	48%
* Siamois, contrairement aux données précédentes ne comptabilise plus les seringues vendues sous une autre présentation que les Stéribox							

Tableau 2. Evolution du don de seringues de 2006 à 2009 dans les structures de Réduction des risques/ CAARUD et par les automates. Source : SSPH / Ville de Marseille

	CAARUD	Automates	Total
2006	140 302 s.	-	140 302 s.
2007	179 026 s.	27 982 s.	207 008 s.
2008	202 894 s.	18 834 s.	221 728 s.
2009	238 313 s.	17 918 s.	256 231 s.

Tableau 3. Evolution de la vente de Steribox® de 2000 à 2008 dans les pharmacies à Marseille en équivalent nombre de seringues. Source : SIAMOIS/ INVS

Année	Nb Steribox® vendus	Equivalent seringues
2000	87 499 s.	174 998 s.
2001	74 207 s.	148 414 s.
2002	76 823 s.	153 646 s.
2003	79 249 s.	158 498 s.
2004	76 718 s.	153 436 s.
2005	77 639 s.	155 278 s.
2006	70 776 s.	141 552 s.
2007	70 264 s.	140 528 s.
2008	68 974 s.	137 948 s.

Tableau 4. Répartition par ordre décroissant des seringues distribuées et récupérées par automate en 2009. Source : Service de la Santé Publique et des Handicapés de la Ville de Marseille

Automate	% seringues distribuées	% seringues récupérées
GAMBETTA (Mairie 1/7)	24,1%	27,9%
ST LOUIS (Mairie 15/16)	22,7%	14,4%
ST JOSEPH (Mairie 6/8)	16,6%	19,1%
TIMONE (Mairie 4/5)	14,7%	17,0%
RABATAU (Mairie 9/10)	7,6%	8,9%
ST JEROME (Mairie 13/14)	5,1%	6,1%
DESBIEF (Mairie 2/3)	3,8%	1,7%
VALBARELLE (Mairie 11/12)	2,8%	3,1%
BARNIER (Mairie 15/16)	2,6%	1,8%