22/07/2019

TOTAL KHEOPS

Expérimentation d'une salle de consommation à moindre risque à Marseille

Promoteur :
ASUD MARS SAY YEAH, 16 RUE DU RACATI, ENTREE A, 13003 MARSEILLE

Table des matières

INTRODUCTION 3

1. PRESENTATION DU PROMOTEUR 5

1.1 Identification du promoteur 5

1.2 Historique du porteur 6

1.3 Le CAARUD Mars Say Yeah 7

2. ÉLÉMENTS DE CONTEXTE : DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET ÉTUDE DES BESOINS 9

2.1 Contexte national 9

2.1.1 Comorbidités et autres problématiques liées à l'usage de drogues 9

2.1.2 Drogues, chiffres clés 11

2.1.3 Données relatives aux usagers fréquentant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) 14

2.2 Contexte marseillais 15

2.2.1 Les usages de drogues à Marseille 16

2.2.2 La nécessité d'une salle de consommation au regard du contexte marseillais 18

3. CADRES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES DE RÉFÉRENCE 20

4. PRÉSENTATION DU PROJET D'EXPÉRIMENTATION 21

4.1 Intitulé 21

4.2 Objectifs du projet de SCMR 21

4.2.1 Objectif général 21

4.2.2 Objectifs spécifiques et tableau opérationnel 21

4.3 Localisation de la SCMR 30

4.4 Organisation des locaux 30

4.5 Description des bénéficiaires 31

4.6 Sollicitation de l'expertise des usagers pour la mise en place du projet 31

4.7 Calendrier de mise en œuvre 32

5. MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE LA SCMR 33

5.1 Modalités d'accueil des usagers dans la SCMR 33

5.1.1 Horaires d'ouverture 33

5.1.2 Critères d'admission dans le dispositif 33

5.1.3 Procédure d'admission 34

5.1.4 Critères de non inclusion dans le dispositif 34

5.1.5 Déroulement du parcours de l'usager 35

5.1.6 Activités et services proposés 36

5.2 Fonctionnement de l'équipe 42

5.2.1 Composition de l'équipe 42

5.2.2 Tableau des effectifs 42

5.2.3 Formation de l'équipe 43

5.3 Gestion de l'extérieur de la SCMR et médiation sociale 43

5.3.1 La tranquillité et la sécurité publiques 43
5.3.2 L'information aux riverains et le travail de médiation de quartier 45
5.4 Participation au système de veille et alerte sanitaire 45
6. INSTANCES DE PILOTAGE *47*
6.1 Le comité de pilotage 47
6.2 Le comité opérationnel 47
6.3 Le comité de coordination et de suivi 48
7. PARTENARIATS *49*
7.1 Partenariat avec les pouvoirs publics locaux 49
7.2 Partenariats relatifs à l'accompagnement et aux soins des usagers de drogues 49
8. EVALUATION *51*
8.1 Evaluation interne 51
8.2 Evaluation externe 51
9. BUDGET PREVISIONNEL *53*
ANNEXES *55*
ANNEXE 1. Statuts ASUD Mars Say Yeah 55
ANNEXE 2. Règlement de fonctionnement (Pré-projet) 59
ANNEXE 3. Protocole d'intervention (Pré-projet) 62
ANNEXE 4. Protocole d'accompagnement (Pré-projet) 86
ANNEXE 5. Questionnaire d'inclusion (Pré-projet) 94
ANNEXE 6. Procédure Interprétariat (Pré-projet) 107

INTRODUCTION

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a permis l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque. Dans ce cadre, deux salles ont ouvert à Paris en octobre 2016 et à Strasbourg en novembre 2016.

Marseille est une des premières villes de France à avoir répondu à l'engagement de Mme Roselyne BACHELOT alors ministre de la santé, en 2010 au congrès SIDA de Vienne, qui, sur la base de l'expertise collective de l'INSERM, lançait le projet d'ouvrir en France des Salles de Consommation à Moindre Risque. Un groupe d'experts, coordonné par le Dr Patrick PADOVANI, adjoint au Maire délégué à l'hygiène et santé, aux personnes handicapées et Alzheimer, sida, toxicomanie avait alors produit un projet avec un cahier des charges exhaustif et consensuel. Des raisons étrangères aux exigences de santé publique avaient par la suite suspendu l'entreprise. Aujourd'hui, les discussions de ce groupe d'experts ont abouti à la nécessité de proposer ce dispositif à Marseille. Le consensus des politiques, des tutelles, des professionnels et des usagers sur l'intérêt du dispositif est fort, le besoin est réel, les résultats nationaux et internationaux encourageants.

Les rapports de l'OFDT[1] et l'enquête COSINUS[2] confirment l'observation du terrain : Marseille est une ville où les consommateurs de drogues injectent beaucoup ; il y a une corrélation entre marginalité et injection, et une augmentation significative des risques pris par ces injecteurs marginalisés.

D'après l'enquête Coquelicot de 2011[3], Marseille se distingue tout particulièrement par des séroprévalences du VIH et du VHC élevées (17% pour le VIH / Moyenne nationale 10%, 56% pour le VHC / Moyenne nationale 44%), qui peuvent être expliquées par un vieillissement de la population des UD et par une « tradition » de l'injection plus importante à Marseille pour les générations d'UD des années 1970-1980 que dans les autres villes.

Dans le champ des drogues, plusieurs associations se sont mobilisées dès le début des années 90 dans la lutte contre le SIDA, et la Ville a créé en 1995 une Mission SIDA-TOXICOMANIE qui a promu des initiatives (distributeurs échangeurs de seringues) et accompagné nombre d'expérimentations et de projets (Bus échange de seringues, boutiques, Sleep'In, bus méthadone, etc.). Avec l'institutionnalisation des dispositifs, le territoire compte désormais 5 CAARUD et 7 CSAPA, ce qui semble être un maillage territorial important mais en parallèle les réseaux de médecins généralistes disparaissent, la majorité des pharmacies refusent de délivrer du matériel d'injection et des TSO, les centres de soins sont saturés. La couverture territoriale n'est donc finalement pas satisfaisante. Des séropositivités VIH réapparaissent chez les injecteurs de drogues, le traitement de l'hépatite C est un enjeu majeur dans cette population, et plus que jamais les acteurs de la RdRD doivent offrir aux usagers les plus précaires et les plus stigmatisés, des outils adaptés pour rester en vie, et accéder aux soins et à l'insertion auxquels ils ont droit.

L'association ASUD Mars Say Yeah, qui porte un CAARUD et a recueilli l'accord des associations concernées et dans une collaboration étroite avec les autres organisations, se propose de porter la première salle de consommation à moindre risque de notre ville.

---

1 DUPORT Claire. Tendances récentes et nouvelles drogues. *Phénomènes émergents liés aux drogues - Tendances récentes sur les usages de drogues à Marseille en 2018*. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Paris, 2018

2 COSINUS : COhorte pour l'évaluation des facteurs Structurels et INdividuels de l'USage de drogues (INSERM, MILDECA)

3 JAUFFRET-ROUSTIDE M, PILLONEL J, WEILL-BARILLET L, LEON L, LE STRAT Y, BRUNET S, *et al.* Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. Bull Epidémiol Hebd. 2013;(39-40):504-9.

La salle de consommation qui a été baptisée TOTAL KHEOPS s'installera, selon la modalité souhaitée par la tutelle et mise en pratique dans les salles existantes, dans des locaux mis à disposition par une structure hospitalière, en l'occurrence l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Cette localisation permettra de réduire les plaintes de riverains.

La SCMR permettra d'accueillir une population d'usagers désaffiliée, qui trouvera accueil, conseil, matériel de consommation diversifié, éducation aux risques liés à l'injection, lieu spécifique pour consommer dans des conditions optimales. Mais aussi des travailleurs sociaux pour mettre à jour si besoin leurs droits, des soignants pour évaluer leur état sanitaire, pratiquer les sérologies, les tests, prendre en charge et/ou orienter pour des pathologies concurrentes. Ce lieu peut répondre à des nécessités immédiates (restauration légère, hygiène) mais aussi amorcer des accompagnements à plus long terme, plus ambitieux vers le logement et l'insertion. Pour les professionnels de la santé publique, il sera un lieu de dépistage et counseling. Pour les spécialistes de la question des drogues, il participera à la veille sanitaire, à l'observation des pratiques et des produits utilisés et à l'analyse de drogues dans le cadre réglementaire. Pour les acteurs de la sécurité publique, et pour les habitants, il réduira les scènes ouvertes et les lieux de « shoot » sauvages dans la cité. Une antenne mobile, dispositif validé dans plusieurs sites internationaux complèterait utilement le service dans une ville de la taille de la nôtre.

Le projet que notre association porte est à la fois ambitieux et réaliste. Il s'inscrit dans les missions du CAARUD et va offrir dans une collaboration avec l'ensemble des structures concernées une palette nouvelle d'outils de réduction des risques pour les usagers de drogues à Marseille.

PRESENTATION DU PROMOTEUR

Identification du promoteur

Les statuts de l'association ASUD Mars Say Yeah sont présentés en annexe[4].

Nom :	Association ASUD Mars Say Yeah
Objet :	La prévention et la réduction des risques et des dommages sanitaires et sociaux, qu'ils soient liés à l'usage de drogue, à la sexualité ou à toutes formes de vulnérabilité et de précarité. La promotion de la santé par la mise en œuvre de stratégies d'auto-support, de santé communautaire et d'éducation pour la santé. L'accès aux droits et l'exercice de la citoyenneté, dans une démarche de responsabilisation, de participation et de renforcement de la personne.
Coordonnées :	16, rue du Racati, entrée A, 13003 Marseille
Téléphone :	04 91 90 03 70
Email :	asud.mars@gmail.com
Facebook :	https://www.facebook.com/ASUDMARSEILLE/
Numéro Siret :	408 815 488 00056 (en cours de modification)
Date de création (JO) :	31 mars 1995
Représentants légaux :	Béatrice Stambul, Présidente
	Silvie Camil, personne habilitée, nommée Directrice le 24/08/2015

Identification de l'établissement :

Nom :	CAARUD Mars Say Yeah
Coordonnées :	16, rue du Racati, entrée A, 13003 Marseille,
Téléphone :	04 91 90 03 70
Email :	asud.mars@gmail.com
Facebook :	https://www.facebook.com/ASUDMARSEILLE/
Date de création :	13 Décembre 2006
FINESS :	130 024 979
Code catégorie :	178 (CAARUD)
Code APE :	8899 B

[4] Cf. ANNEXE 1 : Statuts de l'association ASUD Mars Say Yeah

Historique du porteur

Créée en 1995 en pleine pandémie de VIH, ASUD Mars Say Yeah se présente alors comme un groupe d'autosupport, d'entraide, et de solidarité. Cette approche a posé les fondements et le positionnement de l'association, marquant une identité forte et soucieuse de s'adresser aux personnes occupant les marges de la société.

L'association a toujours mis en avant une approche de proximité, en faveur de la promotion de la santé. Ainsi, ASUD Mars Say Yeah dans son organisation et son fonctionnement au quotidien a fait le choix de se positionner, toujours, au plus près des besoins des personnes subissant les processus de paupérisation, de stigmatisation et d'exclusion, notamment du fait de leurs pratiques, de leurs usages ou de leurs choix de vie.

Ainsi la participation, la valorisation sociale et culturelle des bénéficiaires, le renforcement personnel, les compétences individuelles et collectives face aux exigences des situations sociales, dans une ambiance et un environnement de bienveillance, d'entraide et de promotion de la santé et de la citoyenneté, ont posé les bases de la culture, de l'identité et du modèle d'accompagnement portés par ASUD Mars Say Yeah.

Les activités autosupport, d'entraide et d'accueil, à l'origine de la fondation de l'association, sont complétées par la gestion d'un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD).

Cet établissement médicosocial, financé par l'Assurance maladie, a été pensé pour porter, à travers les missions définies par décret, l'approche identitaire de l'association.

L'association ASUD Mars Say Yeah s'inscrit pleinement dans ce dispositif par les missions qu'elle porte depuis sa création. Elle a également travaillé à intégrer les nouvelles orientations liées à la mise en place des modalités de fonctionnement du CAARUD au sein même de ses activités, notamment en cherchant à positionner une approche médicosociale ainsi que l'ensemble des spécificités liées à un établissement sous tutelle de l'État dans la philosophie propre à la culture autosupport et à l'identité d'ASUD Mars Say Yeah.

L'enjeu lié à la création d'un CAARUD a été de pouvoir concilier souplesse et adaptabilité, portées comme des principes fondateurs du positionnement d'ASUD Mars Say Yeah destinés à valoriser des formes d'accueil et de convivialité appropriées à des usagers en marge des dispositifs « classiques » dans le respect des législations et des réglementations liées aux établissements médicosociaux et donc au CAARUD.

Depuis 2010, et sous l'impulsion des services de l'État chargés du suivi du CAARUD, l'association a été fortement mobilisée pour clarifier son organisation, tout en mettant en avant son choix de fonctionnement spécifique, affirmer ses valeurs et repenser son projet global d'accompagnement afin de rendre lisible l'organisation mise en place pour porter l'ensemble des actions qui lui ont été déléguées.

C'est à travers la composition de l'équipe de professionnels issus des deux champs d'activité développés par l'association (autosupport, expérience de vie ou formations sociales et médicosociales) que le projet a pu prendre forme à partir de l'année 2012.

Le CAARUD a, jusqu'en 2015, animé un lieu d'accueil au 52, rue du Coq, dans le 1er. arr. de Marseille. Il a déménagé en 2017 au 57-59 rue du Coq.

C'est en 2018, forcé à quitter ce local, que l'équipe du CAARUD avec le Conseil d'Administration, ont décidé de mettre en œuvre un autre type d'activités, celles qu'on appelle désormais « Hors les murs ». Le constat que les intervenants du CAARUD faisaient depuis de nombreux mois a montré un besoin d'accompagnement des usagers dans leurs démarches de manière plus individualisée et surtout dans la temporalité qui est la leur. De nombreuses

demandes d'accompagnement physique dans les démarches ne pouvaient pas être acceptées, car l'accueil au local et la médiation aux alentours nécessitaient la présence de l'ensemble des intervenants pendant l'accueil de l'après-midi. Les anciens usagers rencontrés dans la rue expliquaient qu'ils ne venaient plus au local étant donné qu'il y avait trop de monde, qu'il leur était compliqué de s'y rendre à la vue de la présence de certaines personnes. La présence du CAARUD dans la rue étant limitée, ils n'avaient plus d'accès effectif aux services du CAARUD.

Depuis mars 2018, le nouveau projet comprend notamment les rencontres individuelles hors les murs, un accueil collectif destiné aux femmes dans les locaux du CAARUD Le Tipi, des maraudes en centre-ville et dans les quartiers nord de Marseille, des accompagnements physiques dans les démarches sanitaires, sociales et d'insertion, mais aussi des visites à l'hôpital, à domicile, sur les lieux d'hébergement ou encore en prison.

Le CAARUD Mars Say Yeah

Les référentiels juridiques du CAARUD Mars Say Yeah sont les articles R.312-33-1 à R.312-1-334 du Code de l'Action Sociale et des Familles (Décret n°2005-1606 du 19/12/2005), qui déterminent les missions des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues, ainsi que le référentiel national de réduction des risques en direction des usagers de drogues, approuvé par le décret n°2005-347 du 14/04/2005.

Le CAARUD s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM :

La réduction des risques et des dommages dans les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), septembre 2017[5],
Le questionnement éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux, octobre 2010[6],
La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre, juillet 2008[7],
La participation des usagers dans les établissements médico-sociaux relevant de l'addictologie, avril 2010[8],
Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance, décembre 2008[9],
Ouverture de l'établissement à et sur son environnement, décembre 2008[10],

Le CAARUD se réfère également au guide de la Fédération Addiction « Réduire les risques – éthique, posture et pratiques » de 2017.[11]

Le fait d'être issue de la volonté des usagers de combattre le VIH, que ce soit par la distribution des seringues stériles ou par l'information sur les modes de transmission, est un élément central et toujours présent dans toutes les activités. Le savoir des personnes accompagnées est un élément essentiel, notamment en ce qui concerne l'usage des produits. C'est lui qui permet d'adapter le matériel proposé, mais également de prendre en compte des réalités des consommations (parkings, rue, proximité des lieux de deal, pression policière ou du voisinage, etc.).

En intégrant dans son équipe des travailleurs pairs, l'association fait le pari d'une équipe aux profils très différents, qui, ensemble, permettent d'envisager la relation et l'accompagnement des usagers dans une optique globale. C'est une structure à bas seuil d'exigence ou haut seuil de tolérance.

5 http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_CAARUD_WEB.pdf
6 http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_ethique_anesm.pdf
7 http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_bientraitance.pdf
8 http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_addictologie_anesm.pdf
9 http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_maltraitance_etablissement.pdf
10 http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_ouverture.pdf
11 https://www.federationaddiction.fr/reduire-les-risques-ethique-posture-et-pratiques-le-guide-est-paru/

L’engagement de l’association pour lutter contre toute forme de discrimination liée à l’usage de produits psycho-actifs et notamment dans le système de santé est une valeur forte. Les témoignages recueillis permettent d’intervenir, que ce soit par la médiation ou par la sensibilisation des professionnels ou futurs professionnels, mais aussi, depuis peu, par l’accès à une permanence juridique pour défendre ses droits.

L’inscription du CAARUD Mars Say Yeah dans les actions partenariales, les réseaux ou encore dans les co-accompagnements ont permis de faire connaître ses valeurs, ses missions et ses activités aux nombreuses structures marseillaises.

Sa candidature de porter le projet de la SMCR a été validée par son Conseil d’Administration, mais également par l’ensemble des CAARUD marseillais.

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE : DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET ÉTUDE DES BESOINS

Contexte national

Une augmentation du nombre d'usagers de drogues en France notamment des consommations de produits stimulants (cocaïne en particulier), parfois injectée ou basée (sous forme crack),
280 000 usagers problématiques de drogues illicites,
105 000 personnes pratiquant l'injection intraveineuse,
Une prévalence importante des contaminations VHC/VIH parmi les usagers injecteurs.

En 2017, l'OFDT estime le nombre d'usagers problématiques de drogues en France (usagers par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines) à 280 000 personnes parmi les 15-64 ans.[12]

Environ 138 000 personnes ont été prises en charge dans un CSAPA en 2016 pour un problème avec des drogues illicites ou des médicaments psychotropes détournés de leur usage.[13]

En 2017, 65 000 personnes ont été prise en charge dans les CSAPA en raison de leur consommation d'opiacés. 75 000 personnes ont été vues dans les structures de réduction des risques pour usagers de drogues (60 000 personnes en 2010 soit une augmentation de 25%).

Environ 185 000 personnes ont bénéficié de prescriptions de médicaments de substitution aux opiacés (en ville et en CSAPA).

Comorbidités et autres problématiques liées à l'usage de drogues

a. Le VIH[14]

En 2011, la prévalence biologique du VIH était estimée à 13,3% parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois dans leur vie (stable par rapport à 2004).

Les prévalences déclarées du VIH parmi les usagers de drogues injecteurs étaient stables entre 2012 et 2016 : autour de 7% en CSAPA et de 5% en CAARUD (susceptibles de sous-estimation, une part des usagers méconnaissant leur statut).

En 2016, 66 usagers de drogues injecteurs ont découvert leur séropositivité au VIH (soit 1% de l'ensemble des découvertes) et 38 cas de sida ont été diagnostiqués (soit 4% de l'ensemble des cas).

Enfin, 36 décès de personnes atteintes de sida sont survenus parmi les usagers de drogues injecteurs (soit 18% de l'ensemble des décès au stade sida).

b. Les hépatites B et C[15]

En 2011, la prévalence biologique du VHC était de 63.8% parmi les usagers de drogues ayant injecté au moins une fois dans leur vie (en baisse par rapport à 2004 (74%)).

---

[12] OFDT (2017). Drogues, Chiffres clés. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Paris.

[13] OFDT (2018). Prise en charge et offre de soin. Rapport national 2018 (données 2017). Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Paris.

[14] OFDT (2018). Conséquences sanitaires et réduction des risques. Rapport national 2018 (données 2017). Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Paris.

[15] OFDT (2018). Conséquences sanitaires et réduction des risques. Rapport national 2018 (données 2017). Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Paris.

Entre 2012 et 2016, les prévalences déclarées pour le VHC étaient stables : autour de 45% dans les CSAPA et de 35% pour les CAARUD.

La séroprévalence de l'AgHBs (infection chronique par le VHB) était de 1,4% parmi les usagers de drogues enquêtés entre 2011 et 2013 durant l'étude Coquelicot.

Les usagers les plus précaires sont trois fois plus contaminés par l'hépatite C que les autres. Ils consomment souvent vite et dans de mauvaises conditions d'asepsie pour échapper au regard d'autrui ou à la police. Cette mauvaise pratique de l'injection augmente le risque d'overdose et d'infections.

La transmission du VHC chez les usagers de drogues est liée au partage de seringues souillées mais également au partage du petit matériel utilisé pour la préparation des injections, pratique qui semble être en augmentation entre 2012 et 2015.

c. Les comorbidités psychiatriques

D'après les données RECAP[16], en 2017, 25.3% des personnes prises en charge en CSAPA pour usage de produits illicites (autres que le cannabis) avaient déjà été hospitalisées pour raisons psychiatriques. Ce chiffre est stable depuis 2015.

Les pathologies psychiatriques peuvent préexister ou être consécutives à la consommation de substances psycho actives (notamment les psychoses liées à la consommation répétée d'hallucinogènes, d'amphétamine ou de cocaïne).

La fréquence de "personnalités limites" est également mentionnée par certains auteurs[17]. La consommation de substances peut alors constituer un facteur aggravant[18]. La question de la causalité du lien entre consommation régulière de cannabis et pathologies psychiatriques reste toujours très discutée.

Selon des données internationales, les troubles les plus fréquents seraient les troubles de la personnalité (de 50 à 90% des toxicomanes selon les sources), la dépression et les états d'angoisse (20 à 60%) et les troubles psychotiques (15 à 20%)[19].

d. Autre facteur aggravant : l'exclusion sociale

Selon une revue de la littérature largement documentée[20],la précarité constitue un facteur de risque d'abus et de dépendance aux substances psycho-actives (SPA). Les études épidémiologiques internationales démontrent le lien entre l'itinérance ou le fait d'être sans abri avec la forte prévalence d'abus de substances psycho-actives.

Ces enquêtes montrent qu'environ la moitié des personnes SDF présente une addiction à un moment ou un autre de leur vie. De même, l'abus de substances et la dépendance mènent souvent à la perte d'emploi, la rupture familiale, l'isolement social et pour beaucoup, la perte de domicile. Les personnes elles-mêmes établissent des liens directs entre la perte de leur domicile et la consommation abusive de SPA. Ces facteurs créent un cercle vicieux dont il est difficile de sortir

---

16 OFDT (2017). Tableaux statistiques 2007 – 2017. RECAP (REcueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge). Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Paris.

17 BARROW S.-M., « Usage de drogues et comorbidités psychiatriques : synthèse des recherches américaines », Politique et Société , vol. 3, n° 25, 1999, p. 1-80.

18 WIEVIORKA S., « Comorbidités », Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point, France, Drug situation 2002, OFDT, Paris, 2003, p. 92-101.

19 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), Rapport annuel 2004*, Etat du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège, Luxembourg,* Office des publications officielles des communautés européennes, 2004, 113 p.

20 APOSTOLIDIS T. ; ROUAN G. ; EISENLHOR S. Construction du rapport aux drogues dans un contexte de précarité. Psychotropes 9(2), 2003, 65-81. / JAMOULLE, Pascale. Drogues de rue, récits et styles de vie. Paris Bruxelles, col Oxalis, 2000. / ROOM, Robin. Stigma, Social inequality and alcohol and drug use, Drug and alcohol review. March 2005,24,143-155.

car cette synergie est accentuée par d'autres problèmes comme l'exposition aux éléments climatiques, aux maladies infectieuses, à la violence, à la solitude et au mépris des autres.

Par ailleurs la précarité constitue un facteur aggravant de la maladie, induit des recours plus tardifs au système de soin et augmente les taux[21,22] et le coût des hospitalisations en raison principalement de l'allongement des durées de séjour[23].

Drogues, chiffres clés

Les données suivantes sont principalement issues de la 7eme édition de « Drogues, chiffres clés » publiée par l'OFDT en juin 2017.[24]

a. Cocaïne, héroïne, opiacés

Consommations

En 2014, 5.6% des adultes (18-64 ans) avaient expérimenté la cocaïne et 1.1% avaient consommé au cours de l'année. La consommation concerne nettement plus les hommes que les femmes (1,5% vs 0,7%). Ces données sont stables par rapport à 2010.

Après avoir connu une hausse entre 2000 et 2008, l'expérimentation de cocaïne parmi les jeunes de 17 ans semble se stabiliser, le niveau atteignant 3,2% en 2014. Elle concerne désormais autant les garçons que les filles.

Concernant l'héroïne, 1% des jeunes de 17 ans avaient expérimenté l'héroïne en 2014, contre 1,5% des adultes.

En 2017, le nombre d'usagers d'opiacés est estimé à 210 000 individus, pour une prévalence de 5,4 ‰.[25]

« Usagers problématiques de drogues »

Les « usagers problématiques de drogues » sont définis par l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies comme des usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée parmi les 15-64 ans. Leur nombre est estimé à 280 000, dont 105 000 personnes pratiquant l'injection intraveineuse.

La file active des CAARUD intégrant les usagers suivis en accueils fixes, unités mobiles et interventions extérieures était estimée à environ 75 000 personnes en 2014. Le profil de ces personnes est souvent marqué par la précarité, une forte morbidité psychiatrique et un polyusage. Parmi les usagers des CAARUD, 21,5% ne disposent d'aucun revenu, vivant de mendicité, prostitution ou de petit deal et 59,5% d'un revenu social uniquement.

En 2015, les substances les plus consommées un mois donné par ces usagers sont le cannabis (76%), les médicaments psychotropes (74%, dont 40% des benzodiazépines et près des deux tiers des médicaments de substitution aux opiacés, dans un cadre thérapeutique ou non), la cocaïne (43%), que plus de 7 sur 10 ont utilisé sous forme basée (crack ou free base), et l'héroïne

---

[21] RAYNAUD Denis. Les déterminants individuels des dépenses de santé, Dossiers solidarité et santé n°1 janv-mars 2002, La Documentation française.

[22] MARIC M. ; GREGOIRE E. ; LEPORCHER L. La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins. IRIS, 2008,n°81.

[23] MATHY C., BENSADON M. Le surcoût de l'hospitalisation des patients précaires, Journal d'économie médicale, 2002, vol 20,n°5.

[24] OFDT (2017). Drogues, Chiffres clés. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Paris.

[25] OFDT (2018). Usages de substances illicites. Rapport national 2018 (données 2017). Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Paris.

(32%). Par ailleurs, un tiers d'entre eux déclare une alcoolisation ponctuelle importante tous les jours ou presque.

Soins

En 2017, environ 185 000 personnes ont bénéficié de prescriptions de médicaments de substitution aux opiacés en ville et en CSAPA dont un peu plus d'un tiers pour de la méthadone et les deux autres tiers pour de la buprénorphine haut dosage. 87% des prescriptions de TSO sont effectuées en médecine de ville.[26]

Mortalité

Après avoir fortement chuté à la fin des années 1990, les décès par surdose ont de nouveau augmenté de 2003 à 2010, sans doute en lien avec un élargissement des consommations d'opiacés. Le nombre de ces décès est sous-estimé, certains pouvant être classés en « cause inconnue ».

En 2014, le nombre de décès par surdose s'élèvent à 241 (stable par rapport à 2013). Ils sont principalement dû à des consommations d'opiacés : les médicaments de substitution aux opiacés sont en cause dans 55% des cas et l'héroïne dans 26%.

Le pourcentage des décès révélant l'implication de la cocaïne est de 14%, tandis qu'il atteint 8% pour le cannabis et 4% pour les amphétamines et la MDMA/ecstasy. Dans 30% des décès, plusieurs substances étaient impliquées.

Les hommes suivis en CSAPA ou CAARUD pour usage de substances illicites (hors cannabis) ou de médicaments opiacés ont un risque global de décès 5,6 fois plus élevé que les autres hommes de même âge. Pour les femmes, le risque de décès est multiplié par 18,5. L'âge moyen de survenue du décès est de 44 ans.

b. Statistiques judiciaires, tous produites illicites confondus

Interpellations et condamnations

Depuis 2010, les statistiques nationales ne détaillent plus les interpellations par produit. Sur les 135 000 interpellations enregistrées en 2010 pour usage de stupéfiants, 90% concernaient l'usage simple de cannabis.

En 2016, le nombre des personnes mises en cause pour usage de stupéfiants (tous produits confondus) atteignait près de 160 000 (8 interpellations pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) sur 10). Il est en légère baisse par rapport à 2015, mais demeure identique en proportion (83% du total). 16 500 personnes ont été mises en cause pour usage-revente et 13 500 pour trafic-revente sans usage de stupéfiants.

En 2015, plus de 64 000 condamnations pour une infraction à la législation sur les stupéfiants ont été prononcées. Les condamnations pour ILS représentent 11% de celles inscrites au casier judiciaire (+10% par rapport à 2014 (58 400)).

Ces délits se répartissent ainsi : usage illicite (60%), détention, acquisition (22%), commerce-transport (12%), import-export (1,5%), offre et cession (4%), aide à l'usage par autrui – qui peut comprendre la provocation à l'usage et la facilitation de l'usage (33 cas).

Les peines d'emprisonnement ferme ou avec sursis partiel concernent 26% des condamnations pour ILS.

[26] OFDT (2018). Prise en charge et offre de soin. Rapport national 2018 (données 2017). Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Paris.

c. Alcool

En 2015, les ventes d'alcool sont estimées à 11.9 litres d'alcool pur par habitant âgé de 15 ans ou plus, soit une moyenne d'environ deux verres et demi d'alcool par jour et par habitant. Ce chiffre a beaucoup diminué depuis le début des années 1960, principalement en raison du recul de la consommation de vin.

Cette baisse se poursuit entre 2010 et 2015, bien qu'à un rythme plus lent. La France reste un des pays parmi les plus consommateurs d'alcool au monde. Elle se classait en 2014 en 7e position relativement aux pays membres de l'Union européenne.

Consommations à risque

En 2014, 8% des 18-75 ans (3,4 millions de personnes) étaient considérés comme des consommateurs à risque au sens du test de l'Audit-C[27] (dépendants ou non). Cette consommation à risque a diminué en 4 ans (9% en 2010) et concernait encore nettement plus les hommes que les femmes (11% vs 4%).

En 2014, 3,4 millions de personnes adultes (18-75 ans) étaient considérées comme consommateurs à risque.

Soins

En 2016, 135 000 personnes ayant un problème avec l'alcool ont consulté en ambulatoire dans les CSAPA, mais d'autres sont également vues dans les hôpitaux ou en médecine de ville. Les statistiques hospitalières hors psychiatrie ont enregistré plus de 136 000 séjours avec un diagnostic principal de troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool en 2016. Il y a eu également près de 58 000 séjours pour sevrage de l'alcool.

En incluant les séjours liés à l'alcool en diagnostic associé, 500 000 hospitalisations mentionnant un problème d'alcool ont été recensées en 2011.

En revanche, ces données ne permettent pas d'enregistrer les personnes suivies en ambulatoire à l'hôpital pour un problème d'alcool. Les médecins de ville voient, quant à eux, environ 50 000 patients chaque semaine pour un sevrage (données 2009).

Mortalité

En 2009, on estimait que 49 000 décès étaient attribuables à l'alcool.

d. Médicaments psychotropes

Ventes de médicaments psychotropes

En 2016, les ventes d'anxiolytiques, somnifères et antidépresseurs étaient en légère baisse avec 3,5 boîtes de ces médicaments remboursées en moyenne par habitant âgé de 20 ans ou plus.

Certaines de ces substances sont pilées et injectées, notamment par des usagers vivant dans la rue, en situation de grande précarité.

[27] Audit-C : Alcohol Use Disorder Identification Test

Consommations

En 2015, 13% de la population française avait eu au moins un remboursement de benzodiazépines dans l'année. 65% des consommateurs sont des femmes. En 2014, 16% des jeunes de 17 ans en avaient déjà consommé.

Chez les usagers de drogues, la consommation de médicaments psychotropes non opiacés, principalement des benzodiazépines, est de plus en plus fréquente. En 2015, 40% des usagers des CAARUD avaient pris un anxiolytique ou un somnifère dans le mois, souvent dans le cadre d'un traitement, contre 30% en 2012.

L'augmentation de la précarité des usagers ces dernières années peut expliquer cette augmentation car ces substances sont financièrement plus accessibles et peuvent donc être privilégiées. Le risque de mésusage est d'autant plus important que l'usager est jeune, de sexe masculin, que son degré d'abus/addiction est élevé (polyusage important, injection), qu'il souffre de pathologie(s) psychiatrique(s) et qu'il est dans une situation de précarité sociale importante.

e. Nouveaux produits de synthèse (NPS)

261 nouveaux produits de synthèse ont été répertoriés sur le territoire français depuis 2008 dont 47 en 2016. Il s'agissait majoritairement de cathinones, de cannabinoïdes de synthèse et de psychédéliques disponibles à la vente sur internet et qui, pour la plupart n'étaient pas inscrits sur la liste des stupéfiants lors de leur mise en circulation.

1,7% des 18-64 ans avaient expérimenté les cannabinoïdes de synthèse.

En 2014, plus de 8 usagers de NPS sur 10 avaient consommé une drogue illicite au cours de l'année écoulée.

Données relatives aux usagers fréquentant les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)

Les données suivantes sont extraites de l'enquête nationale 2015 réalisée auprès des usagers des CAARUD : ENa-CAARUD 2015[28]

a. Les modes de consommation

L'injection

En 2015, 62,8% des usagers déclaraient avoir eu recours à l'injection au moins une fois au cours de leur vie et 46,7% au cours du mois. Ces chiffres étaient en légère diminution par rapport à 2012 (64% et 46%).

La prévalence de l'injection récente (dans le mois) augmentait jusqu'au début de la trentaine puis diminuait ensuite au fil de l'âge ce qui pourrait être en partie lié à la détérioration de l'état veineux des usagers plus âgés.

L'âge moyen à la première injection se situait à 22,3 ans. Un quart des injecteurs avaient commencé avant 18 ans, 69.8% avant 25 ans. Ces données étaient en léger recul par rapport à 2006 mais elles doivent être comparées avec prudence compte tenu du vieillissement de la file active des CAARUD. Ce recul reflète aussi probablement l'évolution des modes d'entrée dans l'usage des produits (sniff et inhalation à chaud), qui permet d'éviter ou de retarder l'injection.

[28] OFDT (2018). Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015. Résultats de l'enquête nationale 2015 réalisée auprès des usagers des CAARUD (ENa-CAARUD). Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Paris.

Parmi les injecteurs récents, la majorité déclarait une pratique quotidienne de l'injection (65.6%). Le nombre moyen d'injections déclaré lors du dernier jour de pratique était de 3.9. La moitié des usagers déclaraient s'être injecté entre 2 et 4 fois.

Le premier produit injecté était l'héroïne dans 59% des cas. Ce chiffre est en diminution par rapport à 2010 (69.4%) au profit du sulfate de morphine pour les plus jeunes (11,2% des moins de 25 ans contre 4,3% des 35 ans et plus) et de la BHD pour les 25-34 ans (10,5%, contre 4,7% des plus de 34 ans). La cocaïne était également plus fréquemment utilisée lors de la première injection chez les moins de 35 ans (22,5% contre 15,0% des injecteurs plus âgés).

Le niveau de partage du matériel était très élevé en 2015 : plus d'un quart des injecteurs récents (26.2%) déclaraient avoir partagé au moins un élément du matériel d'injection. Le partage de seringue a fortement augmenté entre 2012 et 2015, passant de 9% à 14.5%. Pour le petit matériel, le taux de partage a lui aussi connu une augmentation de 21.6% à 24.4%.

Les moins de 25 ans et les femmes étaient davantage concernés par le partage du matériel d'injection (partage d'au moins un élément, respectivement 35.2% et 34%). Enfin, 34.8% des injecteurs déclaraient s'être fait aider par un tiers au cours du mois précédent.

La question de l'accès au matériel et de son utilisation reste donc primordiale.

L'inhalation à chaud et le sniff

La pratique de l'inhalation à chaud (avec doseur ou pipe à crack) a continué de progresser, passant de 26.4% en 2012 à 35.6% en 2015, principalement pour consommer de la cocaïne basée (45,2%, contre 32,9% en 2012 et 23,3% en 2008).

La moitié des usagers (50.6%) déclaraient avoir partager la pipe ou le doseur.

Le sniff

Le sniff était la voie de consommation privilégiée pour la kétamine et les amphétamine (63% et 50% des usagers de chaque produit). Mais la pratique du sniff était également importante chez les usagers d'héroïne (45%) et de cocaïne (38%).

b. Les pratiques de dépistage

La proportion des usagers n'ayant jamais effectué de dépistage VIH (10,3%) et VHC (16,8%) a cessé de reculer en 2015, et a même augmenté pour le VHC.

Les plus de 34 ans étaient la classe d'âge qui comptait le moins d'usagers non dépistés pour le VHC, c'est aussi parmi eux que le dépistage semble avoir le plus reculé.

La prévalence des sérologies déclarées positives parmi les usagers des CAARUD étaient en 2015 de 4,3% pour le VIH et 24,6% pour le VHC. Ces chiffres sont stables par rapport à 2012 (respectivement 5,2 % et 24,3 %).

Contexte marseillais

La Provence Alpes Côte d'Azur est la région où les indicateurs de pauvreté et de précarité se maintiennent à un niveau supérieur aux moyennes métropolitaines (Baromètre social DROS 2016). En Provence-Alpes-Côte d'Azur, plus d'un habitant sur six (17.5 % vs 16.4% en 2011) vit sous le seuil de pauvreté.

La ville de Marseille en particulier, compte 5 arrondissements (1er, 2è, 3è en centre-ville ; 14è et 15è au nord) où la population résidente affiche des taux de revenus parmi les plus faibles de France, comptant entre 41,5% et 53,4% de la population qui vit en dessous du seuil de pauvreté (Insee 2015).

D'après les estimations du projet ASSAb[29], en 2016, 14 063 personnes se sont retrouvées au moins une fois en situation d'être sans abri dans l'urgence et ont accédé à un lieu d'accueil ou de soin dédié. Par rapport à 2011, où 12 648 personnes avaient été dénombrées, cette étude révèle une augmentation globale de 11,2% de cette population.

Ces vulnérabilités se traduisent en difficultés pour ces populations d'accéder aux droits et aux soins ; mais aussi en fragilités physiques et psychologiques, voire en état post-traumatique pour nombre de victimes des expulsions à Marseille, laissant place à la consommation de produits psychotropes permettant de soulager, et/ou de combler.

Parmi les populations plus spécifiquement consommatrices de produits stupéfiants (populations pauvres, usagers en contextes festifs ou usagers insérés consommant en contexte professionnel ou privé), les usagers en situation de précarité sont les plus exposés.

Ils sont particulièrement visibles dans quelques quartiers du centre-ville de Marseille, mais aussi présents dans d'autres quartiers populaires. Leurs usages de produits psychotropes sont caractérisés par des consommations, parfois massives, d'alcool et de médicaments détournés, et/ou de cocaïne sous forme basée (crack)[30] ou injectée.

Ces usagers pauvres, sans domicile stable et n'ayant de ressource que celles des minimas sociaux ou de la mendicité, sont poly-consommateurs d'alcool et de médicaments détournés, consommés en injection. Pour ces populations en situation de précarité, notamment dans le centre-ville et quelques quartiers de la périphérie de Marseille, on observe toujours des **consommations importantes de Ritaline®** (qui est un produit recherché pour ses effets stimulants), **en injection**. Ces consommations ont des impacts rapides et invalidants pour les usagers et leur entourage : violences, pertes de liens, isolement…

Les usages de drogues à Marseille

L'enquête TREND de l'OFDT produit des informations et des analyses locales sur les populations usagères de drogues, les produits consommés, les modes d'usages, les marchés et trafic, et les évolutions de l'ensemble de ces phénomènes. Pour remplir cette mission, le pôle national TREND-SINTES à l'OFDT s'appuie sur un réseau de huit coordinations locales (Bordeaux, Toulouse, Marseille, Lille, Metz, Paris, Rennes, et Lyon) dotées d'une stratégie commune de collecte et d'analyse de l'information.

A Marseille, l'enquête TREND 2018[31] a mis en évidence les phénomènes suivants.

---

[29] Projet ASSAb (Accès aux Soins des personnes Sans Abri) : projet de mise en réseau en faveur de l'accès aux droits et de l'accès aux soins et la continuité des soins pour les personnes sans chez soi à Marseille, créé en 2010 (ARS PACA / Ville de Marseille, DRDJSCS).

[30] Le basage est une transformation de la cocaïne sous sa forme chlorhydrate (sel, poudre), en caillou. La cocaïne est mélangée à un agent alcalin (souvent de l'ammoniaque ou du bicarbonate de soude) ; le tout est chauffé puis séché, transformant la cocaïne-poudre en forme base solide, appelée caillou, crack ou free-base. Le caillou est fumé avec une pipe.

[31] (Rapport en cours de publication) DUPORT Claire. Tendances récentes et nouvelles drogues. *Phénomènes émergents liés aux drogues - Tendances récentes sur les usages de drogues à Marseille en 2018*. Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies.

L'accessibilité de la cocaïne, la diversification des consommateurs et des modes de distribution

La diffusion de la cocaïne se poursuit depuis 2012, qui résulte de la conjonction de stratégies des trafiquants pour favoriser la disponibilité du produit, et d'élargissement de la demande. Ainsi, on observe cette année encore :

De nouveaux consommateurs de cocaïne, avec un élargissement dans les milieux populaires,
Une disponibilité du produit dans les petites villes et villages, à visée d'une clientèle plutôt insérée professionnellement et socialement,
Davantage de consommations/consommateurs de cocaïne, sous forme injectée ou basée, par des personnes en situation de grande précarité
Un élargissement de l'offre, sur de nouveaux lieux (la plupart des points de vente -plus traditionnellement de cannabis-, proposent désormais aussi de la cocaïne), selon les formes de distribution les plus diverses, à des prix, quantités et qualités très diversifiés.

Toujours des difficultés d'accès aux droits et aux soins, et une dégradation de l'état sanitaire de certaines populations

Le phénomène de précarisation des conditions de vie se poursuit, et touche une population toujours plus nombreuse, souvent consommatrice de médicaments détournés dont le « marché » reste florissant, en particulier à Marseille (Ritaline®, benzodiazépines, Lyrica®, etc.).

Ce phénomène s'accompagne souvent d'un état sanitaire très dégradé pour ces populations en situation de précarité, et de difficulté à établir un lien avec les équipes d'intervenants sanitaires et sociaux, notamment pour les personnes mineures et/ou migrantes. Il se traduit entre autres par une plus grande présence des consommations de psychotropes dans l'espace public, entrainant des risques sanitaires et d'insécurité pour les usagers, et parfois des nuisances pour les passants ou riverains.

Une grande accessibilité des drogues, et une tendance à la polyconsommation

Le phénomène de diffusion des drogues (renforcé par la distribution des drogues de synthèse au tournant des années 2000) se poursuit en 2018. Il se traduit en PACA par :

Un accroissement des modalités de commande via internet et les applications téléphoniques,
Une plus grande variété et accessibilité de l'offre en livraison « à domicile »,
Une diversité des produits, qualités et prix, proposés sur les lieux de vente de rue,
Une tendance à la polyconsommation en fonction des effets recherchés, du budget des usagers, et de la disponibilité de tel ou tel produit au moment voulu.

De nouvelles contaminations virales liées aux usages de drogues

Les intervenants du groupe focal « sanitaire », ainsi que les CAARUD auditionnés signalent de nouvelles séroconversions VIH (primo contaminations) et/ou re-contaminations VHC, phénomène qu'ils n'avaient plus observé au sein de leurs structures depuis de nombreuses années. Ces nouvelles (re)contaminations concernent essentiellement des personnes consommatrices de Ritaline® et/ou autres stimulants, avec des pratiques d'injections multiples, entrainant des prises de risques importantes, notamment le partage de seringues. Nombre de ces personnes ont aussi des difficultés à accéder aux traitements préventifs ou de soin (malgré l'accessibilité au matériel) de par leur isolement, ou leur réticence à évoquer leurs pratiques à risque, ou leur méfiance à l'égard des intervenants sanitaires.

Une progression de la consommation de Lyrica®[32]

Les intervenants sanitaires et de réduction des risques en milieu urbain signalent un « petit déploiement » des consommations de Lyrica (produit que l'on avait vu apparaitre de manière importante dans les consommations de rue en 2017) au sein des populations en situation de grande précarité, avec de nouveaux consommateurs. Très souvent consommé en alliance avec des benzodiazépines, le Lyrica® semble bénéficier d'un effet de bouche-à-oreille et les demandes de prescription ont été plus nombreuses cette année.

La saturation des services et des personnels de RdR

Les structures de soin et de réduction des risques signalent leurs difficultés grandissantes à répondre aux demandes des usagers, et plus généralement aux besoins en matière de RdR et de soins ; les personnels sont débordés, les services saturés. Ainsi, à certaines périodes de l'année 2018, il n'était plus possible de proposer de nouvelles inclusions méthadone à Marseille. Les infirmiers des CSAPA de la région disent aussi ne plus avoir de temps pour des soins de première nécessité (plaies, infections) ; et la médecine de ville se dépeuple de praticiens acceptant le suivi ou les prescriptions pour les usagers de drogues.

De nombreux migrants en errance

Tous les CAARUD signalent l'arrivée de migrants en 2018 (pour certains, « l'afflux »), en particulier d'origine géorgienne, biélorusse, russe ou estonienne. Essentiellement des hommes entre 20 et 40 ans (mais certains sont accompagnés de leur famille), tous demandeurs d'asile, la plupart sans logement stable, et tous présentant un état sanitaire dégradé par des conditions de vie très précaires et un manque d'accès aux soins, voire aux traitements VIH-VHC.

La nécessité d'une salle de consommation au regard du contexte marseillais

Certaines populations usagères de drogues à Marseille sont plus singulièrement exposées aux risques, de par les produits qu'elles consomment, les modes de consommation et les contextes de consommation.

Des personnes en grande précarité, ayant une pratique « ancienne » de consommations de psychotropes, et une fréquentation tout autant « ancienne » des structures de soin ou de réduction des risques.

Bien que connaissant les pratiques de réduction des risques, et ayant accès au matériel et au soin en CSAPA ou CAARUD, ces personnes connaissent ces dernières années une dégradation de leur état sanitaire. Leurs usages de produits (souvent ce sont d'anciens usagers d'opiacés) évoluent vers des consommations plus risquées du point de vue sanitaire ou psychiatrique : produits tels que la Ritaline® (recherché pour ses effets stimulants), en injection. Ces consommations de Ritaline® ont des impacts rapides et invalidants pour les usagers et leur entourage : violences, pertes de liens, isolement… Ces personnes sont aussi consommatrices de cocaïne en injection ou basée, avec usages denses et multiples. Et en 2018 on observe aussi chez ces personnes, des usages plus fréquents de Lyrica®, et un (début de) retour de l'Artane®.

[32] Le Lyrica® est un médicament antalgique dont la molécule active est la prégabaline. C'est un antiépileptique, parfois prescrit pour la douleur chronique (utilisé en traumatologie), voire pour l'anxiété. Lors d'essais clinique réalisés en 2016, une information avait circulé en Europe sur l'un des effets « indésirables », à savoir un effet euphorisant.

Des jeunes en errance, récemment en contact avec les structures de soin ou de réduction des risques.

Il s'agit de personnes de tous âges, dont les conditions de vie se sont dégradées et les consommations de drogues devenues récemment problématiques. Un exemple de ces populations est le « teufeur » au mode de vie alternatif, dont les possibilités d'accès à l'hébergement (même en squats) et à l'emploi (même précaire) deviennent plus difficiles et dont -par manque de ressources financières- les consommations évoluent vers des produits moins chers (stimulants notamment) et/ou des modes d'usages -injection ou basage- permettant des perceptions du produit plus vives.

Des personnes migrantes, récemment arrivées dans la région.

Bien que la plupart ne présente pas des problématiques majeures d'usage de drogues, leur état sanitaire est dégradé par leur impossibilité ou leurs difficultés à accéder aux soins premiers (soin des plaies, des infections ou des maladies au départ bénignes), et aux traitements (notamment VIH ou VHC), en particulier pour les personnes en migration sans statut légal sur le territoire. Ces difficultés à accéder aux soins et à établir un lien avec les équipes d'intervenants sont liées soit à leur méconnaissance des services accessibles et/ou leur isolement (pour des personnes qui vivent sans domicile et sans attaches locales), soit (notamment pour les migrants) à la barrière de la langue et leur méfiance à l'égard des institutions.

Des jeunes « voyageurs ».

Ils sont présents à la fois à Marseille (où ils « zonent » et font la manche), dans les départements ruraux de la région (où ils trouvent des emplois saisonniers ou des lieux où poser leur camion) et dans les mondes festifs alternatifs. Plutôt jeunes (moins de 30 ans), résidant en habitat précaire (camions, squats), ils sont très mobiles dans tout le Sud-Est et les pays frontaliers, au gré des opportunités de travail saisonnier et des regroupements festifs ou amicaux. Ils sont souvent poly-consommateurs de cocaïne basée, de Skénan® (parfois injecté), et selon les opportunités et leurs ressources, de kétamine, MDMA ou autres produits accessibles en squats ou en milieux alternatifs. Une des particularités de ces populations est qu'elles fréquentent peu (voire pas) les structures d'accueil ou de soin, de par leur mode de vie alternatif et leur choix de distance à l'égard des institutions publiques, et de par leur grande mobilité transrégionale et transnationale.

CADRES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES DE RÉFÉRENCE

L'expérimentation d'un espace de réduction des risques par usage supervisé dit « salle de consommation à moindre risque » (SCMR) répond à la **politique de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues telle qu'elle est définie par l'article L. 3411-8 du code de la santé publique**. Son expérimentation s'inscrit dans le **plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017**.

La SCMR se réfère au cadre réglementaire suivant :

Loi n°70-1320 du 31 Décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et à l'usage illicite des substances vénéneuses.
Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.
Loi n°2004-806 du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique.
Article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
Décret CAARUD n°2005 1606 du 19 décembre 2005 relative aux missions des CAARUD.
Code de la Santé Publique :
- Article L. 3411-8 : politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue.
- Article L. 3411-9 : prise en charge anonyme et gratuite.
- Article R. 3121-33-1 à R. 3121-33-4 : missions des CAARUD.
- Article D. 3121-33 : Référentiel national de réduction du risque (reproduit à l'annexe 31-2).

Code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 311-7.
Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés "salles de consommation à moindre risque".
Circulaire du 13 juillet 2016 de politique pénale relative à l'ouverture des premières SCMR, espace de réduction des risques par usage supervisé.
Le Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 de la MILDECA

Il s'inspire également des conclusions de l'expertise collective INSERM concernant « la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues ».

PRÉSENTATION DU PROJET D'EXPÉRIMENTATION

Intitulé

Création d'un lieu de consommation de substances psychoactives à moindre risque associé à un programme d'échange de seringues et à un espace d'accueil ciblant les usagers de drogues les plus marginalisés sur la ville de Marseille.

Objectifs du projet de SCMR

Les salles de consommation à moindre risque ont été créées pour permettre aux usagers de drogues de consommer dans un cadre sécurisé, en dehors des lieux publics, et avec des règles d'hygiène satisfaisante.

Les services proposés s'adressent à des usagers de drogues en situation de grande précarité et pour lesquels les risques de contamination ou de transmission des maladies infectieuses sont élevés, en particulier les usagers injecteurs et/ou consommant sur la voie publique.

Ainsi, les salles de consommation à moindre risque répondent à la fois à des objectifs sanitaires et à des objectifs de tranquillité publique en contribuant à réduire les usages de drogues dans les lieux publics et donc les risques sanitaires et les nuisances qui leurs sont associés.

Conformément au cahier des charges national, un objectif général et des objectifs spécifiques ont été défini.

Objectif général

Réduire la mortalité, la morbidité, l'exclusion sociale et les troubles à l'ordre public liés aux consommations de drogues en espace urbain par la création d'une salle de consommation à moindre risque ciblant les usagers de drogues les plus marginalisés sur la ville de Marseille et notamment :

Contribuer à réduire les risques de surdose, d'infections et d'autres complications liées aux consommations de drogues en fournissant des conditions de consommation sécurisées et du matériel stérile.
Contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans une démarche de soin : processus de réduction des risques et de soins, et un nouveau parcours de vie et d'insertion sociale, afin de lutter contre les addictions, processus de sevrage ou de substitution.
Contribuer à améliorer l'accès des usagers aux droits et aux services sociaux.
Réduire les nuisances dans l'espace public.

Objectifs spécifiques et tableau opérationnel

OS1 : Entrer en contact avec les usagers de drogues les plus marginalisés : améliorer leur santé en limitant les risques encourus du fait de leurs pratiques de rue (notamment les risques infectieux et de overdoses) et favoriser leur insertion sociale.

OS2 : Améliorer la capacité des usagers à adopter des comportements de prévention et de réduction des risques et des dommages en lien avec leurs pratiques à risque.

OS3 : Réduire les nuisances associées aux usages de drogues en milieu urbain et contribuer à apaiser le climat social.

OS4 : Assurer une veille sanitaire permettant de mesurer l'évolution des pratiques, des produits consommés, pour adapter, de manière constante, nos réponses à ces évolutions.

TABLEAU OPERATIONNEL		
OS 1 : Entrer en contact avec les usagers de drogues les plus marginalisés : améliorer leur santé en limitant les risques encourus du fait de leurs pratiques de rue (notamment les risques infectieux et de overdoses) et favoriser leur insertion sociale.		
Objectifs opérationnels (OO)	Modalités de mise en œuvre	Résultats attendus
OO 1.1 : Permettre aux usagers de drogues marginalisés de consommer dans un environnement adapté sur le plan sanitaire.	Ouverture d'un lieu de consommation à moindre risque permettant : Un accueil individualisé, Un accompagnement des consommations : injection mais aussi inhalation et sniff, La mise à disposition de matériel de RdR adapté, L'accès à un espace de repos à l'issu de la consommation de produit, L'orientation vers des dispositifs d'analyse de produits. Prise en charge des surdoses et/ou malaises : Présence médicale/infirmière continue, Mise en place de protocoles dédiés : Naloxone, protocole d'urgence en collaboration le SAU, le service de réanimation et du SAMU de l'hôpital de proximité, Formation de l'équipe aux gestes de premiers secours et à la prise en charge des overdoses.	Amélioration des conditions de consommation des usagers. Prise en charge effective des surdoses et/ou malaises.

OO 1.2 : Faire entrer les usagers qui n'avaient aucun suivi avec des structures de soins existantes dans une démarche de réduction des risques et de soin.	Organisation de maraude pour : Repérer les usagers non connus, Les informer de l'existence de la SCMR. Développement de partenariat avec des équipes mobiles existantes : Lien privilégié avec le service du CAARUD Mars Say Yeah « Hors les Murs » porté par ASUD Mars Say Yeah et avec l'association Nouvelle Aube, Participation à la réunion de coordination des maraudes pilotée par le 115 pour informer les partenaires du territoire du fonctionnement de la SCMR. Création d'une brochure de présentation et d'information sur la SCMR élaboré par et pour les usagers.	Prise de contact avec des usagers qui n'avaient aucun suivi avec des structures de soins existantes. Accueil des usagers de drogues marginalisés et éloignés des dispositifs existants. Amélioration des conditions de consommation.
OO 1.3 : Encourager et faciliter l'accès aux soins et la continuité des soins des usagers les plus précaires : Accès aux traitements des dépendances : TSO, sevrage, post-cure, Accès au dépistage des maladies infectieuses, Accès aux soins somatiques, Accès aux soins psychiatriques et psychologiques.	Organisation de permanences médicales générales, psychiatriques et psychologiques : Identification et évaluation des besoins des usagers, Orientation ciblée avec possibilité d'accompagnement, Prise en charge des soins de santé primaire par le pôle infirmier au sein de la SCMR (Ex : abcès, pansements et autres problèmes médicaux en lien avec les pratiques de consommation). Mise en œuvre de dépistages VIH/VHC/VHB et fibrose. Création de liens et formalisation de partenariat avec les structures sanitaires et médicosociales du territoire : CAARUD, CSAPA, PASS hospitalières, les PASS de ville (MDM), le réseau des microstructures, les services des urgences, les CMP… pour faciliter les orientations et assurer la continuité des soins.	Amélioration de l'état de santé général des usagers. Amélioration des prises en charge sanitaire en médecine de ville, milieu associatif et/ou milieu hospitalier. Augmentation du nombre d'usagers suivis en addictologie (CSAPA, microstructures ou médecine de ville), mis sous TSO ou ayant eu accès à un programme de sevrage.

OO 1.4 : Favoriser l'insertion sociale des usagers les plus précaires.	Organisation d'une permanence sociale pour première évaluation et démarches urgentes. Lien privilégié avec le service du CAARUD Mars Say Yeah « Hors les Murs » porté par ASUD Mars Say Yeah pour les accompagnements vers les structures de droit commun, notamment accompagnement vers l'hébergement et/ou le logement. Concertation avec le SIAO et les dispositifs d'hébergement et de logement (ADL, Un chez soi d'abord…).	Amélioration de l'accès au droit, au logement/hébergement.
OO 1.5 : Proposer une offre de service d'hygiène	Distribution de produits d'hygiène corporelle. Accès à un espace sanitaire et douche.	Amélioration de l'état de santé des usagers.

OO 1.6 : Favoriser la participation des usagers dans la mise en œuvre du projet.	Implication des usagers en amont de l'ouverture de la SCMR : Entretiens / discussions pour recueillir leurs besoins et les informer sur les modalités de fonctionnement, Participation à l'élaboration du règlement intérieur, Rencontres collectives dans les mois précédents l'ouverture. Implication des usagers dans la gestion des différents espaces de la SCMR en collaboration avec l'équipe : Possibilité de participer aux activités et au fonctionnement des espaces, Participation à la création d'outils de communication et de sensibilisation en fonction des besoins, Organisation de groupes d'auto-support / rencontres sur différents sujets choisis en commun (Ex : modes de consommations, VHC…). Formation de travailleurs pairs / pairs aidants.	Responsabilisation des usagers et participation à la mise en œuvre du projet.

OS2 : Améliorer la capacité des usagers à adopter des comportements de prévention et de réduction des risques et des dommages en lien avec leurs pratiques à risque.		
Objectifs opérationnels (OO)	Modalités de mise en œuvre	Résultats attendus
OO 2.1 : Informer les usagers sur les risques associés à leurs pratiques et aux produits en circulation.	Diffusion et/ou création de support de sensibilisation sur les risques liés aux consommations, notamment les risques de surdoses et les conduites à tenir avec les usagers et pour les usagers. Organisation de séances d'éducation aux Risques Liés à l'Injection ou aux autres modes de consommation et entretiens individuels sur la RdR pour travailler avec les usagers sur leurs pratiques. Organisation de groupes d'auto-support / rencontres sur différents sujets choisis en commun (Ex : modes de consommations, VHC…). Information sur les produits en circulation : Mise en place d'un protocole d'alerte en lien avec les dispositifs SINTES et TREND de l'OFDT, Collecte d'échantillons de produits consommés par les usagers afin de les faire analyser dans le cadre d'un partenariat avec le Bus 31/32.	Amélioration des connaissances des usagers sur les risques associés à leurs pratiques. Amélioration des connaissances des usagers sur les produits en circulation. Evolution des pratiques de consommation et diminution des pratiques à risques.
OO 2.2 : Favoriser l'accès à du matériel de consommation (pour les consommations en dehors de la SCMR).	Mise à disposition de matériel de consommation et échange du matériel usagé. Mise à disposition de jetons pour les automates.	Evolution des pratiques de consommation et diminution des pratiques à risques.

OO 2.3 : Encourager les usagers à pratiquer des dépistages de maladies infectieuses (VIH, hépatites notamment) afin de connaître leur statut sérologique.	Organisation de TROD VIH et VHC au sein de la SCMR. Orientation des usagers vers des dépistages VHB en externe. Organisation de séances de diagnostic de fibrose hépatique par Fibroscan® en lien avec le projet « Test and Treat ». Organisation de rencontres et informations autour de l'hépatite C : Groupe d'auto-support, Création de supports d'information avec et pour les usagers.	Amélioration de l'accès aux tests de dépistage VIH et hépatites. Meilleure connaissance des usagers de leur statut sérologique.
OO 2.4 : Construire une culture d'intervention commune à tous les intervenants de la SCMR et favorisant l'empowerment des usagers.	Formation de tous les intervenants de la SCMR à l'approche éducative liée : A la pratique de l'injection (type AERLI) et aux autres modes de consommation, Aux différents produits consommés. Formation de tous les intervenants au counseling, à la relation d'aide et animation de groupe. Organisation de réunions hebdomadaires et débriefings quotidiens pour favoriser le partage d'expérience entre professionnels, aborder les difficultés liées aux consommations et aux pratiques observées et élaborer des réponses communes.	Formation effective des intervenants. Amélioration des pratiques professionnels.

OS3 : Réduire les nuisances associées aux usages de drogues en milieu urbain et contribuer à apaiser le climat social.		
Objectifs opérationnels (OO)	Modalités de mise en œuvre	Résultats attendus
OO 3.1 : Réduire les nuisances aux abords de la SCMR.	Organisation de maraudes quotidiennes aux environs de la SCMR (Intervenants professionnels et travailleurs pairs) en partenariat avec Nouvelle Aube : Ramassage du matériel usagé, Information des usagers consommant dans la rue de l'existence de la SCMR et de son fonctionnement.	Diminution des troubles de voisinage en lien avec les consommations de rue et la présence de matériel usagé.
OO 3.2 : Favoriser la communication avec le voisinage et avec les forces de l'ordre.	Création d'une brochure d'information sur la SCMR à destination du grand public. Rencontres régulières avec les riverains : Organisation d'un comité opérationnel, Mise à disposition d'un numéro de téléphone dédié pour les riverains pour recueillir les questionnements, plaintes et autres demandes. Travail en lien avec les forces de l'ordre : Formation des forces de l'ordre, Identification d'un interlocuteur privilégié pour faciliter le travail en partenariat. Elaboration d'un protocole « Tranquillité et Sécurité publique » en lien avec les différents acteurs.	Acceptation du programme par le voisinage. Bonnes interactions avec le voisinage et les forces de l'ordre.

OS4 : Assurer une veille sanitaire permettant de mesurer l'évolution des pratiques, des produits consommés, pour adapter, de manière constante, nos réponses à ces évolutions.		
Objectifs opérationnels (OO)	Modalités de mise en œuvre	Résultats attendus
OO 4.1 : Participer à l'amélioration des connaissances sur les usages.	Participation aux dispositifs de monitoring de l'OFDT : TREND et SINTES. Participation à des programmes de recherches : Mise en place de partenariats, Proposition de sujets de recherches par les intervenants et les usagers en fonction des besoins identifiés.	Amélioration des connaissances sur les usages.
OO 4.2 : Développer de nouveaux modes d'interventions.	Participation à des rencontres régulières avec les équipes d'autres SCMR afin : De réfléchir aux méthodes et moyens d'intervention, De proposer des actions innovantes. Contribution à l'élaboration de nouveaux outils en fonction des besoins identifiés par les intervenants et/ou les usagers.	Amélioration des pratiques d'interventions. Meilleure adéquation entre les services proposés et les besoins exprimés.

Localisation de la SCMR

Des négociations sont actuellement en cours avec l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) afin de trouver un local adapté et rattaché à un des centres hospitaliers du centre-ville. Deux options sont actuellement à l'étude : un site sur l'hôpital de la Conception et un autre sur l'hôpital de la Timone.

Le local retenu devra satisfaire aux exigences du cahier des charges tout en étant facilement accessible pour les usagers : emplacement central et bien desservi par les transports en commun, à proximité immédiate des services d'urgence hospitaliers.

Une convention AP-HM / ASUD Mars Say Yeah spécifiera les engagements et les responsabilités respectives de chaque partie.

Organisation des locaux

Les locaux choisis pour l'implantation de la SCMR devront permettre une circulation aisée des personnes accueillies notamment :

- L'ensemble des espaces devront être accessibles aux personnes à mobilité réduite et disposer de portes adaptées au passage de brancards ;
- La possibilité d'avoir une entrée différente de la sortie ;
- Un extérieur pour pouvoir y aménager un chenil et un espace fumeur (pour le tabac) et ainsi éviter les attroupements à l'entrée de la salle ;
- Un espace d'accueil aménagée de façon chaleureuse pour faciliter l'attente et comprenant :
  - Un bureau d'accueil dédié aux entretiens d'inclusion,
  - Un espace de dépôt du matériel usagé et de distribution de matériel stérile,
  - Un espace cafétéria pour favoriser les échanges de paroles entre les usagers et les membres de l'équipe en charge de l'accueil (y compris après la consommation),
- Dans la mesure du possible, un espace sanitaire/douche/laverie.
- Un espace de consommation avec :
  - Un comptoir central pour l'équipe de soins qui délivre le matériel,
  - Plusieurs postes de consommations dont certains seront spécifiquement destinés au sniff et d'autres à l'inhalation à chaud avec une ventilation adaptée,
- Un espace pour la récupération du matériel qui vient d'être utilisé.
- Une salle de soin à proximité immédiate de l'espace dédié à la consommation équipée pour les soins locaux et pour le traitement des malaises et overdoses éventuels ;
- Un espace de repos doté de sièges confortables pour faciliter la récupération lors de la période qui suit la prise de substance. Un coin café pourra être aménagé à cet endroit ;
- Une salle pour les ateliers collectifs ;
- Deux bureaux d'entretien / salles de consultation pour les permanences médicales et sociales ;
- Des toilettes pour les usagers.

En plus de ces espaces dédiés à l'accueil du public, des bureaux devront être prévus pour les membres de l'équipe ainsi qu'un vestiaire et une salle du personnel.

Une réserve pour le matériel et un local technique devront également être aménagés.

Description des bénéficiaires

La salle de consommation à moindre risque s'adresse à **tous les usagers de drogues majeurs** évoluant sur Marseille et ses environs, injecteurs et non-injecteurs, en particulier les plus précarisés et marginalisés qui ont peu accès au soin.

Parmi eux, différents types de public ont été identifiés[33] :

Les personnes en grande précarité, poly-consommatrices notamment d'alcool et de stimulants en injection, souvent porteuses d'atteintes hépatiques sévères, et qui ont peu ou pas d'accès aux soins,
Les jeunes en errance, en situation précaire et dont les consommations se font souvent dans des contextes sanitaires dégradés,
Les personnes migrantes, arrivées récemment en France venant des pays du Maghreb : Tunisie, Algérie, Maroc, Lybie, et pour les plus récents, venant des pays de l'Est : Roumanie, Pologne, Russie, Géorgie, Tchéquie, Ukraine ; et qui, de par leur situation sur le territoire, ont peu ou pas accès aux droits et aux soins,
Les jeunes « voyageurs », fumeurs de cocaïne, très précarisés, souvent injecteurs qui cherchent à diversifier leurs pratiques de consommation,
Les femmes enceintes pour lesquelles des modalités d'inclusion spécifiques sont prévues.

Dans la mesure où ce dispositif est expérimental, un chiffre fiable concernant la file active pourra être annoncé au bout de 12 mois de fonctionnement. Toutefois, en se basant sur les expériences de Strasbourg et Paris et compte tenu des modalités de fonctionnement proposées (inclusion des usagers non injecteurs), nous pouvons estimer que la file active sera de l'ordre de 400 usagers / an.

Une fois la structure connue des usagers, une moyenne de 80 à 100 passages par jour est envisagée. Là encore, cette estimation repose sur les files actives des autres salles actuellement ouvertes en France et sur la nature des produits consommés à Marseille (essentiellement des psycho-stimulants impliquant des injections répétées).

Sollicitation de l'expertise des usagers pour la mise en place du projet

Au cours de la phase de mise en œuvre du projet, des rencontres avec les usagers fréquentant les dispositifs de réduction des risques et de soins seront organisées. Leur avis sur les modalités de fonctionnement du lieu sera pris en compte.

Les documents nécessaires à la bonne marche de la salle seront élaborés avec eux :

Le règlement de fonctionnement conformément à l'article L.311-7 du CASF, afin de définir les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de la SCMR,
Le livret d'accueil qui sera remis à chaque usager fréquentant la salle,
Une brochure de présentation et d'information sur la SCMR à destination des usagers,
Une brochure d'information sur la SCMR à destination du grand public et plus particulièrement des riverains.

De plus, il leur sera proposé de participer à la convivialité de la salle d'accueil, de repos, de contribuer à l'animation de rencontres thématiques avec les autres usagers fréquentant la salle, à la réalisation de supports de communication et de prévention et à la gestion des relations avec les riverains.

Calendrier de mise en œuvre

[33] Cf. en page : La nécessité d'une salle de consommation au regard du contexte marseillais

Le travail de partenariat nécessaire à l'ouverture de la salle de consommation à moindre risque est déjà en place. Des réunions et rendez-vous avec les différents partenaires et les collectivités territoriales ont déjà eu lieu au sujet de ce projet, qui n'est plus qu'en attente d'une autorisation.

La délivrance de l'autorisation d'ouverture de la SCMR permettra :

De finaliser la convention AP-HM / ASUD Mars Say Yeah pour la mise à disposition d'un local,

D'organiser un calendrier de mise en œuvre avec les autorités sanitaires, avec la direction de l'AP-HM afin de coordonner l'installation de la SCMR dans ses locaux et les travaux envisagés,

De finaliser l'ensemble des documents nécessaires au bon fonctionnement de la salle, particulièrement :

- Le règlement de fonctionnement (voir pré-projet en annexe[34]),
- Le protocole « Tranquillité et sécurité publiques » en collaboration avec la Préfecture des Bouches-du-Rhône, le Procureur de la République, la Police, les services de la Mairie, etc.,
- Le protocole de gestion et de prise en charge des surdoses élaboré avec le Service des Urgences et le SAMU de l'hôpital de proximité (voir pré-projet en annexe[35]),

De mettre en place des groupes d'usagers pour valider les modalités de fonctionnement de la SCMR et élaborer les outils de communication à destination des usagers et du grand public[36],

D'organiser le recrutement du personnel.

[34] Cf. ANNEXE 2 : Règlement de fonctionnement (Pré-projet)

[35] Cf. ANNEXE 3 : Protocole d'intervention (Pré-projet)

[36] Cf. infra : Sollicitation de l'expertise des usagers pour la mise en place du projet

MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE LA SCMR

L'expérimentation des salles de consommation françaises est régie par un cahier des charges national. Ce dernier stipule qu'un certain nombre de protocoles et de conventions formalisées doivent être établis. Ils sont communs à l'ensemble des SCMR et permettent de garantir un cadre clair et structuré au fonctionnement des salles.

Ainsi, les protocoles suivants ont été définis et sont présentés en annexe :

Un protocole d'accompagnement[37], détaillant le déroulement du parcours de l'usager, de l'accueil initial à la sortie, les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les modalités d'admission et de primo-admission

Un protocole d'intervention[38], précisant :

Le déroulement de l'admission, la communication du règlement de fonctionnement, les règles d'hygiènes, les critères de refus d'admission ou d'exclusion ainsi que les modalités proposées par la supervision des intervenants.

Les conduites à tenir en cas d'urgence : malaise, suspicion d'overdose, etc., le circuit d'intervention rapide en lien avec les services d'urgence de l'hôpital, le SAMU, l'utilisation de la naloxone en cas de surdose aux opiacés, etc.

La conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang.

Modalités d'accueil des usagers dans la SCMR

Horaires d'ouverture

La SCMR sera ouverte au public 6 heures par jour (13h-19h)[39], 7 jours sur 7, toute l'année.

Les horaires d'ouverture seront discutés préalablement à l'ouverture avec un groupe d'usagers et ils pourront être réévalués selon les besoins par l'équipe et les usagers.

Sur ses horaires d'ouverture, la salle proposera un accès à du matériel de prévention et de réduction des risques accessible à tous les usagers.

L'installation d'un distributeur-échangeur de seringues à proximité de la salle de consommation serait très utile pour compléter ces dispositifs, pendant les heures de fermeture de la salle de consommation.

Critères d'admission dans le dispositif

Être consommateur de drogues : produits illicites et/ou médicaments détournés de leur usage, consommation par voie intraveineuse et/ou en sniff et/ou par inhalation à chaud ;

Être âgé de plus de 18 ans. Les personnes mineures ne sont pas acceptées dans la SCMR. En cas de doute, une pièce d'identité (ou autre document officiel muni d'une photographie) sera demandée ;

Les femmes enceintes font l'objet d'une inclusion spécifique dans le programme (proposition d'un traitement de substitution, orientation vers un suivi obstétrical, médical et social, mise à l'abri, recherche d'hébergement d'urgence).

Les binômes d'usagers font également l'objet d'une inclusion spécifique : histoire des pratiques de consommation et parcours de soins, supervision des pratiques à risque.

---

37 Cf. ANNEXE 4 : Protocole d'accompagnement (Pré-projet qui sera modifié en accord avec le modèle national standardisé).

38 Cf. ANNEXE 3 : Protocole d'intervention (Pré-projet)

39 Horaires d'ouverture au public : 13h-19h, soit 6h auxquels d'ajoutent 30 min de briefing avant l'ouverture et 30 min de débriefing après fermeture soit une journée de travail de 7h pour les intervenants.

Gestion des primo-injecteurs ou des usagers peu expérimentés : Les consommateurs souhaitant réaliser pour la première fois une injection seront reçus en entretien individuel. L'objectif de cet entretien sera de permettre à l'usager de renoncer à cette première injection et de recontextualiser leur demande, de les informer et de les orienter vers des dispositifs adaptés à la situation (accueil jeunes adultes, services d'addictologie…).

Procédure d'admission

Lors de sa première venue à la salle, l'usager est reçu individuellement pour un entretien d'inclusion au cours duquel :

Il est informé du fonctionnement de la salle et des différents services proposés (horaires, séances d'injection supervisées à visée éducative, permanences médicales et sociales, accès aux soins, dépistage VIH/VHC/VHB, Fibroscan®, distribution de matériel de réduction des risques et préservatifs, orientation et accompagnement vers des dispositifs sanitaires et médico-sociaux, …) ;
Il reçoit le **livret d'accueil** et le **règlement de fonctionnement** de la salle ;
Il complète un **questionnaire d'inclusion**[40] permettant de recueillir les données sociodémographiques et de faire le point sur sa situation : parcours de vie, situation sociale, bilan des consommations, des pratiques, antécédents médicaux, parcours de soins, …

L'entretien et le recueil de données sont anonymes.

A la fin de l'entretien, l'admission de l'usager sur le dispositif est validée par la **signature du règlement de fonctionnement de la salle afin d'attester que l'usager a bien eu connaissance des règles de fonctionnement et qu'il les accepte**. Il déclare également sur l'honneur être majeur.

Un **code identifiant**, garantissant son anonymat, lui est alors attribué, témoignant de son inclusion dans le dispositif, en vue de faciliter le recueil des données d'activité.

L'usager est ensuite accompagné au comptoir d'accueil pour la prise du ticket et lui sont présentés les intervenants présents dans la salle d'accueil.

À tout moment de leur parcours dans la salle, les **usagers allophones** pourront être accueillis avec des interprètes professionnels, soit en présentiel, soit par téléphone. Des conventions de partenariats seront prévues avec des dispositifs spécialisés[41].

Critères de non inclusion dans le dispositif

Les critères de non-inclusion dans la structure sont non négociables :

Être âgé de moins de 18 ans,
Se présenter en état d'ébriété ou d'agitation,
Vouloir injecter dans des abcès ou des sites d'injection dangereux,
Vouloir utiliser son propre matériel.

À tout moment, l'équipe se réservera la possibilité de refuser l'accès à l'espace de consommation à un usager dont elle ne serait pas en mesure d'évaluer le niveau des risques liés à sa pratique de consommation ou aux produits consommés.

---

40 Cf. ANNEXE 5 : Questionnaire d'inclusion
41 Cf. ANNEXE 6 : Procédure Interprétariat (Pré-projet)

Ces critères seront indiqués dans le règlement intérieur et porté à la connaissance des usagers lors de l'entretien d'inclusion.

Déroulement du parcours de l'usager

a. L'espace d'accueil

Deux intervenants sont présents à l'entrée de la salle (dont un agent de sécurité) afin de gérer l'arrivée des usagers, les orienter vers le chenil si besoin ou vers l'espace d'accueil.

Deux autres intervenants sont en charge de l'animation de l'espace d'accueil.

Lors de son arrivée, l'usager se présente à l'espace d'accueil afin d'y être enregistré.

Il montre à l'équipe d'accueil la substance qu'il souhaite consommer (produit et quantité) et indique le mode de consommation choisi.

Il peut déposer le matériel usagé qu'il a en sa possession.

Après avoir évalué son état, les accueillants décident alors de son entrée dans la salle et lui remettent un ticket indiquant son ordre de passage et le produit qu'il va consommer. Un ticket permet une consommation et une seule.

L'usager attend son tour de passage dans l'espace d'accueil où il peut, s'il le souhaite, bénéficier des autres services proposés au sein de la SCMR.

En cas de primo-injection ou de pratique très récente, un travail est fait par les intervenants pour essayer d'amener la personne à éviter ce mode de consommation.

Si l'usager se présente en **état d'agitation, d'ébriété manifeste ou de somnolence**, l'accès à la salle lui sera refusé et la demande sera réévaluée ultérieurement. Il pourra toutefois être proposé à l'usager de rester dans la salle d'accueil, pour un temps d'observation.

En cas de difficulté avec un usager, quelle que soit la salle où elle survient, l'équipe peut à tout moment décider d'une fermeture momentanée de la SCMR.

b. L'espace de consommation à moindre risque

Deux intervenants sont présents dans l'espace de consommation dont au moins un infirmier. Ils supervisent le déroulement des consommations et interviennent selon le protocole d'intervention.

À l'entrée de l'espace de consommation, l'usager se voit remettre le matériel nécessaire au mode de consommation choisi. Il peut rester au maximum 30 minutes.

Pour chaque consommation, les usagers ont l'obligation d'utiliser le matériel stérile fourni par la salle.

Il s'installe au poste de consommation disponible correspondant à son mode de consommation : 6 postes sont prévus pour l'injection, 2 pour le sniff et 2 pour l'inhalation à chaud.

Des protocoles spécifiques à chaque mode de consommation ont été élaborés[42].

Les postes dédiés à la pratique de l'inhalation à chaud sont situés dans un espace vitré et équipes de hottes aspirantes.

[42] Cf. ANNEXE 3 : Protocole d'intervention (Pré-projet)

L'injection est pratiquée par l'usager lui-même. En cas de besoin, un membre de l'équipe de la salle peut le conseiller sur les conditions d'une injection sûre, sans toutefois participer au geste de l'injection. Si l'injection s'avère trop difficile, en raison de l'état veineux de la personne, les intervenants présents suggèrent l'utilisation d'un autre mode de consommation (sniff ou inhalation).

Tous les postes de consommation sont individualisés pour préserver l'intimité des usagers. Leur aménagement permet à l'usager de s'installer à une table et d'y déposer son matériel.

Après avoir consommé, l'usager met le matériel usagé dans les DASRI prévus à cet effet et nettoie le poste.

Pour assurer une bonne asepsie de la salle, les postes d'injection sont systématiquement nettoyés après chaque passage par l'un des intervenants présents.

Enfin, l'espace de consommation est doté d'un système d'alerte visuelle ou sonore en cas d'incident. Une concertation et un travail de collaboration seront menés en amont de l'ouverture de la salle avec le service d'accueil des urgences, le service de réanimation et le SAMU de l'hôpital de proximité afin d'élaborer un circuit d'intervention rapide en cas de malaises graves. Un protocole sera formalisé.

c. L'espace de repos

Un intervenant est présent dans l'espace de repos. Il est en charge de la surveillance de l'état général de l'usager après consommation.

À la sortie de l'espace de consommation, l'usager peut s'installer dans l'espace de repos, spécifiquement aménagé pour favoriser un climat de détente.

Tout comme l'espace d'accueil, l'espace de repos peut être un lieu d'échange avec les intervenants et de discussions collectives. L'usager peut être reçu pour une consultation ou un entretien social.

Lorsque l'usager souhaite quitter l'espace de repos, il peut soit partir directement, soit reprendre un ticket et attendre son tour pour accéder à l'espace de consommation si son état est évalué compatible avec une nouvelle consommation par les intervenants.

Activités et services proposés

Depuis son origine, l'association ASUD Mars Say Yeah est repérée par les usagers comme étant une structure ouverte et disponible pour accueillir leurs sollicitations, souvent complexes. Ainsi, l'association s'attache au quotidien à répondre aux exigences que nécessite l'accueil dit « bas seuil d'exigence », inconditionnel, pour tout usager de drogues confronté à de graves difficultés économiques, sociales, de santé, de logement ou tout autre situation de détresse.

Pour cela, elle travaille régulièrement avec les partenaires du réseau marseillais : acteurs du sanitaire, du médico-social et du social, structures associatives et de droit commun afin de permettre l'orientation et l'accompagnement des usagers au plus près de leurs besoins. Ainsi, certaines des activités et services proposés sur la SCMR seront développés en lien avec les partenaires du réseau.

a. Accès au matériel et outils de réduction des risques et des dommages

Le matériel de consommation

Le matériel suivant est mis à la disposition des usagers :

Pour l'injection : seringues, aiguilles et filtres de différents types, coupelles à usage unique, eau stérile, lingettes de chlorhexidine, garrots, miroirs grossissants, tampons alcoolisés
Pour le sniff : pailles à usage unique, sérum physiologique,
Pour l'inhalation à chaud : feuilles de papier aluminium,
Pour les risques sexuels : préservatifs masculins et féminins, gel lubrifiant.

L'échange de seringues et l'obtention de matériel de prévention sont accessibles à tout usager, aux mêmes horaires d'ouverture que la SCMR.

L'analyse de produits

Les intervenants pourront proposer aux usagers de faire analyser leur produit par le biais du programme d'analyse de produits du Bus 31/32.

Pour cela, un prélèvement est réalisé sur place : l'usager dépose un échantillon de son produit dans un tube de prélèvement contenant les solvants nécessaires à son analyse par chromatographie sur couche mince (Méthode Toxilab®). Le tube est ensuite transmis au Bus 31/32, accompagné d'une fiche de collecte.

Le résultat de l'analyse (quantitatif) est ensuite transmis à l'intervenant dans un délai d'une semaine. Ce dernier est chargé de donner l'information à l'usager lors d'un entretien individuel permettant d'aborder les risques liés au produit en question et à son mode de consommation mais aussi les risques spécifiques liés aux produits adultérants qui auront pu être identifiés.

Bien que non prévu par le cahier des charges national, l'analyse de drogues pourrait être un outil complémentaire aux services proposés dans la salle de consommation. De nombreux experts (OEDT, 2001) ont montré combien l'analyse de produits est un outil efficace pour réduire les risques en informant sur la composition des produits, mais également pour entrer en lien avec les personnes éloignées du soin. Ces préoccupations sanitaires sont d'autant plus prégnantes aujourd'hui pour faire face à la « crise des opioïdes ».

Une étude récente menée au Canada dans un contexte d'épidémies d'overdoses liées à des consommations d'opiacés coupés au fentanyl a conclu que l'analyse de produit est un outil de réduction des risques pertinent pour contribuer à la réduction des overdoses[43].

Concrètement, la présence d'un dispositif d'analyse quantitatif type HPLC au sein de la SCMR donnerait la possibilité aux usagers de faire analyser leur produit avant consommation. Il ne faut en effet qu'une vingtaine de minutes pour obtenir un résultat. Une meilleure connaissance de la composition des produits (qualitatif et quantitatif) avant consommation permettrait de prévenir plus efficacement les surdoses ou d'autres incidents liés à un produit frelaté.

Les usagers seraient également mieux informés pour choisir de ne pas consommer le produit ou de réduire les quantités consommées à chaque prise.

b. Education aux risques liés à l'injection et aux autres modes de consommation

Des conseils concernant les pratiques de consommation les moins risquées sont prodigués par des intervenants formés à cet effet. Ils peuvent être délivrés :

[43] Karamouzian M, Dohoo C, Forsting S, McNeil R, Kerr T, Lysyshyn M. Evaluation of a fentanyl drug checking service for clients of a supervised injection facility, Vancouver, Canada. Harm Reduction Journal. 2018;15. doi:10.1186/s12954-018-0252-8.

Lors d'entretiens individualisés proposés aux usagers quel que soit le mode de consommation,
Lors du temps de consommation de produit supervisé dans une salle dédiée à cet effet (salle de soins) pour la pratique du sniff ou de l'injection.

Ces conseils personnalisés visent prioritairement l'utilisation du matériel, la gestion du matériel usagé, le choix du point d'injection, ainsi que la désinfection de ce dernier, la pose du garrot, le placement de l'aiguille, les soins locaux post-injection...

c. Les ateliers collectifs

Une salle sera dédiée à l'animation de temps d'échanges collectifs autour de la réduction des risques liés aux consommation de produits licites ou illicites, du bon usage des outils de réduction des risques, de la santé en général.

Lors de ces temps d'échange, une attention particulière sera portée sur les consommations d'alcool et de tabac : habitudes avec ses produits, fréquence d'usage, moyens de réduire les risques liés à ces consommations.

Des ateliers centrés sur les droits des usagers seront également proposés en collaboration avec l'ODDU.

d. Accès à des services d'hygiène

Les usagers inclus dans le dispositif auront accès à des produits d'hygiène corporels (savon, shampooing, brosse à dent, etc.) ainsi qu'à des sanitaires et des douches.

e. Accès aux soins

Soins infirmiers

Les intervenants infirmiers sont présents en permanence au sein du dispositif. Ils sont en charge de l'évaluation des besoins des usagers et de l'élaboration de protocole de soins infirmiers permettant la mise en œuvre de soins primaires.

Ils sont spécifiquement en charge des soins locaux dus aux abcès, nécroses, plaies, etc. afin d'apporter une réponse immédiate à des problématiques sanitaires associés aux pratiques de consommation (abcès, plaies, nécroses).

Lorsque la situation le nécessite, ils orientent les usagers vers le médecin de la SCMR, ou, le cas échéant vers les dispositifs sanitaires adaptés : les services d'urgence, hôpitaux, PASS, etc.

Permanence médicale

Des permanences médicales se tiendront chaque semaine (du lundi au vendredi) au sein de la SCMR. L'objectif sera d'identifier et d'évaluer les besoins des usagers afin de permettre une orientation ciblée avec possibilité d'accompagnement.

Le médecin aura pour mission d'évaluer l'état somatique des usagers et de les orienter vers des consultations spécialisées et/ou services hospitaliers qu'il s'agisse de soins somatiques, dentaires, psychiatriques, etc. (voir ci-après).

Dépistage des hépatites virales et VIH

Une attention particulière sera apportée aux dépistages VIH, VHC et VHB, aux vaccinations et aux suivis des maladies chroniques. Pour le dépistage VIH, VHB et VHC, des TROD seront proposés (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) par toute personne de l'équipe formée.

Accès aux soins en hépatologie

L'épidémie de VHC est un enjeu de santé publique majeur, notamment auprès des personnes consommatrices de drogue par injection. La mise à disposition des nouveaux traitements antirétroviraux à action directe a révolutionné la prise en charge des malades : ils présentent peu d'effets secondaires avec un taux de réussite supérieur à 95%. Toute personne diagnostiquée positive au VHC peut recevoir ces traitements, y compris les usagers de drogues en situation de précarité.

Dans une démarche globale d'accès aux soins en hépatologie, le CAARUD Mars Say yeah s'inscrit depuis 2016 dans un partenariat formalisé multipartite avec le Bus 31/32, l'Hôpital Saint-Joseph, l'INSERM et l'Hôpital européen : le projet « Test and Treat ». Cette expérience partenariale sera élargie à la SMCR avec de nouvelles perspectives : un dépistage de fibrose par Fibroscan® dans la salle, des dépistages VIH/VHC/VHB proposés tous les jours d'ouverture, l'accompagnement des usagers tout au long de leur parcours de soin par le CAARUD Mars Say Yeah et les patients experts.

Dans sa forme actuelle, le projet est un ensemble de démarches coordonnées :

Proposition aux usagers de drogues de dépistage par TROD ou buvards,
Organisation régulière dans les locaux du Bus 31/32 de consultations avec le Fibroscan®,
Facilitation de la prise de RDV pour les usagers dépistés positif et nécessitant la mise sous traitement,
Pour les usagers sous Méthadone : possibilité de délivrance quotidienne de leur traitement sur l'unité mobile du CSAPA Bus 31/32,
Accompagnement physique des personnes dans leur parcours de soin et de santé avant, pendant et après le traitement par les professionnels du CAARUD Mars Say Yeah ou du CSAPA / CAARUD Bus 31/32, mais aussi par les usagers guéris du VHC et formés à cet effet (patients experts).

Accès aux soins en addictologie

Les équipes médicales et paramédicales seront en charge d'orienter et d'accompagner les usagers qui en font la demande vers une prise en charge en addictologie, qu'il s'agisse d'une mise sous traitement de substitution aux opiacés, d'un sevrage ou d'une postcure.

Un travail de réseau avec les CSAPA de la ville devra être initié. Des liens seront également créés avec les services d'addictologie des hôpitaux et les ELSA afin de favoriser la continuité des soins.

Accès aux soins en psychiatrie

Un partenariat sera prévu avec l'équipe mobile Psychiatrie Précarité MARSS de l'AP-HM pour permettre une prise en charge spécifique des usagers les plus éloignés du soin.

Pour les usagers dont l'état de santé nécessite un suivi ambulatoire en CMP, des accompagnements physiques pourront être envisagés, en lien avec le CAARUD ASUD Mars Say Yeah.

Accès aux services d'urgence et soins généralistes

Des partenariats renforcés avec les services d'urgence et les PASS marseillaises seront envisagés afin de définir les conditions d'orientation des usagers et d'articulation entre nos différents services.

f. Accès aux droits

Accueil et démarches sociales

Tout au long de la semaine (du lundi au vendredi), les travailleurs sociaux seront en charge d'évaluer la situation sociale des usagers de la salle et d'effectuer les démarches urgentes.

Les usagers seront informés sur leurs droits en matière sociale et pourront être orientés directement vers les partenaires du réseau pour un suivi social ou vers le service du CAARUD ASUD Mars Say Yeah « Hors les Murs » pour les accompagnements vers les structures de droit commun, notamment accompagnement vers l'hébergement et/ou le logement.

Un travail de concertation avec le SIAO et les dispositifs d'hébergement et de logement (ADL, Un chez soi d'abord…) sera entamé afin de faciliter l'accès des usagers de drogues à ces dispositifs.

g. Articulation avec les autres dispositifs d'ASUD Mars Say Yeah

Le CAARUD Mars Say Yeah « Hors les murs »

La SMCR bénéficiera de la complémentarité avec le CAARUD Mars Say Yeah qui développe aujourd'hui ses activités hors les murs. En effet, une SMCR est un lieu d'accueil qui nécessite la présence continue des intervenants. Pour les éventuels accompagnements il sera possible de s'appuyer sur cette équipe pluriprofessionnelle, habituée à effectuer des accompagnements, mais aussi des visites à domicile ou sur tout lieu de vie des usagers. L'agilité de ce mode d'intervention complétera la palette des services proposés in-situ. L'équipe du CAARUD « Hors les murs » effectue des accompagnement que ce soit dans l'accès aux soins, aux droits à la santé, des démarches sociales ou encore d'insertion.

Elle propose notamment une médiation en santé, lors des hospitalisations ou consultations médicales. Proposer un temps de compréhension des enjeux pour la santé de l'usager, accompagner physiquement la personne à ses RDV, expliquer les examens demandés par le médecin, s'assurer que la personne puisse se reposer pendant son traitement, ou encore nouer des liens qui facilitent la prise en charge avec des équipes hospitalières, sont autant d'activités qui sont proposées et souvent nécessaires pour éviter un échec du traitement ou une démobilisation face à la stigmatisation qui peut être vécue par les usagers dans le milieu médical.

Par ailleurs, l'équipe du CAARUD « Hors les murs » est formée à l'AERLI et participe à l'étude coordonnée par l'INSERM, AERLI outsider. Il s'agît d'effectuer des séances d'accompagnement et d'éducation à la réduction des risques liés à l'injection sur le lieu de vie de l'usager.

La présence de cette équipe au sein de la maison d'arrêt des Baumettes est un plus. Depuis de nombreuses années une présence au parloir avocat est rendue possible grâce au partenariat avec le CSAPA des Baumettes. Et le nouveau projet au sein du quartier des sortants des Baumettes

permettra de faire mieux connaître la SMCR aux détenus et travailler, en amont, la réduction des risques à la sortie de la détention.

Lors de son passage à l'équipe « Hors les murs », le CAARUD a développé de nombreux partenariats qui seront mutualisés avec la SMCR.

L'équipe du CAARUD « Hors les murs » est composée de travailleurs sociaux, d'une infirmière et également de travailleurs pairs issus de l'expérience de vie des usagers. L'échange continu des savoirs, qu'ils soient institués ou expérientiels, est un point fort de cette équipe. Les savoirs ne sont pas hiérarchisés, ils sont au service de l'accompagnement de la personne dans toutes ses dimensions.

La possibilité d'intervenir à la fois dans la SMCR et dans l'équipe « Hors les murs » est envisagée et souhaitée par plusieurs membres de l'équipe existante. Cette possibilité permettra une meilleure coordination et pertinence des modalités de coopération à mettre en place.

L'Observatoire des droits des usagers

Depuis janvier 2015, ASUD Mars Say Yeah a développé un Observatoire des droits des usagers de drogues (ODU), dont l'objectif principal est de mettre en place un projet de démocratie sanitaire pour les usagers et ex-usagers de substances psychoactives sur la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur : recueillir l'expression des attentes et des besoins des usagers des dispositifs de soins.

Depuis 2018, le projet a été redéfini, et comprend également des permanences juridiques mobiles avec une juriste en binôme avec des travailleurs pairs mis à disposition par des associations partenaires ou rémunérés par le biais de l'intérim solidaire. Ces permanences ont lieu au GEM des Nomades Célestes, au Lieu de répit, à la Boutique solidarité de la Fondation Abbé Pierre, à la permanence destinée aux femmes du CAARUD Mars Say Yeah, en maraude avec l'équipe MARSS et à la Cité des associations, à raison d'environ une par semaine.

Ce projet s'anime autour de la participation et de l'implication de plusieurs acteurs : les usagers de drogues, les professionnels et partenaires régionaux, ainsi que les volontaires d'ASUD Mars Say Yeah, afin d'améliorer l'accès aux soins des usagers de drogues.

La finalité de ce projet est d'être au service des usagers et ex-usagers de substances psychoactives en contact ou souhaitant être en contact avec le système de prise en charge. Il rend ainsi possible une formulation directe des problèmes rencontrés par une population spécifique dans son rapport avec la réglementation au cours de la dispensation des services et des soins dont elle est bénéficiaire. Son ambition est de devenir une voie supplémentaire de résolution des questions posées par l'accès aux droits des patients dans un secteur où les problèmes de droits, de réglementations et de représentations sont à l'origine de nombreuses difficultés de prise en charge.

Il est envisageable, sous réserve de financements pérenne pour ce projet, d'ajouter une permanence dans la SMCR, tout comme l'accès aux témoignages des usagers de drogues des discriminations liées au système de santé.

Fonctionnement de l'équipe

Composition de l'équipe

L'équipe de la SCMR sera composée d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de médiateurs de santé pairs, d'agents de sécurité, d'un médecin et d'un chef de service, à hauteur de 15 ETP.

La direction de la structure sera assurée par l'équipe de direction d'ASUD Mars Say Yeah.

Une campagne de recrutement spécifique sera organisée pour créer l'équipe de la salle. De plus, plusieurs professionnels issus de structures partenaires ont déjà exprimé leur intérêt pour participer au projet. Des mises à disposition (facturables) pourront être envisagées sur certains postes, notamment les temps partiels.

Les personnes recrutées devront avoir des compétences en addictologie, et plus particulièrement dans le domaine de la réduction des risques.

Le travail de médiation auprès des riverains et le travail de rue, en vue d'entrer en contact avec les jeunes usagers en errance, vivant en squat, ayant des pratiques de consommation à risques et très peu de connaissances des possibilités d'accès aux droits et aux soins locales seront assurés par l'équipe du CAARUD ASUD Mars Say Yeah et par l'équipe de l'association Nouvelle Aube.

L'équipe de la SCMR bénéficiera des méthodes et des modalités de travail et de soutien déjà en place pour le CAARUD ASUD Mars Say Yeah : réunions d'équipe hebdomadaires, journées de travail et de réflexion annuelles, supervision, formations, participation à des colloques et à des séminaires.

Tableau des effectifs

La SCMR sera ouverte 365 jours par an, avec au minimum 6 personnes par jour soit 2190 permanences de professionnels, auxquelles s'ajoutent la présence d'un agent de sécurité et d'un agent d'entretien qui seront externalisés.

Ainsi pour assurer son fonctionnement, la SCMR nécessitera 14.9 ETP répartis comme suit :

	Heures hebdomadaires	**Dont temps de réunion hebdomadaire (moyenne)**	**ETP nécessaires**
Travailleurs non-médicaux	35h	2h	5,25
Infirmiers	35h	2h	5,25
Chef de service	35h	2h	1
Médecin	17h30	2h	0,5
Direction	7h	2h	0,2
Administratif	17h30	1h	0,5
		Sous-total	**12,7**
Agent de sécurité (externalisé)	35h	2h	1,6
Agent d'entretien (externalisé)	35h	1h	0,6
		Total	**14,9**

L'externalisation de l'agent de sécurité et de l'agent d'entretien permettra de garantir la continuité des prestations tout au long de l'année (présence d'un professionnels garantie 365jrs/an).

Compte tenu des spécificités de leur mission (contact avec le public accueilli), les agents de sécurité seront entièrement intégrés à l'équipe. Ils assisteront aux réunions de fonctionnement et bénéficieront d'une formation spécifique à l'accueil des usagers de drogue.

Formation de l'équipe

Avant l'ouverture du lieu, les intervenants devront suivre une formation obligatoire afin que chacun puisse être en mesure de gérer une situation de détresse vitale. Ils seront formés aux gestes de premiers secours (Prévention et Secours Civiques de niveau 1), à la prise en charge des overdoses et à l'utilisation de la naloxone.

Cette formation sera ensuite délivrée tous les six mois, afin d'offrir, en cas de besoin, une sécurité maximale aux personnes venues fréquenter le lieu. Un protocole de gestion et de prise en charge des surdoses sera élaboré en lien avec le Service des Urgences et le SAMU.

Des formations « éducation aux risques liés à l'injection » et « TROD » seront mises en place pour l'ensemble de l'équipe avant l'ouverture de la SCMR. Par la suite, les professionnels pourront bénéficier de formations continues sur différentes thématiques en fonction des besoins identifiés : risques liés aux produits, aux modes de consommation, maladies infectieuses, animation de groupes, counseling, relation d'aide, etc.

Des rencontres avec les professionnels des autres SCMR (GAÏA Paris et ITHAQUE Strasbourg) seront également prévues afin de favoriser les échanges de bonnes pratiques.

Gestion de l'extérieur de la SCMR et médiation sociale

La tranquillité et la sécurité publiques

Un protocole « Tranquillité et sécurité publiques » sera formalisé afin de définir les termes de la stratégie territoriale de sécurité et d'observatoire de la tranquillité publique dans le cadre de l'implantation de la salle de consommation à moindre risque.

Création d'un groupe de pilotage « tranquillité publique »

Le retour d'expérience des projets internationaux démontre la nécessité d'une étroite collaboration, dès la phase d'élaboration entre :

Le porteur,
Les acteurs de la santé et du social,
Les acteurs de la sécurité publique (notamment la Justice, la Police nationale), mais aussi les services de la collectivité notamment ceux intervenant sur la voie publique.

Cette coopération, dès la phase initiale du projet et jusqu'à son évaluation, conditionne la réussite du projet.

Ainsi, un groupe de pilotage « tranquillité publique » se réunira à fréquence régulière afin d'accompagner l'expérimentation et aura, notamment pour missions :

D'élaborer une stratégie territoriale qui constituera le cadre formel choisi pour accompagner l'expérimentation de la SCMR,
De rechercher les articulations interinstitutionnelles,
D'harmoniser les process,
De mettre en place une veille technique et législative,
De coordonner, si nécessaire, les interventions opérationnelles en cas de signalement et/ou de dégradation de l'environnement,
De valider des indicateurs d'évaluation sur le volet « tranquillité » du projet, ainsi que les outils de recueil d'informations, d'analyse et de synthèse qui permettront de réaliser :

1. Un diagnostic préalable à l'implantation de la SCMR (sécurité et tranquillité publique - état de la délinquance et des usages, détournements d'usage de l'espace public

aux abords de la salle et dans les espaces ouverts aux publics, tant aux abords immédiats de la SCMR, que sur un périmètre élargi - environ 500 mètres de rayon autour de la SCMR, que sur un périmètre beaucoup plus large prenant en compte les flux de personnes et de véhicules - de particuliers ou transports en commun -),

2. Des études de prévention situationnelle sur les espaces publics, espaces ouverts aux publics et établissements recevant du public aux abords immédiats de la SCMR,
3. Des études d'impacts, dès l'ouverture de la SCMR et sur la durée de l'expérimentation.

Mise en place d'un observatoire de la tranquillité publique

Cet observatoire relatif à la sécurité et à la tranquillité publique accompagnera, suivra et encadrera l'ouverture de la SCMR.

Il aura pour objectif principal d'appréhender l'ensemble des difficultés en termes de sécurité et de tranquillité publique, pouvant être reliées à l'ouverture de la SCMR.

Cet observatoire se réunira au minimum 3 fois par an afin d'appréhender les différents enjeux juridiques et opérationnels relatifs à l'implantation de la SCMR. Il pourra également être convoqué en fonction des circonstances particulières inhérentes aux activités de la SCMR.

Ce comité de Pilotage aura en charge le suivi du projet, notamment dans ces 2 phases :

Une phase d'installation, comprenant la mise en place de l'observatoire, la réalisation de diagnostics prévention/sécurité au regard de l'existant, des études de prévention situationnelle, le calage des protocoles d'articulation avec les différents acteurs, la mise en place d'outils de suivi et de reporting, un parangonnage mené auprès de villes européennes ayant une expérience sur ce type d'expérimentation en termes de prévention et de sécurité,
Une phase opérationnelle de suivi, comprenant l'activation de l'observatoire : un suivi en temps réel des difficultés rencontrées, la réactivité des partenaires au regard de leurs champs de compétences, un reporting régulier sur les signalements enregistrés, un point mensuel.

Les membres permanents du Comité de Pilotage de cet observatoire de la tranquillité publique seront :

Le Procureur de la République ;
L'adjoint au Maire de Marseille en charge de questions de santé, représentant le Maire de Marseille ;
L'Adjoint au Maire délégué aux questions de sécurité, représentant le Maire de Marseille ;
Le cabinet du Préfet de Région ;
La Direction départementale de la Sécurité publique des Bouches-du-Rhône ;
L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille ;
L'association ASSUD ;
Le Préfet à l'égalité des chances ;
Le Comité de coordination et de suivi du projet.

Selon les problématiques soulevées, d'autres partenaires pourront être associés à l'instance :

L'Agence Régionale de Santé ;
Les services départementaux de l'Education nationale ;
La Régie des Transports de Marseille ;
La Métropole en fonction des services sollicités ;

Les bailleurs (habitat collectif et habitat social).

L'articulation des protocoles entre l'association ASUD Mars Say Yeah et les autres partenaires sera supervisée par le service Prévention et Promotion de la santé de la ville de Marseille, en lien avec le Comité de Pilotage de l'Observatoire de la Tranquillité Publique.

L'information aux riverains et le travail de médiation de quartier

De par son implantation en zone urbaine, la SCMR se trouvera à proximité de plusieurs institutions de services publics ; hôpital, collège, lycée, bailleurs, cité universitaire…

Des rencontres avec ces structures voisines ainsi qu'avec les riverains seront programmées en amont de l'ouverture de la SCMR et durant toute sa phase opérationnelle afin de permettre des échanges réguliers et d'ajuster et améliorer l'action de la SCMR.

Un travail de médiation sera développé avec pour missions :

D'informer le public,
D'assurer une présence quotidienne sur l'espace public à proximité de la SCMR en fonction des horaires d'ouverture,
De travailler en partenariat avec les équipes de médiateurs d'ASUD Mars Say Yeah et de Nouvelle Aube et des membres du comité de coordination et de suivi du projet,
De sensibiliser les riverains et utilisateurs des espaces publics,
De communiquer avec les usagers de la SCMR,
De signaler les difficultés rencontrées aux abords de la SCMR au Comité de Pilotage de l'Observatoire de la tranquillité publique,
De favoriser autant que de besoin de façon formelle et informelle avec les résidents de voisinage, les éléments d'une prospective de tranquillité de voisinage.

Les activités de travail de rue de l'association Nouvelle Aube seront renforcées afin d'assurer une présence quotidienne sur le secteur de la SCMR.

Participation au système de veille et alerte sanitaire

La SCMR participera aux différents outils et dispositifs permettant d'assurer sa mission de veille et d'information sur les problématiques sanitaires constatées dans les consommations et les usages.

A ce titre, elle participera aux dispositifs TREND et SINTES de l'OFDT et aux enquêtes du CEIP, s'il y a lieu.

La structure contribuera au dispositif d'alerte sur les événements inhabituels liés à la consommation de produits et diffusera aux usagers les alertes sanitaires sur la toxicité des produits émises par les autorités sanitaires. Un système d'alerte sera établi avec l'OFDT afin de raccourcir les délais d'information des usagers.

Les usagers seront par ailleurs incités à communiquer sur les produits qu'ils jugent douteux et ils auront accès au service d'analyse de produits porté par le Bus 31/32, dans l'optique de les informer sur la composition des produits et de prévenir les risques sur des produits fortement dosés ou encore de les alerter sur des produits de coupe signalés dangereux. Les produits douteux pourront être collectés pour être analysés via le dispositif SINTES.

Les professionnels de la salle pourront également participer à des réunions institutionnelles afin de faire remonter les réalités du terrain et d'informer sur les évolutions dans le contexte de la réduction des risques et dans les besoins du public usager de drogues.

INSTANCES DE PILOTAGE

Conformément aux dispositions prévues par le cahier des charges, un comité de pilotage et un comité opérationnel seront créés.

Parallèlement à ces deux instances et dans la continuité du travail partenarial amorcé avec la rédaction du projet de salle de consommation marseillaise, un comité de coordination et de suivi sera également mis en place.

Le rôle et la composition de ces trois instances sont détaillés ci-dessous.

Le comité de pilotage

Un comité de pilotage supervisera la mise en place et le travail de la SCMR.

Il sera composé :

Du Directeur Général de l'ARS,
Du Maire de la Ville de Marseille et de ses représentants,
De la Préfecture de Région, en la personne du Chef de Projet drogues et dépendances,
Du Directeur Général des Hôpitaux Universitaires et de ses collaborateurs en charge du Patrimoine hospitalier,
Du Procureur de la République,
Du Directeur Départemental de la Sécurité Publique,
Du représentant de la CPAM,
De représentants des usagers,
Des représentants de l'association ASUD Mars Say Yeah en charge du projet.

Selon les problématiques soulevées, d'autres partenaires pourront être associés à cette instance.

Tel que cela est défini dans le cahier des charges, le Comité de pilotage a pour missions de vérifier la conformité de la mise en place de l'expérimentation au contenu du cahier des charges, d'accompagner l'adaptation du projet aux réalités locales et de faciliter le lien avec le Comité de pilotage national.

Le comité opérationnel

Un comité de suivi plus restreint sera constitué avec la mise en place de la salle de consommation à moindre risque, sous la responsabilité du Comité de pilotage.

Ce comité réunira :

L'Agence Régionale de Santé,
L'équipe de direction de la SCMR,
L'AP-HM,
La Préfecture de Région,
Le référent MILDECA du département,
Des représentants de la Ville de Marseille,
Les services de proximité (police, voierie),
Les associations de riverains.

Les réunions de ce comité permettront aux différents membres d'échanger des informations sur l'état de réalisation du projet, et de faire part d'éventuelles difficultés rencontrées afin de pouvoir

ajuster la mise en œuvre de la salle de façon concertée et partenariale, en particulier en prenant en compte la problématique des riverains.

Les éventuelles difficultés d'organisation ou de fonctionnement de la structure qui ne pourraient pas être résolues à l'échelle du comité opérationnel seront alors remontées au comité de pilotage.

Le comité de coordination et de suivi

Le comité de coordination et de suivi de la SCMR regroupe les partenaires locaux du champ de la réduction des risques :

CAARUD ASUD Mars Say Yeah,
CAARUD Bus 31/32,
CAARUD l'ELF,
CAARUD Le Tipi,
CAARUD Le Sleep In – Groupe SOS,
CAARUD Protox – AP-HM,
Association Nouvelle Aube.

La création de ce comité permettra de formaliser la collaboration amorcée avec le groupe de travail mis en place en avril 2019 et ayant abouti à la création du projet TOTAL KHEOPS.

Il permettra de garantir l'implication de l'ensemble des partenaires dans la mise en œuvre du projet.

PARTENARIATS

La mise en œuvre du projet de SCMR nécessite l'établissement de partenariats forts avec l'ensemble des acteurs du territoire afin de permettre d'une part la bonne inclusion de la salle de consommation dans le dispositif de vie publique et d'autre part l'orientation et la prise en charge des usagers dans les dispositifs de soins spécialisés ou non, ainsi que dans les dispositifs d'aide sociale et les dispositifs de droit commun.

Partenariat avec les pouvoirs publics locaux

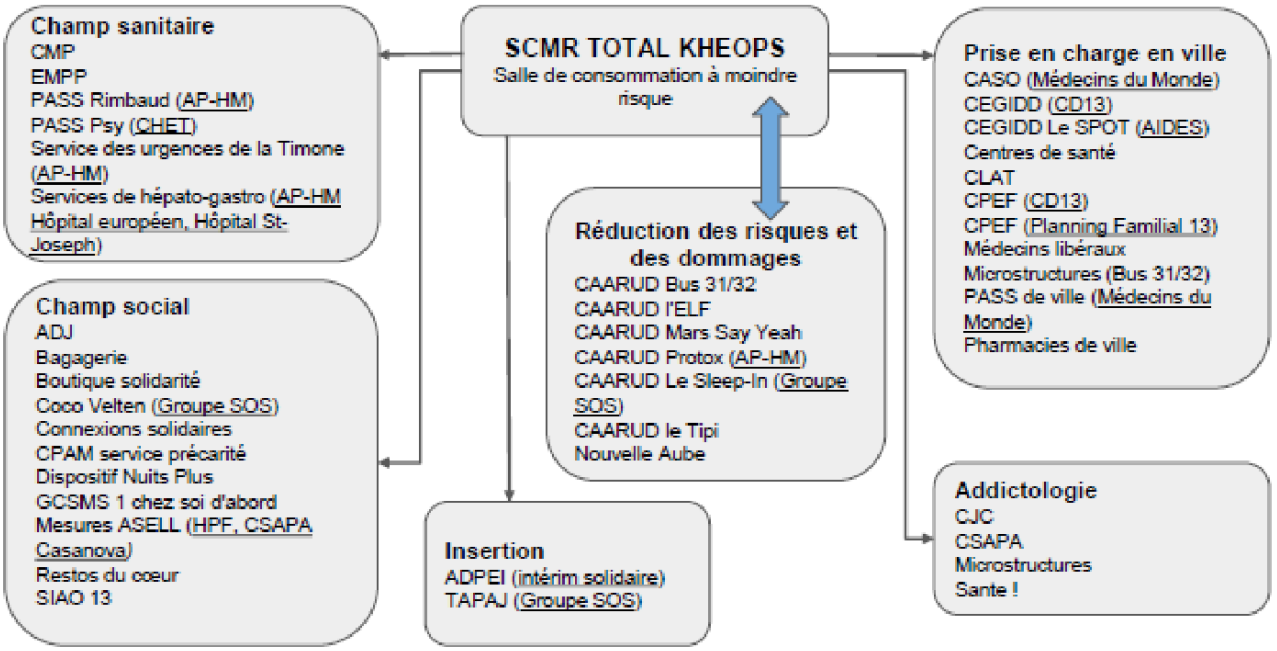
Le projet Total Khéops a été conçu en accord et avec le soutien de la Mairie de Marseille afin de favoriser l'inclusion du dispositif dans la cité. Un travail de concertation préalable est en cours avec les services de la Préfecture, de la Sécurité Publique, ainsi que les forces de Police.

Dés obtention de la confirmation du lieu d'implantation de la salle, il sera nécessaire d'effectuer un travail d'information et de médiation auprès des riverains (associations de riverains, voisinage direct, associations de quartier, etc…).

Ce travail partenarial sera formalisé par l'élaboration d'un protocole « Tranquillité et sécurité publiques ».

Partenariats relatifs à l'accompagnement et aux soins des usagers de drogues

Au regard de la spécificité du projet, des modalités de coopération particulières seront envisagées avec les dispositifs de soins généralistes, addictologiques, psychiatriques et les services d'urgence en vue d'articuler dans les meilleures conditions possibles les parcours de prise en charge des usagers.



Le comité de coordination et de suivi

L'ouverture de la SCMR va impacter les dispositifs existants en RdRD. Il paraît donc indispensable de mettre en œuvre des modalités de partenariat permettant de favoriser l'orientation et la circulation des usagers au sein de ces différents dispositifs. Ainsi, les partenaires mobilisés au sein du comité de coordination et de suivi pourront s'impliquer dans le parcours de soin des usagers en fonction de leurs champs de compétences spécifiques, entre autres :

CAARUD ASUD Mars Say Yeah : accompagnement « Hors les murs »,
Bus 31/32 : expertise sur les quartiers Nord de la ville, portage des microstructures, accès aux TSO facilité, analyse de produits,
CAARUD l'ELF : continuité de l'accompagnement sur le territoire aixois,
CAARUD Le Tipi : expérience de l'accompagnement à l'injection et des programmes d'échange de seringue,
CAARUD Le Sleep In – Groupe SOS Solidarité : accès à l'hébergement et facilitation des liens avec les dispositifs portés par le Groupe SOS Solidarité notamment en matière d'insertion sociale (TAPAJ),
CAARUD Protox – AP-HM : lien avec les services hospitaliers, notamment le pôle psychiatrie de l'AP-HM,
Association Nouvelle Aube : expérience du travail de rue et médiation avec les riverains.

Cette coopération aura vocation à inscrire le dispositif dans une démarche cohérente et coordonnée de partenariat entre les dispositifs de réduction des risques présentes sur le territoire.

Le CAARUD Mars Say Yeah

La SCMR pourra s'appuyer sur l'ensemble des partenariats déjà opérants du CAARUD Mars Say Yeah « Hors les murs », notamment dans le domaine de l'accès au logement/hébergement :

Conventionnement avec HPF – dispositif Nuits Plus,
Conventionnement multi partenarial dans le cadre du dispositif « Accès direct au logement », coordonné par le SIAO 13,
ACT Un chez soi d'abord – participation à la commission partenariale d'orientation.

Le CAARUD Mars Say Yeah dispose également d'une convention avec la CPAM 13 pour l'ouverture des droits sous 15 jours.

Partenariats spécifiques à la prise en charge des urgences

Un partenariat spécifique au bon fonctionnement de la salle de consommation devra être mis en place pour la prise en charge des urgences vitales liées aux surdoses éventuelles. Pour cela, des réunions préalables à l'ouverture seront réalisées avec le service d'accueil des urgences, le service de réanimation de l'hôpital de secteur, le SAMU et les pompiers afin d'élaborer un circuit d'intervention rapide.

Un protocole et une convention de partenariat seront formalisés pour assurer la chaine de vie et la continuité des soins.

EVALUATION

Evaluation interne

Afin de faciliter l'exploitation des données au niveau national, la SCMR marseillaise s'inspirera des procédures mises en place par les autres salles en activité (portées par Ithaque et Gaïa) et notamment du questionnaire d'inclusion et du logiciel de recueil des données qui pourront être adaptés au contexte local.

Ainsi, dans le cadre de l'évaluation interne, un rapport d'activité annuel sera rédigé. Il détaillera :

Les données d'activité de la SCMR :
File active,
Nombre de passages,
Nombre d'entretiens d'accueil,
Nombre de matériel délivré,
Nombre d'injections, inhalations, sniffs,
Nombre d'actes de dépistage, TRODs, Fibroscan® effectué,
Nombre d'entretiens et actes sanitaires et sociaux,
Nombre d'accompagnements et d'orientations médicosociales ou spécialisées effectués,
Recueil des incidents et évènements indésirables,
Nombre de réunions relatives au partenariat et à l'articulation avec les réseaux environnants,
Nombre d'actions de médiation sociale effectuées,
Questionnaire de satisfaction des usagers,
Questionnaire de satisfaction des riverains.
Les données sur les produits consommés : nature, galénique…
Les données sanitaires et socioéconomiques sur les usagers recueillies lors de l'inclusion.

Evaluation externe

L'évaluation externe de toutes les SCMR est pilotée au niveau national par un consortium INSERM pour une durée minimale de trois ans, qui ne devra pas excéder 6 ans.

Ainsi, l'évaluation de la SCMR à Marseille se fera dans le prolongement de la cohorte COSINUS[44] destinée à évaluer les SCMR de Paris et Strasbourg. Les données de COSINUS ont été recueillies auprès de 660 injecteurs recrutés dans les 2 villes expérimentales, Paris et Strasbourg, ainsi que dans 2 villes, alors témoins, Marseille et Bordeaux. Chaque participant a été suivi pendant 12 mois avec des questionnaires passés à l'inclusion, à 3 mois (M3), 6 mois (M6) et 12 mois (M12). Une des limites de cette cohorte est que les participants des villes expérimentales n'ont pas de témoins issus de la même ville car les usagers ont été recrutés dans les SCMR. De plus, seules les personnes francophones ont été inclues, la logistique pour recruter des usagers non francophones était trop compliquée à mettre en œuvre et trop coûteuse.

Dans l'optique d'évaluer la SCMR à Marseille, l'INSERM – UMR 1252 a proposé de créer une nouvelle cohorte sur le modèle de la cohorte COSINUS en l'adaptant aux caractéristiques du terrain marseillais. Ce projet a reçu un financement par l'ARS PACA.

Cette nouvelle cohorte permettra d'évaluer la SCMR marseillaise. En effet, un ensemble de 200 usagers injecteurs sera observé et suivi pendant 12 mois. Les questionnaires utilisés seront les mêmes que ceux de l'étude COSINUS et seront passés de la même manière à MO, M6 et M12. L'évaluation externe reposera également sur un volet qualitatif comprenant à la fois des

[44] COSINUS : COhorte pour l'évaluation des facteurs Structurels et INdividuels de l'USage de drogues (INSERM, MILDECA)

observations ethnographiques et des entretiens semi-directifs menés auprès des personnes fréquentant la salle ainsi qu'auprès des intervenants travaillant en lien avec la SCMR.

Les autorisations éthiques sont en cours d'obtention et les nouveaux usagers pourront être inclus d'ici juin 2019. Une fois que la SCMR sera ouverte toute personne fréquentant la salle se verra proposer de participer à cette étude. Ainsi, la population de cette cohorte sera constituée d'usagers fréquentant uniquement la salle, d'usagers qui fréquentent seulement les autres CAARUD et d'autres qui fréquentent les deux types de structures. Les données longitudinales permettront d'étudier l'impact de la fréquentation de la salle au cours du temps sur les pratiques à risque VHC et l'accès aux soins.

BUDGET PREVISIONNEL

SMCR Total Khéops	
Porteur : ASUD Mars Say Yeah	
I Charges directes affectées à l'action	
60 - ACHATS	**77 900 €**
Fournitures administratives	2 200 €
Eau, électricité	9 500 €
Consommables accueil (café, thé, petite collation)	5 200 €
Matériel de RdR	61 000 €
61 - SERVICES EXTERIEURS	**42 000 €**
Locations	30 000 €
Entretien et réparations, maintenance, logiciels	10 000 €
Assurance	1 000 €
Documentation	1 000 €
Divers	
62 - AUTRES SCES EXTERIEURS	**152 524 €**
Rémunérations des intermédiaires	131 824 €
Honoraires comptables, CAC, supervision	*10 000 €*
Agents de sécurité	*72 800 €*
Formation du personnel	*10 000 €*
Prestations d'interprétariat	*15 000 €*
Nettoyage	*24 024 €*
Publicité, publication	10 000 €
Déplacements, missions	6 000 €
Téléphones, internet, frais postaux	4 200 €
Services bancaires et autres	500 €
63 - IMPOTS ET TAXES	**10 000 €**
Impôts et taxes sur rémunération	10 000 €
Autres impôts et taxes	
64 - CHARGES DE PERSONNEL	**705 148 €**
Rémunérations des personnels	488 004 €
Charges sociales	209 144 €
Autres charges de personnel	8 000 €
65 - AUTRES CHARGES DE GESTION C.	
66 - CHARGES FINANCIERES	
67 - CHARGES EXCEPTIONNELLES	
68 -AMORTISSEMENTS	
II Charges indirectes affectées à l'action	
Charges fixes de fonctionnement	
Frais financiers	
Autres	
Total des charges	**987 572 €**
86 - Emplois des contributions volontaires en nature	
Secours en nature	
Mise à disposition gratuite de biens et prestations	
Personnel bénévole	
TOTAL	**987 572 €**

Le tableau précédent présente le budget de fonctionnement de la SCMR en année pleine.

Les coûts ont été estimés à partir des modalités de fonctionnement mises en œuvre par ARGOS à Strasbourg pour une amplitude journalière totale de travail de 7 heures (de 12 h 30 à 19 h 30).

Ce budget ne tient pas compte des coûts d'investissement liés à l'aménagement et à la mise aux normes des lieux.

ANNEXES

ANNEXE 1. Statuts ASUD Mars Say Yeah

STATUTS

ASUD
« MARS SAY YEAH »

BUTS DE L'ASSOCIATION

Article 1 er

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts, une association régie par la loi du 1 er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ayant pour titre « Auto support et réduction des risques parmi les usagers et ex-usagers de drogues ».

Article 2

L'association a pour objet :
- La prévention et la réduction des risques et des dommages sanitaires et sociaux, qu'ils soient liés à l'usage de drogue, à la sexualité ou à toutes formes de vulnérabilité et de précarité.
- La promotion de la santé par la mise en œuvre de stratégies d'auto-support, de santé communautaire et d'éducation pour la santé.
- L'accès aux droits et l'exercice de la citoyenneté, dans une démarche de responsabilisation, de participation et de renforcement de la personne.

Article 3

L'association se réserve le droit d'agir en justice en cas d'atteinte collective ou individuelle aux intérêts ou aux libertés des personnes usagères de drogues ou dans l'intérêt de la réduction des risques parmi les personnes usagères et ex-usagères de drogues.

L'association se réserve le droit de présenter auprès des instances publiques les intérêts des personnes usagères du secteur sanitaire et social pour des questions relatives à leur usage de drogue.

ADMINISTRATION

Article 4

Le siège social est fixé au 16 rue du Racati, entrée A, 13003 Marseille. Il peut être transféré sur simple décision du bureau.

Article 5

L'association peut adhérer à toute fédération ou rassemblement de son choix.

Article 6

L'association peut passer des conventions avec d'autres associations ou club extérieurs donnant droit au label « A.S.U.D. ».

Article 7

La convention impose à l'association ou au club conventionné d'adopter les statuts types mis à leur disposition par ASUD National, de conformer son action aux présents statuts et à adhérer au manifeste et à la charte.

Article 8

La convention peut être dénoncée unilatéralement par le bureau A.S.U.D. sur décision motivée et sans préjudice des poursuites judiciaires pouvant être engagées par A.S.U.D. en cas d'utilisation abusive du détournement du nom « A.S.U.D. ».

Article 9

Le président d'ASUD peut demander au président de l'association ou du club conventionné de rendre compte de ses activités devant le bureau.

Article 10

L'association se compose de membres adhérents, de membres bienfaiteurs et de membres honoraires.

Les membres adhérents sont des personnes physiques ou morales qui souscrivent au présent statut et payent une cotisation fixée par le bureau.

Les membres bienfaiteurs sont des personnes qui versent une cotisation supérieure ou égale à 150 €.

Les membres honoraires sont des membres qui ont rendu des services signalés à l'association, et sont dispensés de cotisation.

Toute nouvelle adhésion doit être présentée par un membre du bureau après demande écrite.

Pour être effective, l'adhésion doit être votée à l'unanimité des voix.

Article 11

La qualité de membre de l'association se perd par démission ou par radiation, celle-ci étant prononcée par le bureau pour non-paiement de cotisation ou non respect de la Charte.

Article 12

L'association se dote d'un bureau d'au moins trois membres, élus par le Conseil d'Administration en son sein, pour une durée de trois ans renouvelable. Il comprend au moins un président, désigné comme à l'article 20, un trésorier et un secrétaire.

Article 13

Le bureau définit les orientations suivies par l'association ; il arrête le projet de budget, établit les demandes de subventions et veille à leur bon emploi ; il intervient auprès de tous les organismes locaux, régionaux ou nationaux d'ordre économique, social, professionnel, scolaire et culturel au nom des intérêts dont il a la charge en établissant tous les contacts utiles : le bureau est responsable devant le Conseil d'Administration.

Article 14

Le bureau se réunit au moins une fois par mois et chaque fois qu'il est convoqué par son président. La présence de la moitié au moins de ses membres est nécessaire pour la validité des délibérations ; les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

Il est tenu procès-verbal des réunions de bureau ; les procès-verbaux sont signés par le président ou le secrétaire.

2

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Article 15

L'association se dote d'un Conseil d'Administration qui met en œuvre la politique, les actions et les projets de l'association.
Il peut s'adjoindre, à titre consultatif, tout membre de l'association et du comité d'animation intéressé à la conduite de ces actions et projets.

Article 16

Le nombre des membres du Conseil d'Administration est compris entre cinq et sept, et leur mandat est de trois ans. Ces membres sont élus par l'assemblée générale.

Article 17

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du président au moins trois fois par an. Il est tenu procès-verbal de ses délibérations.

LE COMITE D'ANIMATION

Article 18

Il existe un comité d'animation.

Article 19

Le comité d'animation est chargé par le bureau de missions de réflexions ou d'animation.

Article20

Le président est élu par le bureau. Il représente l'association en justice et dans tous les actes de la vie civile : il représente également aux instances et organisations auxquelles l'association participe, il peut s'y faire représenter par un membre du bureau.

L'ASSEMBLEE GENERALE

Article 21

L'assemblée générale se réunit au moins une fois par an sur convocation écrite adressée à l'ensemble des adhérents par le président.

Article 22

L'ordre du jour de l'assemblée générale est fixé par le bureau ; l'assemblée générale est précisée par un membre du bureau.

Article 23

L'assemblée générale entend et approuve les rapports sur la gestion du bureau et sur la situation morale et financière de l'association ; elle délibère sur les questions inscrites à l'ordre du jour ; elle peut procéder à la révision des présents statuts ; dans ce cas le quorum est fixé à la moitié + 1 des membres convoqués.

3

AV BS

Article 24

Il est tenu procès-verbal des décisions de l'assemblée générale.

Article 25

Les ressources de l'association proviennent des cotisations de ses membres, des subventions en provenance notamment de l'état et des collectivités territoriales ou de toute autre provenance autorisée par la loi.

Article 26

Il est tenu au jour le jour une comptabilité par recettes et par dépenses.

DISPOSITIONS FINALES ET TRANSITOIRES

Article 27

Pour tout point non réglé par les présents statuts, une charte de l'Asudien a été élaborée par le bureau faisant office de règlement intérieur.

Article 28

Le président fait connaître dans les trois mois à la préfecture tous les changements intervenus dans la direction de l'association, le siège social et la rédaction des statuts.

Article 29

En cas de dissolution, prononcée par les deux tiers au moins des membres présents à l'assemblée générale, un ou plusieurs liquidateurs sont nommés par celle-ci et l'actif, s'il y a lieu, est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1 er juillet 1901 et au décret du 16 août 1901, à une ou plusieurs associations poursuivant globalement les mêmes objectifs.

Fait à Marseille, le 24 janvier 2019

La Présidente,
Béatrice STAMBUL

La secrétaire,
Anaïs VIARD

Faire précéder de la mention « Lu et approuvé »

ANNEXE 2. Règlement de fonctionnement (Pré-projet)

TOTAL KHEOPS

SALLE DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

A. PRINCIPES GENERAUX

Toute personne majeure consommant des substances psychoactives se rendant à TOTAL KHEOPS y est la bienvenue.

1. Vous serez accueilli-e dans un lieu offrant des conditions sanitaires adaptées à votre pratique de consommation.
2. Vous serez accueilli-e de manière anonyme et gratuite.
3. Une équipe de professionnels formés spécifiquement vous accompagnera. Elle est composée d'infirmiers, d'intervenants sociaux, de médecins, d'un psychologue, d'un psychiatre et d'agents de sécurité.
4. L'équipe veillera à ce qu'aucun jugement ni aucune forme de discrimination ne soient portés à votre encontre. Votre pratique addictive ne sera pas considérée comme une maladie, ni comme une marque de dangerosité sociale.
5. Vous trouverez un lieu d'accueil, un espace de consommation et un espace de repos. Vous pourrez y bénéficier de conseils individualisés en matière de réduction des risques adaptés à vos pratiques, ainsi que d'un accès à du matériel d'injection et de consommation stérile, à usage unique et personnel.
6. Si vous le souhaitez, vous pourrez bénéficier de consultations médicales, psychologiques, psychiatriques, d'entretiens sociaux et de soins infirmiers.
7. Il vous sera demandé d'utiliser exclusivement le matériel délivré par l'équipe de TOTAL KHEOPS dans l'espace de consommation et de ne pas injecter dans des abcès ou des sites d'injection dangereux.
   À tout moment, l'équipe se réservera la possibilité de vous refuser l'accès à l'espace de consommation si elle estime ne pas être en mesure d'évaluer le niveau des risques liés à votre pratique de consommation ou aux produits consommés.
8. Si vous êtes enceinte, ou usager-e peu expérimenté-e, un accueil spécifique vous sera proposé.
9. Les intervenants en charge de l'accueil se réservent le droit de vous refuser l'accès à la salle de consommation s'ils considèrent que votre état représente un risque pour vous-même : risque d'overdose avec une consommation supplémentaire, alcoolisation massive ou état d'agitation excessive. Ils peuvent également décider à tout moment de la fermeture momentanée de TOTAL KHEOPS, en cas de difficulté avec un usager.
   Les intervenants en charge de l'espace de consommation et de l'espace de repos peuvent vous demander de rester sur place jusqu'à ce que vous puissiez quitter TOTAL KHEOPS sans danger pour vous ou pour autrui. Si vous décidez de ne pas suivre cette recommandation, l'équipe ne pourra être tenue pour responsable des éventuelles conséquences (overdose, accident, etc.).

10. Votre avis sera sollicité et vos remarques prises en compte afin que TOTAL KHEOPS réponde au mieux à vos besoins.

B. MODALITES DE FONCTIONNEMENT DE TOTAL KHEOPS

TOTAL KHEOPS est ouvert au public 7j/7 de 13 h à 19 h.

Accueil

Lors de votre première venue, vous rencontrerez un professionnel pour un entretien d'accueil destiné à faire le point sur votre situation et vos consommations. Après avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement, il vous sera demandé de le signer. Une pochette d'accueil vous sera remise comprenant notamment le livret d'accueil de l'association ASUD Mars Say Yeah.

Un identifiant permettant de respecter votre anonymat sera créé par l'intervenant ayant effectué l'entretien d'accueil. Celui-ci facilitera le recueil des données statistiques nécessaires à l'évaluation du travail, de la fréquentation et des résultats de la SCMR. Ces données informatiques seront recueillies de manière anonymisée et sécurisée.

Utilisation des lieux

A votre arrivée, il vous sera demandé de vous présenter au comptoir d'accueil et d'y déposer votre matériel d'injection usagé dans les containers prévus à cet effet.

Pour accéder à l'espace de consommation, un ticket vous sera remis indiquant votre ordre de passage. Un affichage sur le lieu d'accueil vous précisera à quel moment vous pourrez entrer dans l'espace de consommation. **Aucune entrée sans ticket ne sera possible.**

Le produit à consommer doit être présenté au moment de la prise du ticket afin que les intervenants puissent réagir en cas d'urgence. **Ce produit ne pourra être utilisé que dans l'espace dédié à la consommation.** Un seul passage d'une durée de 30 mn est possible, pour une seule consommation (injection, sniff ou inhalation).

Les consommations de produits ne sont pas autorisées hors de l'espace de consommation ni à l'intérieur ni aux abords immédiats de TOTAL KHEOPS.

La consommation de tabac, de cannabis et d'alcool est interdite dans l'ensemble des locaux comme dans tous les lieux publics.

Nous vous demandons de laisser les chiens ou autres animaux de compagnie à l'extérieur des locaux de TOTAL KHEOPS. Des crochets sont spécifiquement prévus à cet effet.

C. LES REGLES QUE NOUS VOUS DEMANDONS DE RESPECTER

Afin d'assurer un environnement serein et convivial pour tous les usagers des locaux et du périmètre extérieur immédiat de TOTAL KHEOPS, sont interdits :

LE DEAL, c'est-à-dire :

Toute vente, achat, échange ou cadeau de produit légal ou illégal,
Tout échange d'argent,
Toute vente, don ou échange de son ticket d'entrée pour l'espace de consommation.

LA VIOLENCE, c'est-à-dire :

Tout acte d'agressivité entre usagers et envers les professionnels du lieu,
Toute menace verbale et/ou physique,
Toute dégradation du mobilier et des locaux,
Le port d'armes.

Par ailleurs l'utilisation de votre téléphone portable n'est pas autorisée dans l'espace de consommation, afin de préserver la sérénité du lieu.

En cas de non-respect de ces règles, les professionnels de l'équipe vous demanderont de quitter les lieux et pourront prononcer si nécessaire une période d'exclusion temporaire ou définitive.

D. LES REGLES QUE RESPECTERONT LES PROFESSIONNELS

Tous les membres de l'équipe de TOTAL KHEOPS vous garantissent :

Le respect de votre dignité, de votre intégrité, de votre intimité et de votre sécurité,
Une prise en charge et un accompagnement individualisé, respectant votre consentement,
La confidentialité des données vous concernant et la protection de votre anonymat ainsi que l'accès à toute information ou document relatif à votre accompagnement,
Une information sur vos droits, sur les protections légales et contractuelles dont vous bénéficiez et sur les droits de recours à votre disposition,
Votre participation effective au projet d'accueil, et de soins, le cas échéant, vous concernant.

Nous vous remercions pour votre participation pleine et entière au bon fonctionnement de TOTAL KHEOPS.

Fait à Marseille, le

Signatures précédées de la mention « Lu et approuvé » :

Mme/Mr XX, Directeur/trice Mme/Mr

Intervenant d'Ithaque en charge du premier accueil :

Mme/Mr

ANNEXE 3. Protocole d'intervention (Pré-projet)

TOTAL KHEOPS

SALLE DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE

PROTOCOLE D'INTERVENTION

Conformément à la partie II, point 5b Annexe 2 de l'Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges, ce protocole d'intervention est divisé en deux sections :

- La première section détaille le rôle des salariés dans les différents espaces de la SCMR et les compétences à mettre en œuvre pour s'assurer du bon déroulement du parcours des usagers.
- La deuxième section détaille les fiches-réflexe en cas d'évènements indésirables (overdose, malaise, exposition au sang...). **Les procédures présentées dans ce document sont des pré-projets qui pourront donc être soumis à modification et qui devront être validées par le médecin de l'équipe dès son entrée en fonction. Ils devront également être approuvés par les partenaires appropriés (SAMU, SAU, services de réanimations de l'hôpital de secteur).**

Ce protocole sera signé par la direction d'ASUD Mars Say Yeah et par le médecin.

---

1. DESCRIPTION DES INTERVENTIONS

1.1. Espace d'accueil

1.1.1. Le premier accueil

Objectifs :

- Exposer les objectifs de la SCMR ;
- Exposer le fonctionnement ;
- Pour les usagers, connaître et accepter le règlement de fonctionnement ;
- Finaliser l'inclusion de l'usager dans le dispositif par :
  - L'attribution d'un identifiant garantissant l'anonymat,
  - Un recueil des données déclaratives ;
- Répondre aux questions et demandes d'éclaircissement des usagers.

Critères d'admission dans le dispositif :

La SCMR TOTAL KHEOPS est accessible à tous les consommateurs de drogues majeurs, qu'ils soient consommateurs de produits illicites et/ou de médicaments détournés de leur usage, et

consommateurs par voie intraveineuse et/ou en sniff et/ou par inhalation à chaud.

En cas de doute sur l'âge d'une personne, une pièce d'identité sera demandée.

Si des primo-injecteurs ou des usagers peu expérimentés se présentent à la SCMR, ils sont reçus dans le cadre d'un entretien individuel, dont l'objectif est de permettre à ces personnes de renoncer à cette première injection et de recontextualiser leur demande. Une orientation vers des dispositifs adaptés à la situation sera proposée (CSAPA, CJC, service d'addictologie…).

Les critères de non inclusion

Être âgé de moins de 18 ans ;
Se présenter en état d'ébriété ou d'agitation ;
Vouloir injecter dans des abcès ou des sites d'injection dangereux (visage, sein et sexe) ;
Vouloir utiliser son propre matériel.

À tout moment, l'équipe se réservera la possibilité de refuser l'accès à l'espace de consommation à un usager dont elle ne serait pas en mesure d'évaluer le niveau des risques liés à sa pratique de consommation ou aux produits consommés.

Situations particulières :

Par ailleurs, certains profils d'usagers font l'objet d'une attention spécifique :

- Les femmes enceintes font l'objet d'une inclusion spécifique dans le programme.
    - Dès le premier entretien, un traitement de substitution sera proposé ;
    - Une orientation vers un suivi obstétrical spécialisé dans la prise en charge des addictions sera proposée ;
    - Un accompagnement social sera mis en œuvre immédiatement : recherche d'hébergement d'urgence si nécessaire, mise à l'abri…
- Les binômes d'injecteurs font également l'objet d'une inclusion spécifique dont les modalités sont détaillées ci-après.

Fonctionnement

Le premier accueil se déroule selon les étapes suivantes :

1. Accueil de l'usager à la borne d'accueil.
2. Entretien individuel et confidentiel dans le bureau dédié de l'espace d'accueil.

   Cet entretien vise à faire le point de la situation de l'usager : parcours de vie, situation sociale, bilan des consommations, des pratiques, antécédents médicaux, parcours de soins… Il vise également à clarifier les objectifs et le fonctionnement de la SCMR. Le mandat de réduction des risques de la SCMR est présenté à l'usager.

   L'usager est informé du fonctionnement du lieu et des services proposés (accueil, horaires, soins, vacations médicales et sociales, dépistage VIH/VHC/VHB, vaccinations, Fibroscan®, distribution de matériel de réduction des risques et préservatifs, orientation et accompagnement vers des dispositifs sanitaires et médico-sociaux).

   L'usager est informé des règles d'utilisation de la salle et du caractère expérimental du dispositif. Il signe ensuite un règlement de fonctionnement qui signifie qu'il a eu pris

connaissance du fonctionnement de la SCMR et qu'il l'accepte. Il déclare également sur l'honneur être majeur.

L'entretien se termine par un recueil de données sociodémographiques à l'aide d'un questionnaire préalablement défini. L'anonymat et la confidentialité des données sont garantis à l'usager. Il se voit remettre un identifiant, qui sera utilisé comme référence à chaque passage, ainsi qu'un livret d'accueil.

3. Présentation des espaces de la SCMR :

L'usager est accompagné dans l'espace d'accueil, puis dans l'espace de consommation et les professionnels présents lui sont présentés. Un professionnel présente à l'usager le matériel de prévention disponible adapté à son mode de consommation. Selon la disponibilité du professionnel et le souhait de l'usager, il est possible de rester dans l'espace d'accueil ou de consommation pour répondre à d'éventuelles questions.

Un temps d'échange à la sortie de l'espace de de consommation (questions, précisions, remarques…) est favorisé, selon la disponibilité des professionnels présents.

Points de vigilance :

- L'entretien individuel doit permettre de faire le point sur les habitudes de consommation de l'usager (fréquence d'injection, produits les plus utilisés, connaissance des pratiques de réduction des risques…) ;
- L'entretien individuel doit permettre une information aussi complète que possible sur les services proposés par la SCMR, ou en partenariat avec d'autres acteurs (dépistages, traitement, accompagnement social…).

1.1.2. Déroulement du parcours de l'usager (pour les usagers déjà inclus)

1. L'usager doit se rendre au comptoir pour solliciter l'accès dans l'espace de consommation.

2. Il doit énoncer et montrer le produit qu'il souhaite consommer (type de produit et quantité) à l'intervenant chargé de l'accueil.

3. L'usager attend son tour de passage et entre dans la salle uniquement lorsqu'il est invité à le faire.

Points de vigilance

- Toute tentative d'entrée dans l'espace de consommation sans être invité à le faire peut donner lieu à une exclusion temporaire.
- L'entrée dans l'espace de consommation dépend de l'appréciation du professionnel quant à l'état de conscience de l'usager. Si celui-ci se présente en état d'agitation, d'ébriété manifeste ou de somnolence, l'accès à l'espace de consommation lui sera refusé et la demande sera réévaluée ultérieurement. Il peut être proposé à l'usager de rester dans la salle d'accueil pour un temps d'observation.
- L'intervenant sera également attentif à l'état somatique des usagers, notamment en cas d'abcès, de nécroses ou de plaies. S'il constate des lésions plus graves, il oriente l'usager vers une prise en charge hospitalière adéquate et peut lui refuser l'entrée vers l'espace de consommation.

1.1.3. Tâches des intervenants au sein de l'espace d'accueil

Quatre professionnels seront présents dans cet espace :

- Trois intervenants : infirmiers et/ou travailleurs sociaux et/ou médiateurs de santé pairs avec des missions communes et d'autres spécifiques à chaque poste. Ils changeront de poste au cours de leur permanence afin de garder un maximum de disponibilité, d'écoute et d'attention.
- Un agent de sécurité : prioritairement présent à l'entrée et à l'extérieur de la salle. Il fait partie intégrante de l'équipe de la salle. Il travaille en lien avec les membres de cette dernière et assiste aux réunions de fonctionnement. Il bénéficie d'une formation spécifique à l'accueil des usagers de drogue.

Compétences et attitudes requises :

- Capacité de gestion,
- Capacité d'organisation,
- Capacité à établir une communication fluide et respectueuse avec chaque personne,
- Capacité à dispenser des informations et des messages de prévention,
- Connaître les outils de RdRD et leur bonne utilisation dans une démarche de réduction des risques,
- Vigilance.

MISSIONS DES PROFESSIONNELS PRESENTS DANS L'ESPACE D'ACCUEIL		
Professionnels	**Missions communes**	**Missions spécifiques**
<u>Intervenant 1</u> > Entrée / chenil > Fonctionnement général de l'espace d'accueil	- **Récupérer le matériel usagé**, - **Orienter vers les activités et services proposés dans la SCMR** : entretiens avec les travailleurs sociaux, consultations médicales, soins infirmiers, dépistages, ateliers collectifs, permanences de partenaires, etc., - **Noter les rendez-vous** avec les collègues, - **Orienter vers les partenaires** (CAARUD, CSAPA, etc.) en fonction des besoins de l'usager, - **Proposer un dépistage** à tout usager de la SCMR, - **Réaliser les TROD** VIH et VHC.	- Accueillir chaque usager qui se présente, - Gérer la douche : l'affluence, la mise à disposition de produits d'hygiène, de serviettes et d'un produit nettoyant pour la douche afin de désinfecter avant et après chaque passage, - Gérer la fréquentation des toilettes, - Cogérer le lieu avec les usagers (café, alimentation…).
<u>Intervenant 2</u> > Programme d'échange de seringues > Entretien d'inclusion / création des identifiants		- Réaliser des entretiens individuels de délivrance de matériel de RdR : échange autour des pratiques de consommations / information et conseils adaptés aux ressources et aux contraintes de l'usager. Permettre ainsi aux usagers de faire des choix éclairés quant à leur pratique, au matériel et au moyen de réduire les risques liés à leur pratique, - Orienter si nécessaire, - Accompagner, le cas échéant, l'usager vers la salle de consommation, - Veiller, en lien avec l'intervenant 1, au bon fonctionnement de l'accueil et au respect des personnes et des lieux.

Intervenant 3 > Accès à l'espace de consommation / enregistrement des usagers		- Accueillir les usagers, - Enregistrer chaque passage avec l'identifiant propre à chaque usager, - Orienter l'usager qui vient pour la première fois vers l'intervenant 2 afin que ce dernier puisse réaliser un entretien d'accueil, - Vérifier l'état de la personne : son état de conscience, son état physique, et orienter le cas échéant vers un infirmier-ère ou un médecin, - Demander à l'usager son mode de consommation, le nom du produit qu'il souhaite consommer. L'intervenant vérifie le produit (aspect et quantité) et en note le nom sur le ticket et dans l'ordinateur, - Noter l'identifiant de l'usager, la date et le mode de consommation choisi sur le ticket et le délivrer à l'usager, - L'intervenant a la possibilité de refuser de délivrer un ticket d'accès à l'espace de consommation et de déterminer la durée de l'interdiction, à toute personne : risquant de faire une overdose avec une consommation supplémentaire, étant trop alcoolisée, ou trop agitée ou nécessitant préalablement des soins, - Délivrer des conseils de réduction des risques adaptés au mode de consommation et au produit déclaré.
Agent de sécurité		- Intervenir en cas de conflit et d'agressivité dans les espaces d'accueil, de consommation ou de repos et aux abords immédiats de la salle, - Participer à la tranquillité des abords de la salle : prévenir le deal, limiter les rassemblements trop importants, réguler la circulation des usagers, - Interdire l'entrée aux personnes ayant été exclues, - Évacuer la salle en cas de nécessité (OD,…).

1.2. Espace de consommation

La présente partie détaille le déroulement d'une séance de consommation ain si que les tâches des intervenants au sein de l'espace de consommation et les règles d'hygiène à respecter.

Deux intervenants sont présents à tout moment pour superviser les postes de consommations dont au minimum un infirmier.

Ils peuvent refuser l'accès à la salle à toute personne selon les critères de non-inclusion définis ci-avant.

1.2.1. Définition des étapes d'une séance de consommation

- Accueil de l'usager, passation des informations sur le produit consommé et remise du ticket de passage ;
- L'usager énonce et montre de nouveau le produit à consommer ;
- Détermination, avec l'usager, du matériel nécessaire à la consommation : type de seringues et d'aiguilles et petit matériel ;
- Lavage des mains ;
- Préparation du matériel nécessaire pendant que l'usager se lave les mains ;
- Remise du matériel à l'usager et accompagnement à une table individuelle ;
- Se tenir à disposition pour des conseils en matière d'hygiène d'injection ;
- Rester vigilant pendant la consommation ;
- Vérification que l'usager a nettoyé sa table avant de partir (matériel déposé dans le container individuel, lavage à l'eau) ;
- Accompagnement de l'usager vers la salle de repos ;
- Nettoyage de la table avec un produit désinfectant après le départ de l'usager ;
- Gestion des entrées et des sorties.

1.2.2. Description des fonctions des intervenants

Compétences et attitudes requises :

- Capacité de gestion.
- Capacité d'organisation (gestion des personnes, du matériel et du nettoyage des tables)
- Capacité à établir une communication fluide et respectueuse avec chaque personne.
- Dispenser des messages de prévention et être en mesure de formuler des recommandations sur les outils de RDR.
- Être attentif à l'ensemble des postes.
- Être vigilant et s'assurer régulièrement que chaque personne va bien (contacts visuel et verbal).
- Être capable de reconnaître les signes d'un malaise ou d'une overdose.
- Suivre le déroulement des consommations de façon méthodique.

MISSIONS DES PROFESSIONNELS PRESENTS DANS L'ESPACE DE CONSOMMATION	
Professionnels	**Missions spécifiques**
Intervenant 1	- Accueillir l'usager dans la salle de consommation à moindre risque, - Vérifier le ticket et le produit déclaré préalablement (aspect, quantité...), - Noter l'heure d'entrée dans la salle sur le ticket et dans l'ordinateur, - Demander à l'usager de se laver les mains, si nécessaire lui montrer comment le faire de manière efficace, - Définir et délivrer le matériel nécessaire à la consommation : type de seringues, d'aiguilles, de filtres, garrots, pailles, cartes et mouchoirs, aluminium ou pipe à crack, - Indiquer à l'usager un poste de consommation : injection, sniff et/ou inhalation, - Inviter l'usager à jeter le matériel utilisé dans les containers prévus à cet effet et à nettoyer son poste de consommation, - Veiller sur la salle d'inhalation : veiller au respect du temps imparti, des personnes et du lieu, gérer le flux de personnes, - En cas d'urgence : déclencher l'alarme, inviter les usagers à quitter la salle de consommation dès que possible, venir en soutien au collègue qui s'occupe de la situation d'urgence.
Intervenant 2	- Réceptionner le ticket remis par l'usager afin de pouvoir réagir en cas d'urgence, de manière adaptée et d'assurer des transmissions justes aux services d'évacuation et d'urgences (chaine de survie), - Proposer un accompagnement à l'injection supervisé, - Se tenir à disposition de chaque usager pour des conseils en matière de pratique sûre de l'injection, - Être garant du temps passé par chaque usager dans la salle d'injection, - Rester vigilant à la pratique de l'usager durant la consommation (points d'injections, difficultés à trouver une veine…), - Proposer un entretien dans la salle de soins si l'usager rencontre des difficultés à injecter et/ou si l'usager présente des plaies n'ayant été détectées plus tôt et ayant besoin d'être pansées, - Proposer des alternatives à l'injection si besoin, - Repérer et intervenir en cas de pré-overdose/d'overdose, - Vérifier que l'usager a nettoyé son espace avant de partir (matériel dans le container individuel, nettoyage au savon et à l'eau), - Nettoyer la table avec un produit désinfectant, - Accompagner les usagers vers la salle de repos.

1.3. Espace de repos

Cette partie détaille les tâches des intervenants dans la salle de repos. Les usagers ne peuvent y accéder directement sans passer par la salle de consommation.

Un intervenant, infirmier, travailleur social ou médiateur de santé pair, est présent en permanence dans cet espace.

MISSIONS DU PROFESSIONNEL PRESENT DANS L'ESPACE DE REPOS	
Professionnels	**Missions spécifiques**
Intervenant 1	- Accueillir les personnes sortant de la salle de consommation, - Veiller à l'état de conscience des usagers, - Alerter et intervenir en cas d'urgence, - Proposer d'effectuer un TROD, - Orienter vers les permanences de médecins et de travailleurs sociaux dans la SCMR, - Orienter vers le CAARUD et les CSAPA locaux, - Préparer le café avec les usagers, - Créer du lien, - Mettre à disposition de la petite alimentation, - Organiser des échanges et discussions collectives, à partir des demandes des usagers, en association avec des intervenants extérieurs si nécessaire.

1.4. La salle d'ateliers collectifs

Les ateliers collectifs sont organisés dans la salle prévue à cet effet. Un intervenant au minimum est présent pour leur animation.

Il peut s'agir d'un professionnel de la salle ou bien d'un intervenant extérieur dans le cadre d'un partenariat.

1.5. Les salles d'entretiens individualisés

En fonction de leurs besoins, les usagers pourront être reçus individuellement par les intervenants de la salle, de manière spontanée ou en sollicitant un RDV en amont auprès de l'équipe.

MISSIONS DES PROFESSIONNELS EN ENTRETIEN INDIVIDUALISÉS	
Professionnels	**Missions spécifiques**
Travailleur social	- Première évaluation de la situation sociale, - Transmettre les informations utiles, - Répondre aux questions des usagers, - Accompagner la personne dans des actions ponctuelles et urgentes, - Orienter vers le CAARUD ou les CSAPA pour toute démarche plus soutenue, - Orienter vers les partenaires en fonction des besoins.
Infirmier	- Evaluer l'état de santé de l'usager, - Effectuer les soins locaux dus aux abcès, nécroses, plaies, etc. - Orienter les usagers vers le médecin de la SCMR et/ou vers les dispositifs sanitaires adaptés : les services d'urgence, hôpitaux, PASS, etc.
Médecin	- Consultation médicale, - Examen clinique, - Suivi des vaccinations, - Proposition d'un dépistage, d'un TROD ou d'un examen par Fibroscan, - Suivi des plaies en lien avec les infirmiers, - Orientation vers les dispositifs de soins.

2. CONDUITES A TENIR

Cette partie résume les conduites à tenir pour le personnel de la SCMR, aussi bien en ce qui concerne le fonctionnement usuel de la SCMR que lors de la survenue d'évènements indésirables.

Sont ainsi détaillées :

- Les règles d'hygiène du matériel : entretien du local, désinfection des postes de consommation, circuits d'élimination des déchets,
- Les règles d'hygiène pour les usagers : désinfection des mains avant toute consommation,
- Le détail des gestes pour chaque type de consommation : injection, sniff, inhalation,
- La liste du matériel stérile de RdRD disponible dans l'espace de consommation.

Le protocole prévoit également les conduites et les personnes habilitées à intervenir dans les situations suivantes :

- Surdoses,
- Accident d'exposition au sang,
- Arrêt cardio-respiratoire ou choc anaphylactique,
- Circuit d'intervention rapide (orientation vers les urgences),
- Crise d'épilepsie.

Toutes ces informations seront rapidement accessibles pour le personnel de la SCMR par des moyens adaptés (classeur, fiches, posters…).

2.1. Règles d'hygiène

2.1.1. Hygiène du local

- Protocole de désinfection spécifique de la salle de consommation et inhalation (Bio nettoyage),
- Nettoyage quotidien de la SCMR par des intervenants extérieurs accrédités,
- Planning de vérification de l'état des toilettes (visée toutes les 2 heures par la personne en poste) – papier, savon, papiers pour les mains,
- Points d'eau pour se laver les mains dans plusieurs espaces (accueil, espace de consommation, repos).

2.1.2. Circuit des déchets de soins à risques infectieux

- Stockage des containers DASRI dans un local prévu à cet effet dans l'espace de consommation (containers de 100 litres),
- Ce local est vidé tous les soirs,
- Les déchets sont déposés dans le local DASRI de l'hôpital.

2.2. Protocoles de consommation

2.2.1. Protocole Sniff

1. Se laver les mains à l'eau et au savon à l'entrée de la salle.
2. Donner son ticket au professionnel en poste.
3. Prendre le matériel nécessaire au sniff remis par le professionnel.
4. S'installer sur un poste libre et y déposer son matériel sur le support propre.
5. Préparer son produit : Écraser le produit le plus finement possible.
6. Préparer une ligne fine sur le support désinfecté.
7. Faire une paille avec le Roule-ta-Paille.

8. Se moucher ou se rincer le nez si besoin.
9. Bien enfoncer la paille dans la narine, se boucher l'autre narine et sniffer.
10. Se rincer le nez.
11. Évacuer le matériel et rincer le poste de sniff avec de l'eau.

2.2.2. Protocole Injection

1. Se laver les mains à l'eau et au savon à l'entrée de la salle.
2. Donner son ticket au professionnel en poste.
3. Choisir le matériel nécessaire à l'injection avec le professionnel.
4. S'installer sur un poste libre et y déposer son matériel sur le support propre.
5. Préparer son produit :
    - Poudre : Diluer dans la cup stérile avec de l'eau pour préparation injectable stérile. Chauffer et mettre de l'acide citrique ou ascorbique (pour l'héroïne) si besoin.
    - Comprimé : Bien écraser le comprimé afin d'avoir une poudre la plus fine possible puis ajouter de l'eau stérile pour préparation injectable.
6. Filtrer la préparation à l'aide d'un stérifilt® ou d'un coton stérile.
7. Éjecter les bulles d'air de la seringue.
8. Poser la seringue prête dans le haricot.
9. Repérer la veine. Si besoin, mettre un garrot.
10. Désinfecter la veine à l'aide du tampon d'alcool ou de chlorhexidine.
11. Introduire l'aiguille dans la veine, dans le sens de la circulation sanguine.
12. Aspirer doucement afin de vérifier que l'aiguille se situe bien dans la veine.
13. Enlever le garrot dès que le sang afflue.
14. Injecter lentement.
15. Retirer la seringue et la déposer dans le DASRI.
16. Comprimer le point d'injection à l'aide d'un tampon sec.
17. Évacuer le reste du matériel dans le DASRI et rincer le poste d'injection avec de l'eau.
18. Se laver les mains.

2.2.3. Protocole Inhalation

1. Se laver les mains à l'eau et au savon à l'entrée de la salle.
2. Donner son ticket au professionnel en poste.
3. Prendre le matériel nécessaire à l'inhalation remis par le professionnel.
4. Entrer dans la salle d'inhalation.
5. Faire une paille à l'aide d'une feuille d'aluminium non traitée.
6. Faire un support à l'aide d'une feuille d'aluminium non traitée.
7. Déposer la poudre sur la feuille en aluminium.
8. Chauffer la feuille pour faire fondre le produit sans le bruler.
9. Incliner la feuille et faire glisser doucement la goutte.
10. Inhaler les vapeurs au fur et à mesure qu'elles s'échappent.
11. Évacuer le matériel et sortir de la salle d'inhalation.

2.2.4. Protocole d'accueil des binômes d'injecteurs (co-injection) destiné aux intervenants

Cette procédure requiert la présence de trois protagonistes : les 2 co-injecteurs et l'intervenant.

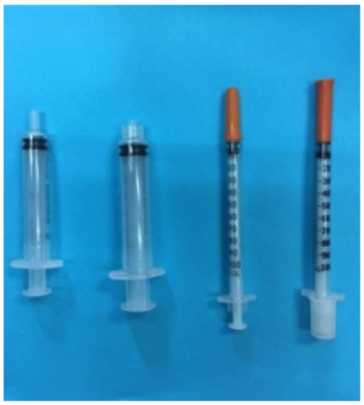
- Une co-injection de produit doit être annoncée au moment de l'inscription au comptoir d'accueil, cela doit être noté dans le logiciel afin que les intervenants de la salle en soient informés. Elle ne sera pas autorisée en salle si cela n'a pas été défini en amont.

- Les intervenants à l'accueil et en salle de consommation s'assureront que l'état de conscience des co-injecteurs (agitation, somnolence, orientation, etc.) permet bien ce mode de consommation
- Les intervenants s'assureront que les deux protagonistes sont bien d'accord avec cette co-injection (conscients des risques encourus et des enjeux relationnels et de pouvoir), et sont en mesure d'appliquer les règles d'hygiène et de sécurité suivantes :
    - Il est impératif que l'usager qui réalise l'injection injecte en premier son partenaire.
    - Il devra se laver les mains avant l'injection
    - Le port de gants est obligatoire et l'utilisation du paravent interdite pour la sécurité de chacun.
- Les intervenants suivront le déroulé de la co-injection, s'assureront qu'il n'y a pas eu d'incident et qu'elle se passe en toute sécurité.

Les professionnels pourront intervenir à tout moment et interrompre le processus si l'une des règles de sécurité et d'hygiène n'est pas respectée.

2.3. Matériel de RdRD disponible dans l'espace de consommation

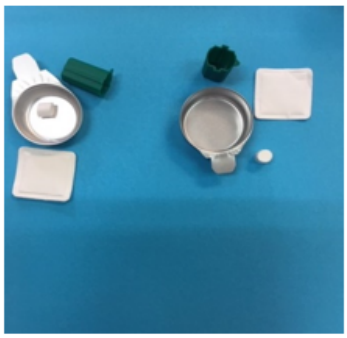
Cette liste a été établie sur la base du matériel disponible actuellement pour les usagers du CAARUD ASUD Mars Say Yeah. Elle pourra être modifiée en fonction des besoins des usagers.



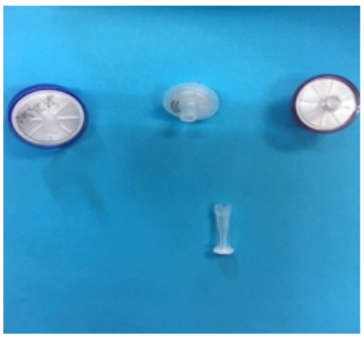
Seringues de capacité de volume de 1 centimètre cube à 5 centimètres cube (1cc à 5cc)

Sachet de dix seringues à 1cc

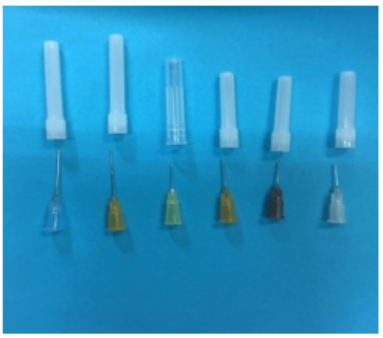
Kit+ :
- **2 seringues 1 cc**
- **2 « stericup » avec coton**
- **2 solutions d'eau injectables**
- **2 lingettes**
- **1 préservatif**



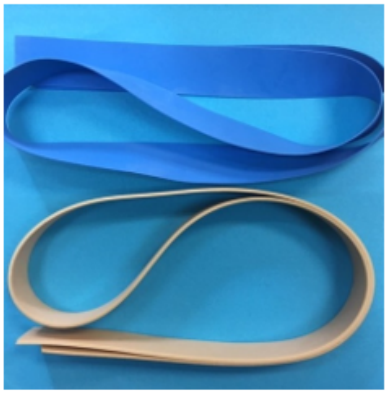
« Stericup » et « Maxicup » permettant de dissoudre le produit dans une plus ou moins grande quantité d'eau



Différents moyens de filtrer le produit : le « stérifiltre » et trois tailles différentes de toupies



Aiguilles de diamètres et de tailles différentes



Garrots

« Kit base » permettant de fumer le produit avec une pipe stérile

« Roule ta paille » permettant de sniffer le produit avec une paille stérile à chaque utilisation et le sérum physiologique pour nettoyer les cloisons nasales

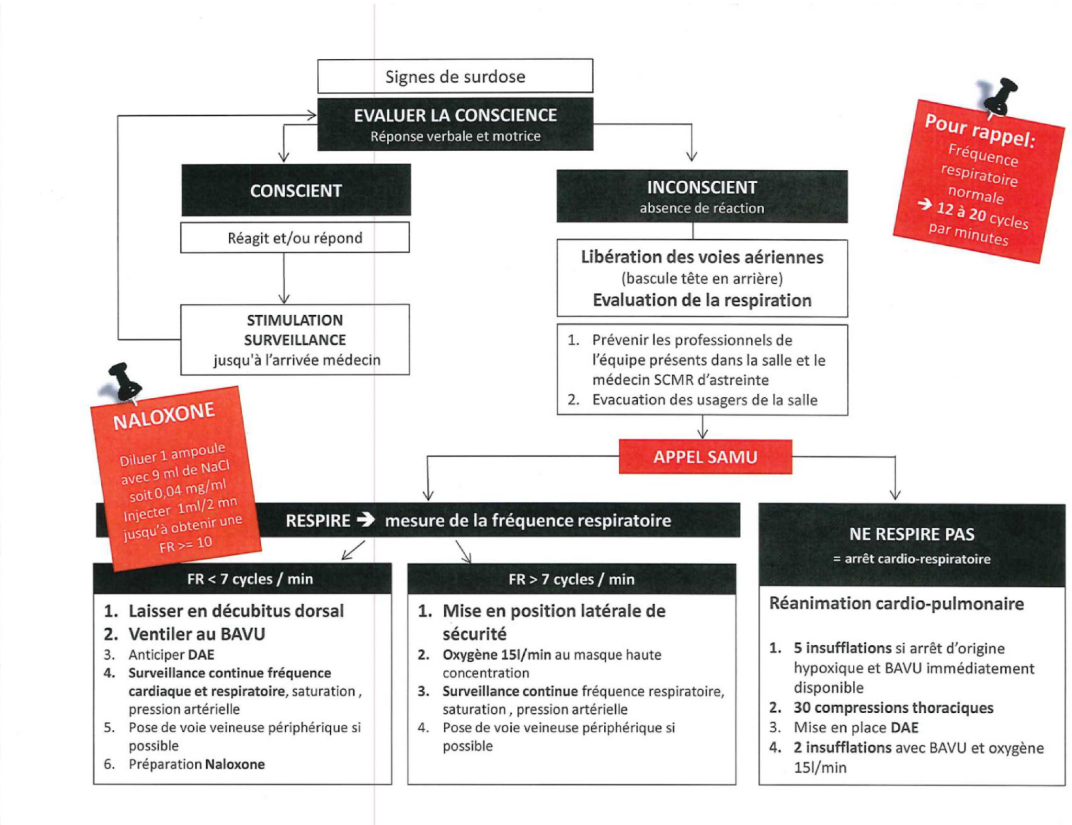
Préservatifs et gel lubrifiant intime

Container de Déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) où les seringues usagées peuvent être déposées

Lingettes apaisantes et cicatrisantes

2.4. Protocoles d'urgence

2.4.1. Conduite à tenir en cas de malaise d'un usager



<u>Arbre décisionnel :</u>

L'arbre décisionnel proposé est celui utilisé par la SCMR strasbourgeoise. Il sera adapté au contexte marseillais, après concertation du SAMU de l'hôpital de secteur.

2.4.2. Surdose avec une substance opiacée

PROTOCOLE D'UTILISATION DE LA NALOXONE	
Objet :	Prise en charge des intoxications aigues aux opiacés (overdose) : morphine et dérivés
Domaine d'application :	Patients adultes consommant des opiacés au sein de la salle de consommation à moindre risque.
Personnel concerné :	Infirmiers, infirmières exerçant à la SCMR
Références réglementaires	Article R4311-5 du Code de la Santé Publique Article R4311-7 du Code de la Santé Publique Article R4311-8 du Code de la Santé Publique Article R4311-14 du Code de la Santé Publique
Contenu :	*Définition :* Le chlorhydrate de naloxone est un antagoniste pur, spécifique et compétitif des morphinomimétiques. Son action dépend de la dose, de la puissance des morphinomimétiques à antagoniser et de l'intervalle séparant l'administration des deux produits. **Une titration sera donc indispensable afin d'évaluer la posologie nécessaire**. Solution injectable à 0.4mg. Administré par voie intraveineuse ou lorsque celle-ci est impossible, par voie intramusculaire. IV : délai d'action 30s à 2min, durée d'action 20 à 45 min IM : délai d'action 3 min, durée d'action 2 à 3h *Indication :* **Dépression respiratoire** secondaire à un surdosage en morphinomimétiques. La dépression respiratoire est une insuffisance respiratoire pouvant conduire à un arrêt respiratoire. La **fréquence respiratoire est alors < 10 cycles/min** (FR normale entre 12-20 cycles/min) *Contre-indications :*

Hypersensibilité à la naloxone
Hypersensibilité à l'excipient
(acide chlorhydrique)
Hypersensibilité aux morphiniques

Conduite à tenir :

Alerter le 15

Suivre les étapes de l'arbre décisionnel
Appliquer les conseils du médecin régulateur

Protocole de soin :

Avoir en permanence à disposition un kit naloxone prêt à l'utilisation :
1 ampoule de Naloxone 0.4mg NARCAN*NALONE*NALOXONE
1 ampoule de 10ml NaCl 0.9% (sérum physiolgique)
1 seringue de 10ml

1 aiguille

Préparation de la naloxone :

Diluer une ampoule de 1 ml de naloxone dans 9ml de sérum physiologique

Soit 0.04mg/ml

Administration de la naloxone :

Titration intraveineuse : Injection de 1ml toutes les 2 min, jusqu'à restauration d'une fréquence respiratoire> 10 cycles/min

Critères d'efficacité :

Normalisation de la fréquence respiratoire soit 10 cycles/min
Non réveil

Surveillance :

	Fréquence respiratoire, saturation, conscience Jusqu'à l'arrivée du vecteur d'évacuation *Effets indésirables :* **Excitation psychomotrice** (notamment en l'absence de titration), frissons, hyperventilation, vomissements, anxiété, Hypertension artérielle, œdème pulmonaire

2.4.3. Accident d'exposition au sang

Protocole en cas d'AES utilisé par ASUD Mars Say Yeah :

<u>Services à joindre en cas d'AES :</u>

- En journée : IHU La Timone : 04 13 73 20 20
- Nuit et WE : se rendre aux urgences de la Timone : 04 13 42 97 00

2.4.4. Protocole en cas d'arrêt cardio-respiratoire ou de choc anaphylactique

Protocole d'utilisation de l'adrenaline	
Objet :	Prise en charge des arrêts cardio- respiratoire
Domaine d'application :	Patients adultes utilisant la salle de consommation à moindre risque.
Personnel concerné :	Infirmiers, infirmières exerçant à la SCMR
Références réglementaires	Article R4311-5 du Code de la Santé Publique Article R4311-7 du Code de la Santé Publique Article R4311-8 du Code de la Santé Publique Article R4311-14 du Code de la Santé Publique
Contenu :	*Définitions* : -L'adrénaline : sympathomimétique. Son action est dose-dépendante. Ses mécanismes d'action sont essentiellement une vasoconstriction, une bronchodilatation, une augmentation du rythme cardiaque et une dilatation coronarienne. - Arrêt cardio-respiratoire : Interruption brutale de la circulation sanguine dans le corps **= Arrêt ventilatoire** (pas de respiration ou gasps) et **perte de connaissance** *Indication de l'adrénaline :* Arrêt cardio-respiratoire, choc anaphylactique *Contre-indications :* **Pas de CI** absolue en situation de détresse vitale *Conduite à tenir :* **Alerter le 15** **Suivre les étapes de l'arbre décisionnel** **Suivre les conseils du médecin régulateur** *Protocole de soin :* **Avoir en permanence à disposition un kit adrénaline prêt à l'utilisation :** - **1 ampoule de Adrénaline 1mg/1ml ou 5mg** - **1 seringue de 10ml** - **1 aiguille** **En cas d'arrêt cardio-respiratoire :** *Préparation de l'adrénaline:* - **1 ampoule de 1mg/ 1ml**

- **ou 1 ampoule 5mg/5ml (sans dilution)**

Administration de l'adrénaline :

Par voie intraveineuse
<u>Rythme choquable :</u>
1mg toutes les 3 min après le 3eme choc électrique externe

<u>Rythme non choquable :</u>
1mg toutes les 3 min dès que l'abord veineux est en place

Critères d'efficacité :

Retour de pouls ou de signes de vie

Surveillance :

Pouls, Fréquence respiratoire, pression artérielle, conscience
Jusqu'à l'arrivée du vecteur d'évacuation

Effets indésirables :

Hypertension artérielle, Tachycardie, Palpitations, Dyspnée, Angoisse, Tremblement

<u>En cas de choc anaphylactique :</u>

Clinique :

Grade 1 : signes cutanéomuqueux généralisés
Grade 2 : atteintes multiviscérales modérées (2 orgnaes)
Grade 3 : atteintes multiviscérales sévères
Grade 4 : arrêt circulatoire / respiratoire

Remplissage :

Cristalloïdes isotyoniques : NaCl 500 mL / 30 min

Adrénaline :

Grade 1 : Pas d'adrénaline
Grade 2 : 10 à 20 µg
Grade 3 : 100 à 200 µg
Grade 4 :
- PEC arrêt cardiorespiratoire
- Bolus 1mg toutes les 2min, 3ème bolus 5mg

Surveillance :

Pouls, pression artérielle, signes de vie

2.4.5. Circuit d'intervention rapide (orientation vers les urgences)

La prise en charge concerne les usagers de la SCMR nécessitant l'intervention en urgence d'une équipe médicale et ne pouvant pas se déplacer par leurs propres moyens.

Les personnes pouvant se déplacer se rendront au SAU par leurs propres moyens ou avec l'accompagnement des personnels de la SCMR.

Déclenchement de l'intervention de l'équipe du SAU

Le personnel de la SCMR appelle le Samu centre 15 pour l'informer de ce recours au SAU ou à la réanimation,
Le personnel de la SCMR appelle les urgences de la Timone (04 91 38 86 09) en cas d'urgence nécessitant l'intervention du SAU.

Intervention de l'équipe du SAU et/ou de la réanimation médicale

Appel du centre 15,
Patient stabilisé par l'équipe du SAMU,
Le SAMU oriente le patient sur le site adapté,
Prévenir le site d'admission pour transmission clinique.

2.4.6. Rappel du rôle propre de l'infirmier DE

Article R4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ; 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;

3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;

4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ; 5° Vérification de leur prise ;

6° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;

7° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;

8° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;

9° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ; 10° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;

11° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;

12° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ; 13° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;

14° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ; 15° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;

16° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;

17° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;

18° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;

19° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;

20° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;

21° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;

22° Prévention et soins d'escarres ;

23° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ; 24° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;

25° Toilette périnéale ;

26° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;

27° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;

28° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ; 29° Irrigation de l'oeil et instillation de collyres ;

30° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;

31° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;

32° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ; 33° Pose de timbres tuberculiniques et lecture ;

34° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;

35° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;

36° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;

37° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examens non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;

38° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ;

39° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :

a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
b) Sang : glycémie, acétonémie ;

40° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ; 41° Aide et soutien psychologique ;

42° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R4311

Modifié par Décret 2005-840 2005-07-20 art. 11 4° JORF 26 juillet 2005

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

1° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article

R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;

2° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiniques ;

3° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicrânienne ;

4° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;

5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :

a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

6° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5 ;

7° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

8° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ; 9° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;

10° Ablation du matériel de réparation cutanée ; 11° Pose de bandages de contention ;

12° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;

13° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;

14° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;

15° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;

16° Instillation intra-urétrale ; 17° Injection vaginale ;

18° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à- goutte rectal ;

19° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ; 20° Soins et surveillance d'une plastie ;

21° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;

22° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;

23° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;

24° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;

25° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;

26° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ; 27° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;

28° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électro-encéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;

29° Mesure de la pression veineuse centrale ;

30° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitorage, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;

31° Pose d'une sonde à oxygène ;

32° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;

33° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;

34° Saignées ;

35° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ; 36° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;

37° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;

38° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ; 39° Recueil aseptique des urines ;

40° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;

41° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;

42° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;

43° Mise en oeuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R4311-8 En savoir plus sur cet article...

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R4311-14 En savoir plus sur cet article...

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en oeuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

ANNEXE 4. Protocole d'accompagnement (Pré-projet qui sera modifié en accord avec le modèle national standardisé)

SALLE DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE

PROTOCOLE D'ACCOMPAGNEMENT

La salle de consommation à moindre risque (SCMR) est un lieu d'accueil, d'information, de mise à disposition de matériel de réduction des risques, de soins primaires (dépistages de pathologies infectieuses, soins infirmiers, pansements), de soutien dans l'accès aux soins (orientation vers des structures sanitaires et médico-sociales) et de l'aide aux démarches sociales et administratives.

Elle permet aux usagers de drogues de consommer des substances psycho actives sous la supervision d'un personnel qualifié.

Elle a aussi pour objectif de réduire les conséquences néfastes de la consommation dans l'espace public (limiter la présence de matériel d'injection dans les lieux publics).

La SCMR marseillaise est organisée autour de plusieurs espaces : l'espace d'accueil, l'espace de consommation, l'espace de repos, la salle d'ateliers collectifs, les bureaux d'entretien / salles de consultation.

Conformément à la partie II, point 5a Annexe 2 de l'Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges, ce protocole d'accompagnement décrit le déroulement du parcours de l'usager dans ses différents espaces, de l'accueil initial à la sortie, l'organisation et l'utilisation des locaux de la salle de consommation à moindre risque. Il précise également les modalités de coopérations avec les services de voirie, de police et l'autorité judiciaire.

A. ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT DES USAGERS

L'accueil des usagers

1. Chaque personne entrant dans la SCMR est accueillie par un membre de l'équipe. Lorsqu'il s'agit d'une première rencontre, la personne est reçue dans le cadre d'un entretien d'accueil durant lequel la structure lui est présentée et un livret d'accueil remis. Si elle entre dans les critères d'inclusion définis ci-après, elle signe le règlement de fonctionnement de la SCMR. Il lui sera demandé de répondre à un questionnaire d'inclusion.

   Un code identifiant garantissant son anonymat lui sera attribué, témoignant de son inclusion dans le dispositif. Toute personne ne remplissant pas les critères définis ci-après sera orientée vers des partenaires extérieurs, à l'issue de cet entretien d'accueil.

   En cas de situation particulière (femme enceintes, mineurs, primo-injecteurs et binômes d'usagers) un accompagnement spécifique sera proposé par les intervenants aux personnes concernées.

Il sera précisé à chaque usager, par le professionnel effectuant le premier entretien, que la confidentialité et l'anonymat lui sont assurés.

Il est également informé que l'équipe qui va l'accompagner travaille dans le cadre du secret professionnel et médical partagés.

Les critères d'inclusion et non inclusion

2. Les critères d'inclusion sont les suivants :
- Être consommateur de drogues : produits illicites et/ou médicaments détournés de leur usage, consommation par voie intraveineuse et/ou en sniff et/ou par inhalation à chaud ;
- Être âgé de plus de 18 ans.
3. Les critères de non-inclusion dans la structure sont non négociables :
- Être âgé de moins de 18 ans ;
- Se présenter en état d'ébriété ou d'agitation ;
- Vouloir injecter dans des abcès ou des sites d'injection dangereux (visage, sein et sexe) ;
- Vouloir utiliser son propre matériel.

À tout moment, l'équipe se réservera la possibilité de refuser l'accès à l'espace de consommation à un usager dont elle ne serait pas en mesure d'évaluer le niveau des risques liés à sa pratique de consommation ou aux produits consommés.

L'échange de matériel

4. Tous les usagers entrant dans la salle peuvent y échanger du matériel, qu'ils soient inclus dans le dispositif ou non. Dans ce cas, la personne dépose le matériel usagé dans un container DASRI et du matériel stérile lui est délivré par le chargé d'accueil ; ensuite l'usager est invité à quitter la SCMR. S'il souhaite accéder à l'espace de consommation, il devra préalablement être reçu dans le cadre d'un premier entretien.
5. Lorsqu'un usager de la SCMR souhaite consommer un produit : il montre à l'accueillant le produit qu'il souhaite consommer, indique le nom du produit et le mode de consommation choisi. S'il est en possession de matériel usagé, il le place dans le container DASRI mis à disposition.
6. Lorsque l'état de l'usager le permet (état de conscience, état physique…), un ticket numéroté et mentionnant le nom du produit qu'il va consommer lui est remis. L'usager est invité à patienter jusqu'à ce que son numéro s'affiche. Sans le ticket, l'usager ne pourra pas accéder à l'espace de consommation.
7. Les infirmiers seront plus particulièrement attentifs à l'état sanitaire des usagers. Ils seront spécifiquement en charge des soins locaux dus aux abcès, nécroses, plaies, etc. Devant des lésions plus graves, ils orienteront les usagers vers les structures hospitalières adéquates.

L'espace de consommation

8. Une fois dans l'espace de consommation, l'usager remet son ticket à l'un des deux intervenants présents et annonce le produit et le mode de consommation choisi.
9. L'usager se lave les mains.
10. L'usager choisi le matériel nécessaire à sa consommation avec l'intervenant qui lui transmet des conseils de réduction des risques si nécessaire.

11. L'usager s'installe à un poste, le nettoie, prépare et consomme son produit. Il peut utiliser l'espace de consommation pour une durée maximum de 30 minutes lors de chaque passage. Une seule consommation est autorisée par passage.
12. L'infirmier ou un autre professionnel spécifiquement formé présents dans l'espace de consommation proposent à l'usager des conseils de RDR et/ou une séance supervisée en salle de soins. Ces conseils visent prioritairement le choix du point d'injection, la désinfection de ce dernier, la pose du garrot, le placement de l'aiguille et les soins locaux post-injection. En cas de difficultés liées à l'injection, d'autres modes de consommations peuvent être suggérés.
13. Après la consommation, l'usager dépose son matériel usagé dans un container et nettoie son poste.
14. L'usager se lave les mains puis quitte l'espace de consommation.
15. L'intervenant présent dans l'espace de consommation désinfecte le poste utilisé.

L'espace de repos

16. Une salle de repos est à la disposition de l'usager pour un temps de récupération d'une durée non limitée à l'avance. La durée de la présence de chacun sera fonction de l'ambiance et du climat de la salle. Un intervenant est présent dans la salle de repos, il est attentif à l'état de conscience de l'usager.
17. L'usager pourra utiliser la salle à plusieurs reprises dans la même journée, à condition de respecter un délai d'une demi-heure à compter de la sortie de l'espace de consommation, entre chaque passage. Chaque nouvelle consommation nécessite un retour en salle d'accueil, une réévaluation de l'état de l'usager et de ses intentions (mode de consommation, type et quantité de produit).

Les ateliers collectifs

18. Si l'usager le souhaite, il pourra participer à des temps d'échanges collectifs autour de la réduction des risques liés aux consommation de produits licites ou illicites, du bon usage des outils de réduction des risques, de la santé en général. Ces ateliers seront proposés dans une salle dédiée. Des ateliers centrés sur les droits des usagers seront également proposés en collaboration avec l'ODDU.

L'accès aux soins

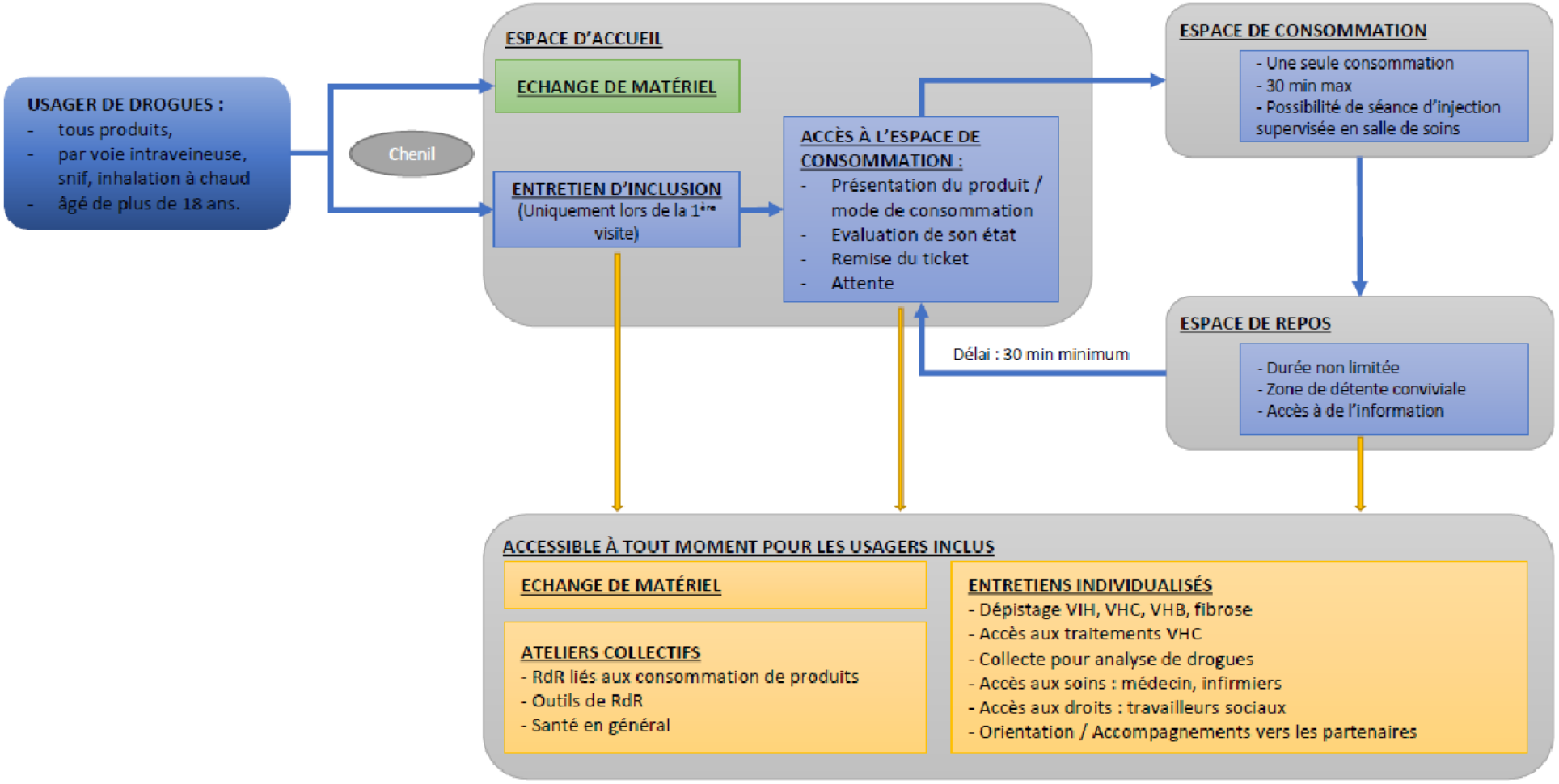
19. S'il le souhaite, l'usager peut être reçu individuellement par un médecin, dans le cadre de consultations individualisées. Ces entretiens se dérouleront lors de permanences hebdomadaires.
    Les permanences médicales auront pour objet le suivi somatique des usagers dont l'état le nécessite. Le médecin assurera l'établissement de contacts entre eux et les CSAPA ou les unités d'addictologie locales, en vue de préparer, par exemple, l'initialisation d'un traitement de substitution aux opiacés pour les usagers qui le souhaitent.
    L'équipe médicale et paramédicale aura pour mission d'évaluer l'état somatique des usagers et de les orienter vers des consultations spécialisées et/ou services hospitaliers qu'il s'agisse de soins somatiques, dentaires, psychiatriques, etc.
20. L'ensemble de l'équipe promouvra systématiquement le dépistage des hépatites B et C, du VIH, la vaccination contre l'hépatite B. Elle disposera pour ce faire de TROD (Test Rapide à Orientation Diagnostique) et de la présence régulière d'un Fibroscan permettant d'évaluer le niveau de fibrose du foie (Projet « Test and Treat »).

21. Lorsque l'usager demande à rencontrer un professionnel dans le cadre d'un entretien individualisé, il est orienté vers les permanences régulières des différents membres de l'équipe de la SCMR, et/ou vers les partenaires extérieurs qui seront associés à son accompagnement.

L'accès aux droits

22. L'usager peut également être reçu individuellement par un travailleur social afin de faciliter son accès aux soins, d'évaluer sa situation et d'effectuer les démarches sociales urgentes. L'usager sera informé sur ses droits en matière sociale et il pourra être orienté selon ses besoins vers les partenaires du réseau pour un suivi social ou vers le service du CAARUD ASUD Mars Say Yeah « Hors les Murs » pour les accompagnements vers les structures de droit commun, notamment accompagnement vers l'hébergement et/ou le logement.

Parcours de l'usager dans la salle de consommation



B. TRANQUILITÉ ET SÉCURITÉ PUBLIQUE

Un protocole « Tranquillité et sécurité publiques » sera formalisé afin de définir les termes de la stratégie territoriale de sécurité et d'observatoire de la tranquillité publique dans le cadre de l'implantation de la salle de consommation à moindre risque.

Création d'un groupe de pilotage « tranquillité publique »

Le retour d'expérience des projets internationaux démontre la nécessité d'une étroite collaboration, dès la phase d'élaboration entre :

- Le porteur,
- Les acteurs de la santé et du social,
- Les acteurs de la sécurité publique (notamment la Justice, la Police nationale), mais aussi les services de la collectivité notamment ceux intervenant sur la voie publique.

Cette coopération, dès la phase initiale du projet et jusqu'à son évaluation, conditionne la réussite du projet.

Ainsi, un groupe de pilotage « tranquillité publique » se réunira à fréquence régulière afin d'accompagner l'expérimentation et aura, notamment pour missions :

- D'élaborer une stratégie territoriale qui constituera le cadre formel choisi pour accompagner l'expérimentation de la SCMR,
- De rechercher les articulations interinstitutionnelles,
- D'harmoniser les process,
- De mettre en place une veille technique et législative,
- De coordonner, si nécessaire, les interventions opérationnelles en cas de signalement et/ou de dégradation de l'environnement,
- De valider des indicateurs d'évaluation sur le volet « tranquillité » du projet, ainsi que les outils de recueil d'informations, d'analyse et de synthèse qui permettront de réaliser :
    1. Un diagnostic préalable à l'implantation de la SCMR (sécurité et tranquillité publique - état de la délinquance et des usages, détournements d'usage de l'espace public aux abords de la salle et dans les espaces ouverts aux publics, tant aux abords immédiats de la SCMR, que sur un périmètre élargi - environ 500 mètres de rayon autour de la SCMR, que sur un périmètre beaucoup plus large prenant en compte les flux de personnes et de véhicules - de particuliers ou transports en commun -),
    2. Des études de prévention situationnelle sur les espaces publics, espaces ouverts aux publics et établissements recevant du public aux abords immédiats de la SCMR,
    3. Des études d'impacts, dès l'ouverture de la SCMR et sur la durée de l'expérimentation.

Mise en place d'un observatoire de la tranquillité publique

Cet observatoire relatif à la sécurité et à la tranquillité publique accompagnera, suivra et encadrera l'ouverture de la SCMR.

Il aura pour objectif principal d'appréhender l'ensemble des difficultés en termes de sécurité et de tranquillité publique, pouvant être reliées à l'ouverture de la SCMR.

Cet observatoire se réunira au minimum 3 fois par an afin d'appréhender les différents enjeux juridiques et opérationnels relatifs à l'implantation de la SCMR. Il pourra également être convoqué en fonction des circonstances particulières inhérentes aux activités de la SCMR.

Ce comité de Pilotage aura en charge le suivi du projet, notamment dans ces 2 phases :

- Une phase d'installation, comprenant la mise en place de l'observatoire, la réalisation de diagnostics prévention/sécurité au regard de l'existant, des études de prévention situationnelle, le calage des protocoles d'articulation avec les différents acteurs, la mise en place d'outils de suivi et de reporting, un parangonnage mené auprès de villes européennes ayant une expérience sur ce type d'expérimentation en termes de prévention et de sécurité,
- Une phase opérationnelle de suivi, comprenant l'activation de l'observatoire : un suivi en temps réel des difficultés rencontrées, la réactivité des partenaires au regard de leurs champs de compétences, un reporting régulier sur les signalements enregistrés, un point mensuel.

Les membres permanents du Comité de Pilotage de cet observatoire de la tranquillité publique seront :

- Le Procureur de la République ;
- L'adjoint au Maire de Marseille en charge de questions de santé, représentant le Maire de Marseille ;
- L'Adjoint au Maire délégué aux questions de sécurité, représentant le Maire de Marseille ;
- Le cabinet du Préfet de Région ;
- La Direction départementale de la Sécurité publique des Bouches-du-Rhône ;
- L'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille ;
- L'association ASSUD ;
- Le Préfet à l'égalité des chances ;
- Le Comité de coordination et de suivi du projet.

Selon les problématiques soulevées, d'autres partenaires pourront être associés à l'instance :

- L'Agence Régionale de Santé ;
- Les services départementaux de l'Education nationale ;
- La Régie des Transports de Marseille ;
- La Métropole en fonction des services sollicités ;
- Les bailleurs (habitat collectif et habitat social).

L'articulation des protocoles entre l'association ASUD Mars Say Yeah et les autres partenaires sera supervisée par le service Prévention et Promotion de la santé de la ville de Marseille, en lien avec le Comité de Pilotage de l'Observatoire de la Tranquillité Publique.

L'information aux riverains et le travail de médiation de quartier

De part son implantation en zone urbaine, la SCMR se trouvera à proximité de plusieurs institutions de services publics ; hôpital, collège, lycée, bailleurs, cité universitaire…

Des rencontres avec ces structures voisines ainsi qu'avec les riverains seront programmées en amont de l'ouverture de la SCMR et durant toute sa phase opérationnelle afin de permettre des échanges réguliers et d'ajuster et améliorer l'action de la SCMR.

Un travail de médiation sera développé avec pour missions :

- D'informer le public,

- D’assurer une présence quotidienne sur l'espace public à proximité de la SCMR en fonction des horaires d'ouverture,
- De travailler en partenariat avec les équipes de médiateurs d’ASUD Mars Say Yeah et de Nouvelle Aube et des membres du comité de coordination et de suivi du projet,
- De sensibiliser les riverains et utilisateurs des espaces publics,
- De communiquer avec les usagers de la SCMR,
- De signaler les difficultés rencontrées aux abords de la SCMR au Comité de Pilotage de l’Observatoire de la tranquillité publique,
- De favoriser autant que de besoin de façon formelle et informelle avec les résidents de voisinage, les éléments d’une prospective de tranquillité de voisinage.

Les activités de travail de rue de l’association Nouvelle Aube seront renforcées afin d’assurer une présence quotidienne sur le secteur de la SCMR.

ANNEXE 5. Questionnaire d'inclusion (Pré-projet)

SALLE DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE

QUESTIONNAIRE D'INCLUSION

Date :

Identifiant : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Transgenre

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIACÉS PRESCRITS

Q1. Un ou plusieurs de ces médicaments vous sont-ils prescrits ?						
Cochez les cases appropriées						
Q2. Comment le(s) consommez-vous ?						
Injecté						
Fumé						
Sniffé						
Mangé/bu						
NSP						
Ne souhaite pas répondre						
Q3. Par qui ce médicament vous a-t-il été prescrit ?						
Un médecin de ville						
Une microstructure						
Un CSAPA						
Un CAARUD						
Un hôpital						
Autre						
NSP						
Ne souhaite pas répondre						

PRODUITS NON PRESCRITS CONSOMMÉS DANS LE DERNIER MOIS

Q4. Quel produit avez-vous consommé lors du dernier mois ?										
Cochez les cases appropriées										
Q5. Comment consommez-vous ce produit ?										
Injecté										
Fumé										
Sniffé										
Mangé / bu										
Q6. En moyenne lors du dernier mois vous en avez consommé ?										
Tous les jours										
Plusieurs fois par semaine										
Une fois par semaine										
Moins d'une fois par semaine										
Q7. Y a-t-il un produit qui vous pose problème actuellement ?										
Cochez les cases appropriées										
NSP										
Ne souhaite pas répondre										

PRATIQUES DE CONSOMMATION ET PRISES DE RISQUES

Q8. Avez-vous déjà injecté des produits ?	
Oui	
Non	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q9. Si oui, à quel âge avez-vous injecté pour la première fois ?	
Q10. A quel âge avez-vous commencé à injecter tous les jours ?	

A propos de votre pratique de l'injection :

Durant le dernier mois, avez-vous :								
Q11.	**Injecté dans un endroit jaune/orange ?**							
Q12.	**Injecté seul ?**							
Q13.	**Aidé quelqu'un à injecter ?**							
Q14.	**Quelqu'un vous-a-t-il aidé à injecter ?**							

Durant le dernier mois, avez-vous :								
Q15_	Réutlisé votre seringue/aiguille ?							
Q16_	Réutlisé votre coton/cuillère ?							
Q17_	Réutlisé l'eau/autre matos ?							
Q18_	Prêté du matériel usagé ? (coton, eau, gamelle, embout de doseur...)							
Q19_	Emprunté du matériel usagé ? (coton, eau, gamelle, embout de doseur...)							
Q20_	Aucune de deux (sauter les 3 questions suivantes)							

Durant le dernier mois, avez-vous :								
Q21_	Prêté/emprunté seringue/aiguille ?							
Q22_	Prêté/emprunté coton/cuillère ?							
Q23_	Prêté/emprunté eau/autre matériel ?							
Q24_	Prêté/emprunté embout, doseur ?							
Q25_	Partagé votre paille ?							

Q26. Dans quel lieu injectez-vous le plus souvent ?		
Espaces publics (rue, parking, toilettes publiques, caves, cages d'escaliers...)		
Espaces privés (logement personnel, squat, amis)		
Salle de consommation		
NSP		
Ne souhaite pas répondre		
Q27. Au cours des 6 derniers mois combien d'abcès avez-vous fait ?		
Q28. Dans les 6 derniers mois combien de poussières avez-vous faites ?		
Q29. Depuis un an, nombre de pertes de connaissance suite à une conso :		
Q30. Si vous avez perdu connaissance, un médecin a-t-il dû intervenir ?		
Oui		
Non		
NSP		
Ne souhaite pas répondre		
Q31. A combien de surdoses avez-vous assisté dans l'année ?		

Q32. Que faites-vous du matériel usagé utilisé hors de la SCMR ?		
Détruit (snapé)		
Jeté tel quel dans la rue ou une poubelle		
Jeté dans un récupérateur (dont bouteille, canette...)		
Conservé pour être réutilisé		
NSP		

Ne souhaite pas répondre		
Q33. Avez-vous eu des rapports sexuels dans le dernier mois ?		
Oui		
Non		
NSP		
Ne souhaite pas répondre		
Q34. Considérez-vous avoir pris des risques au cours de ces rapports ?		
Oui		
Non		
NSP		
Ne souhaite pas répondre		

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Q35. Êtes-vous suivi au plan social ou médical en ce moment par :	
Un CAARUD	
Un CSAPA	
Une microstructure	
Un médecin généraliste	
Autre	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q36. Code postal de la structure qui vous suit :	

Q37. Comment avez-vous connu la salle de consommation ?	
Venu spontanément	
Via un ami	
Par le CAARUD Mars Say Yeah	
Par un autre CAARUD	
Par un CSAPA	
Par une microstructure	
Par la police	
Autre	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q38. De quelle région géographique êtes-vous originaire ?	
France	
Allemagne	
Europe de l'Ouest	
Europe centrale et de l'est	
Afrique du Nord	
Afrique Subsaharienne	
Moyen Orient	
Asie centrale	
Pacifique	
Asie du Sud (Inde, Bengladesh...)	

Asie de l'Est et du Sud-Est	
Amérique du Nord	
Amérique du Sud et centrale	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q39. Jusqu'où êtes-vous allé à l'école ?	
Primaire	
BEPC, BEP, CAP	
Bac ou étude supérieures	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q40. Avec qui vivez-vous actuellement ?	
Seul	
En couple	
Avec enfant(s) (seul ou en couple)	
Avec vos parents	
Avec un (des) ami(s)	
Autre	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q41. Où dormez-vous en ce moment ?	
Logement indépendant	
Chez de proches	
En institution ou hôtel	
En camion/caravane	
En squat	
A la rue	

Autre	
Ne souhaite pas répondre	
Q42. Pensez-vous pouvoir y être encore dans 6 mois (hors squat et sdf) ?	
Oui	
Non	
Q43. Quelle est votre situation administrative ?	
Français ou ressortissant de l'UE	
Ressortissant hors UE avec carte de séjour valide	
Autorisation ou titre provisoire de séjour	
Demande de statut légal en cours	
Sans titre de séjour	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q44. Avez-vous une couverture maladie ?	
CMU	
CMU + complémentaire	
AME	
Sécu sans mutuelle	
Sécu + complémentaire	
Sans protection maladie	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q45. Quelles sont vos ressources principales depuis 6 mois ?	
Revenus d'emploi (dont retraite ou invalidité)	

Allocation chômage	
RSA	
Allocation adulte handicapé (AAH)	
Autres prestations sociales	
Ressources provenant d'un tiers	
Autres ressource (manche, prostitution, revenus illicites, travail au noir)	
Sans aucune ressources	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q46. Quel temps mettez-vous pour aller de votre lieu de vie à la SCMR ?	
Moins d'un quart d'heure	
Un quart d'heure à une demi-heure	
Une demi-heure à une heure	
Plus d'une heure	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q47. Dans quel département vivez-vous actuellement ?	

POLICE - JUSTICE

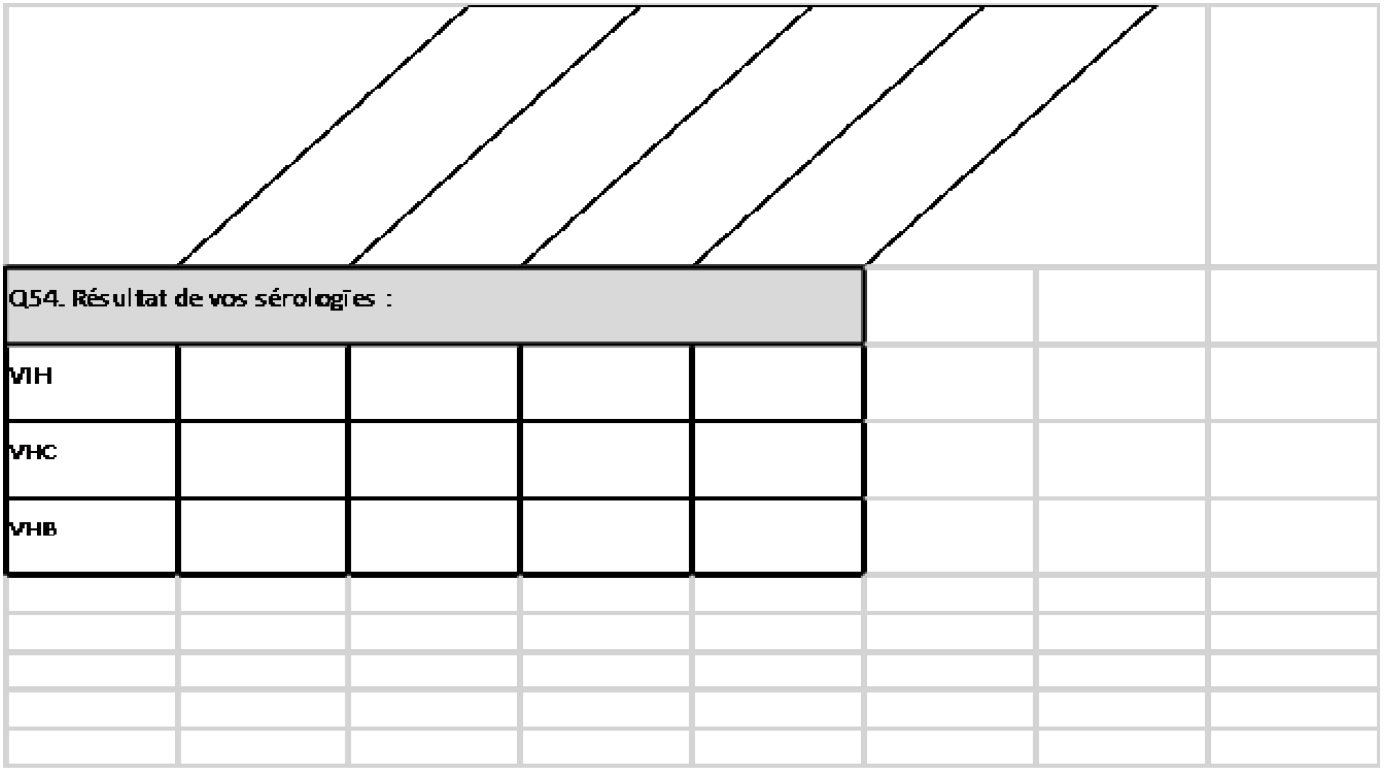
Q48. Quel nombre de GAV liées aux drogues avez-vous subies dans les 6 mois	
Q49. Fréquence des contrôles policiers près de la salle dans le mois ?	
Tous les jours	
Plusieurs fois par semaine	
Une fois par semaine ou moins	
Jamais	

NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q50. Avez-vous déjà été incarcéré ?	
Oui	
Non	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q51. Si oui, à combien de mois remonte votre dernière sortie ?	
Q52. Pendant votre incarcération y-a-t-il eu :	
Consommation de produits	
Injection de produits	
Partage de seringues	
Sniff	
Inhalation	
Aucune consommation	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	

SÉROLOGIES VIH/VHC/VHB

Q53. A quand remontent vos derniers dépistages VIH VHC VHB ?	
> 6 mois	
< 6 mois	
Jamais	
NSP	

Ne souhaite pas répondre	



Q54. Résultat de vos sérologies :				
VIH				
VHC				
VHB				

Q55. Si VIH +, avez-vous consulté un médecin pour ça dans les 6 mois ?	
Oui	
Non	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q56. Si VIH+, avez-vous actuellement un traitement ?	
Oui	
Non	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q57. Si VHC +, avez-vous consulté un médecin pour ça dans les 6 mois ?	

Oui	
Non	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q58. Si VHC+, votre hépatite est :	
Traitée et guérie	
Guérie spontanément	
Suivie, en attente de traitement	
Non suivie	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
En cours de traitement	
Q59. Si anticorps anti-HBc +, votre hépatite est :	
Guérie spontanément	
Suivie et traitée	
Non suivie	
NSP	
Ne souhaite pas répondre	
Q60. Êtes-vous vacciné contre le VHB ?	
Oui vaccination complète (3 injections)	
Oui vaccination incomplète	
Non	
NSP	

Ne souhaite pas répondre	

MERCI D'AVOIR RÉPONDU À CE QUESTIONNAIRE

ANNEXE 6. Procédure Interprétariat (Pré-projet)

Etude comparative des prestataires disponibles sur le territoire

	ISM PARIS	OSIRIS INTERPRETARIAT
CONTACT	**01 53 26 52 62** telephone@ism-mail.fr http://www.ism-interpretariat.fr/interpretariat-par-telephone/	**Charlotte de Bussy** **Responsable de projet, chargée de développement** 04 91 91 89 73 / 07 67 78 67 95 Fax : 09 89 58 93 15 contact@osiris-interpretariat.org charlotte.debussy@centreosiris.org Centre de soin Osiris 10 Bd Cassini 13004 Marseille www.centreosiris.org http://www.osiris-interpretariat.org
COÛT	Abonnement annuel 100€ Tél 15min = 28€	Sur site 1h = 30€ + 10€ de forfait déplacement
DISPONIBILITE	Sans rendez-vous	Sur rendez-vous
AVANTAGES	- Disponibilité 24h/24 sans nécessité de prise de RDV. - Pas de frais engagé lorsque le patient ne se présente pas au RDV. - Panel très important de langues disponibles. - Seul le temps de la conversation téléphonique est facturé.	- Partenaire du réseau > relations facilitées. - Interprètes formés / accompagnés / expérimentés. Certains travaillent déjà avec le Bus 31/32. - Propose un centre de ressources et des actions de sensibilisation pour les partenaires.
INCONVENIENTS	- Tarif très élevé. - Pas de présence physique.	- Certains dialectes rares ne sont pas disponibles. - Facturation même si le patient ne se présente pas au RDV. - Nécessite de combiner les disponibilités des interprètes et des usagers.
MODALITES	- Accord de prise en charge à transmettre par mail. - Dés réception, ISM fournit un code donnant accès à ses services par téléphone.	- Convention de partenariat donnant accès aux services de la plateforme Osiris Interprétariat.

Préconisations :

Compte tenu des éléments détaillés ci-dessus et du fonctionnement de la SCMR, il s'avèrera nécessaire de combiner accès à l'interprétariat en face-à-face + par téléphone :

- Interprétariat en face-à-face via une convention avec Osiris Interprétariat :
  - Pour tous les RDV prévus à l'avance,
  - Pour les ateliers collectifs,

    - Pour des temps d'accueil dédiés dans une langue choisie en fonction des besoins du public accueilli.
- Interprétariat par téléphone via ISM Paris :
    - Pour tous les accueils sans RDV,
    - Si la langue de l'usager n'est pas disponible chez Osiris Interprétariat.