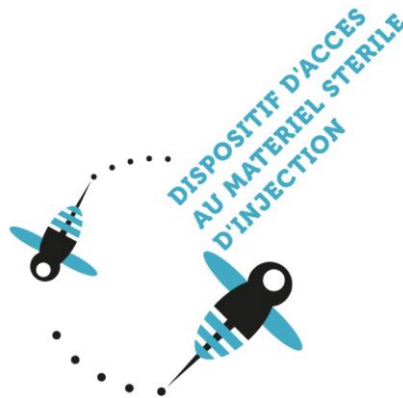




CARNET DU RISQUE N° 48



20 ANS D'ÉCHANGE DE SERINGUES EN BELGIQUE FRANCOPHONE

QUEL DISPOSITIF D'ACCÈS AU MATÉRIEL STÉRILE D'INJECTION À BRUXELLES ET EN WALLONIE ?

01 NOVEMBRE 2016

Mira Goldwicht

MODUS VIVENDI

TABLE DES MATIERES

1	Introduction : 20 ans d'accès au matériel stérile d'injection.....	3
2	Présentation du dispositif de RdR liés à l'usage de drogues par injection	4
2.1	Le « DAMSI » : définition.....	4
2.2	Objectifs, finalités et mise en oeuvre	5
2.3	Le DAMSI : Structure et acteurs	7
2.4	Tableau des acteurs du DAMSI (2015).....	8
2.5	Principes d'intervention et application sur le terrain	9
2.6	(Réduction des) risques liés à l'injection.....	10
2.7	Le matériel stérile d'injection : un outil essentiel de RdR.....	11
2.8	Détail sur le matériel d'injection outil de RdR	12
2.9	Le cadre légal	13
3	Accessibilité au matériel d'injection : « comptoirs » et « Stérifix ».....	15
3.1	Le dispositif « comptoirs d'échange de seringues »	16
3.1.1	« Comptoir d'échange de seringues » : définition	17
3.1.2	Missions et activité des comptoirs d'échange de seringues.....	17
3.1.3	Cadastre des comptoirs d'échange de seringues (2015)	19
3.1.4	Financement des comptoirs d'échange de seringues et du matériel d'injection	20
3.1.5	L'accès au matériel d'injection via les « comptoirs », du point de vue quantitatif	23
3.2	Le dispositif pharmacie « Stérifix »	28
3.2.1	Le dispositif pharmaceutique « Stérifix » : présentation.....	28
3.2.2	Le « Stérifix » : définition	29
3.2.3	Shéma de distribution du Stérifix	29
3.2.4	Les partenaires/opérateurs du Stérifix	30
3.2.5	Situation financière du Stérifix et données quantitatives.....	31
4	Récupération et destruction du matériel d'injection	34
4.1	modalités d'accès au matériel et impacts sur la récupération: la notion d'échange	35
4.2	Projets de ramassage de seringues usagées.....	38
4.3	Les R.E.S.U (Récupérateurs Extérieurs de Seringues Usagées)	41
4.4	Financement de la récupération et de la destruction des seringues usagées	42
5	Autres voies favorisant l'accès au matériel d'injection	42
5.1	Outil d'information et de promotion du Dispositif	42
5.2	Renforcement des acteurs de terrain: Formation - concertation.....	44
5.3	Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR)	45
5.4	AERLI	49
6	Conclusion: Le DAMSI, quel instrument de lutte contre les maladies infectieuses?.....	50

6.1 Injection et maladies infectieuses (VIH/sida, VHC...)	50
6.2 L'accessibilité géographique au matériel d'injection	51
6.3 Développement « top - down » du DAMSI	52
6.4 Quelle accessibilité au matériel d'injection ?	53
7 Lexique	56
8 Annexes	57
Annexe 1 - Arrêté royal de référence pour l'Echange de seringues	57
Annexe 2 : La Charte de la réduction des Risques	59
9 Bibliographie et ressources documentaires	62
Rapports et articles	62
Autres documents provenant de sites de références et site de références :	63

Les pratiques de consommation par injection sont à risques pour la santé physique et sociale des usagers. Les dommages physiques comme les abcès et phlébites, infection au VHC, au VIH... et sociaux comme la désaffiliation et les phénomènes de marginalisation peuvent être significativement réduits. Depuis 1996, les pouvoirs publics belges financent des associations organisant la distribution et la récupération de matériel stérile d'injection à destination d'usagers de drogues par voie intraveineuse. Vingt ans de financement signifient vingt ans de reconnaissance de la part de ces institutions. Reconnaissance tant des problématiques socio-sanitaires que peuvent poser des pratiques de consommation de drogues par injection, que de la pertinence des stratégies de Réduction de Risques comme modalités d'action et de réponse adéquates à ces problématiques¹.

Depuis le milieu des années 1990, des services de première ligne comme les comptoirs d'échange de seringues se créent et par leur biais du matériel stérile d'injection est rendu accessible gratuitement sur l'ensemble du territoire belge. Le DAMSI –Dispositif d'Accès au Matériel Stérile d'injection- prend ses racines en 1994 avec l'ouverture du premier comptoir d'échange de seringues : Accueil-Drogues à Liège. Suivront rapidement, en 1995, la naissance d'un groupe d'auto-support donnant accès à du matériel stérile d'injection - le CCLA - (Citoyen Comme Les Autres) et le projet Stérifix², organisé à Liège, à Namur, Charleroi et puis à Bruxelles.

En 2000, un arrêté royal a posé un cadre définissant les pratiques dites « d'échange de seringues ». Si ce texte modifie le monopole qu'avaient les pharmaciens en ce qui concerne l'offre de seringues sans pour autant ancrer une réelle politique de Réduction de Risques sa naissance a favorisé le développement accru des services distribuant du matériel stérile d'injection. Entre 1999 et 2000, le nombre de ces services est passé de 3 à 6. En 2015, Modus Vivendi relève des données liées à l'accès au matériel stérile d'injection auprès de 20 services et institutions.

Au travers de valeurs, d'objectifs et de missions communes, des liens se sont tissés et se tissent encore entre ces différents services. Organisation de coordinations locales, projets communs, coordination entre Bruxelles et la Wallonie, groupement d'achats pour le matériel stérile d'injection... Petit à petit, c'est un véritable Dispositif d'Accessibilité au Matériel Stérile d'Injection qui est né. Ce carnet en propose une description macroscopique.

¹ « Même si elles sont en baisse, les proportions d'usagers de drogues atteints par une de ces maladies infectieuses (VIH, VHC, VHB) sont telles qu'il paraît nécessaire de continuer, voire de renforcer/adapter, les programmes de sensibilisation, de prévention et de Réduction de Risques liés à l'usage de drogues ». L'usage de drogues en Communauté française, Rapport Communauté française 2010, asbl Eurotox, Bruxelles, 2011, p. 99.

² Voir page suivante.

2.1 LE « DAMSI » : DÉFINITION

Le DAMSI - acronyme de « Dispositif d'Accès au Matériel Stérile d'Injection » est :

- un dispositif de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues, de prévention et de lutte contre les épidémies du VIH et du VHC ;
- un dispositif de diffusion d'informations et de matériel stérile d'injection à destination des consommateurs de produits psychotropes par voie intraveineuse ;
- un dispositif actif à Bruxelles et en Wallonie ;
- un dispositif mis en œuvre principalement au travers de 2 axes : les « **comptoirs d'échange de seringues**³ » et le « **Stérifix**⁴ ».
- un large partenariat direct et indirect d'acteurs de terrain, d'acteurs de 2^{ème} ligne⁵, du monde pharmaceutique, administratif et politique.

Au fil de ce carnet, nous aborderons ce que sont les comptoirs d'échange de seringues, le Stérifix, qui sont les partenaires...

³ **Comptoir d'échange de seringues** : service psycho médicosocial dispensant du matériel stérile d'injection.

⁴ **Stérifix** : kit de prévention du sida et des hépatites combinant du matériel d'injection ainsi qu'une information écrite, disponible en pharmacie.

⁵ Acteurs ne travaillant pas directement avec les usagers de drogues, mais plutôt avec des professionnels qui sont en contact avec des consommateurs.

2.2 OBJECTIFS, FINALITÉS ET MISE EN OEUVRE

1. Augmenter l'accessibilité au matériel d'injection et réduire les risques de transmission du VIH ou des hépatites liés à l'injection.
2. Réduire les risques de piqûres accidentelles en encourageant la récupération des seringues usagées.
3. Permettre le contact avec les usagers et la création de « liens » avec les autres professionnels de santé et professionnels sociaux.
4. Organiser la coordination, la concertation et l'échange d'informations entre les acteurs de l'accessibilité au matériel d'injection.

Ces trois axes sont mis en œuvre par les activités des comptoirs d'échange de seringues majoritairement et du Stérifix.

Cet axe est spécifiquement mis en œuvre par Modus Vivendi asbl¹.

2.3 LE DAMSI : STRUCTURE ET ACTEURS

Le DAMSI implique un ensemble d'acteurs et se structure de la manière suivante :

- **1 coordination assurée par Modus Vivendi** (Service de Réduction des Risques liés à l'usage de drogues) : coordination des acteurs du DAMSI, organisation de concertations, travail de plaidoyer pour plus de financement, édition d'outils de RdR, organisation et gestion de la Centrale d'Achat du matériel stérile pour les professionnels du DAMSI et production du Stérifix (cf. ci-dessous).
- **1 centrale d'achat** : collectivisation des achats de matériel stérile d'injection, envoi, facturation, test de qualité du matériel, remise d'avis sur la qualité du matériel. Ce service est organisé et géré par Modus Vivendi pour les acteurs organisant l'accès au matériel stérile d'injection en Wallonie et à Bruxelles.
- **Le dispositif des comptoirs et services d'accès au matériel stérile d'injection**: ensemble de lieux fixes ou d'actions sur un territoire donné (en rue, en bus,..) ou encore acteurs de 1^{er} ligne organisant l'accès au matériel stérile d'injection et offrant des services socio-sanitaires.
- **Le « Stérifix »** : kit de matériel stérile d'injection vendu en pharmacie, produit par Modus Vivendi et des partenaires / opérateurs acteurs de 1^{er} ligne. Disponible en pharmacie, le Stérifix permet un autre mode d'accès au matériel stérile d'injection, complémentaire aux comptoirs.
- **Les partenaires/opérateurs** : les services de 1^{ère} ligne diffusant le Stérifix dans leur région via leurs canaux.
- **Les grossistes répartiteurs** : grossistes fournissant les produits pharmaceutiques (dont le Stérifix) aux pharmacies.

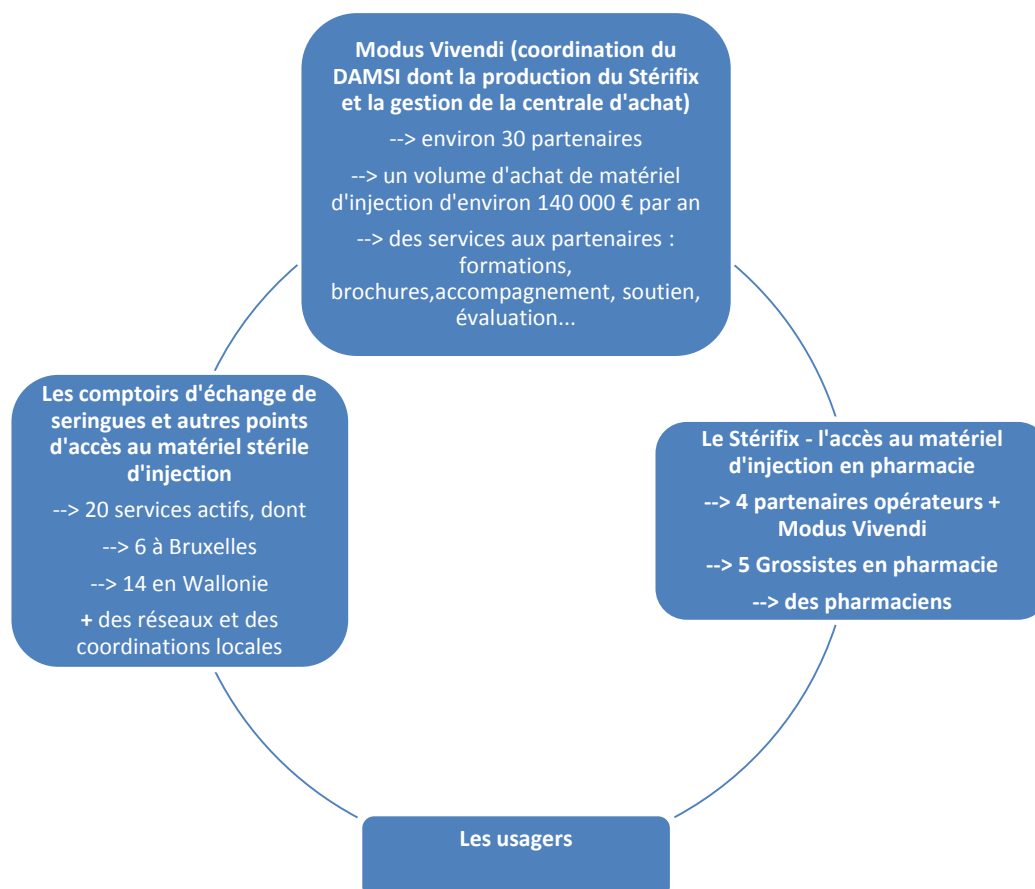


Schéma du Dispositif d'Accès au Matériel Stérile d'Injection à partir de Modus Vivendi (2015)

2.4 TABLEAU DES ACTEURS DU DAMSI (2015)

Le tableau ci-dessous reprend la liste des acteurs du DAMSI (comptoirs et autres services) en 2015.

Institutions	Lieux	Point d'accès au matériel d'injection	Partenaires Stérifix	Type de service
Dune/CLIP	Bruxelles	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
Transit/LAIRR	Bruxelles	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
Latitude Nord	Bruxelles	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
Le Réseau Hépatite C	Bruxelles	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
La MASS de Bruxelles	Bruxelles	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
Antennes du projet Lama	Bruxelles	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
Médecin du Monde	Bruxelles			Service de 1 ^{ère} ligne
Total pour Bruxelles		7	/	
Carolo-rue	Charleroi	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
Le Comptoir	Charleroi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Service de 1 ^{ère} ligne
Synapse	Mons	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
Le Relais Social	Liège	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
Accueil-Drogues	Liège	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
Icar	Liège	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
SIAJEF	Liège	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
START/E-BIS	Liège	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
La Fontaine	Liège	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
Observatoire liégeois des drogues et toxicomanies (OLDT)	Liège			Coordination locale du dispositif liégeois
Destination	Dinant	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
CAL du Luxembourg et ses relais d'Arlon et Virton	Luxembourg	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Coordination locale et services de 1 ^{ère} ligne
L'Echange	Namur	<input checked="" type="checkbox"/>		Service de 1 ^{ère} ligne
SASER	Namur	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Service de 1 ^{ère} ligne.
Citadelle	Tournai	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Service de 1 ^{ère} ligne et de coordination du dispositif local
Total pour la Wallonie		15	4	
Belmédis	Strépy-Bracquegnies		<input checked="" type="checkbox"/>	Grossiste en pharmacie
Fébelco	Frameries/Kortenberg		<input checked="" type="checkbox"/>	Grossiste en pharmacie
CERP	Bruxelles		<input checked="" type="checkbox"/>	Grossiste en pharmacie
CERP	Courcelles		<input checked="" type="checkbox"/>	Grossiste en pharmacie
Total pour Bruxelles et la Wallonie		22	8	26

Il est utile de préciser que cette liste n'est pas exhaustive. Certains services (comme Citadelle à Tournai) coordonnent un réseau local de partenaires qui ne sont pas repris dans le tableau car nous ne sommes pas en contact direct avec eux.

Nous avons choisi de mentionner l'action de 1^{ère} ligne ou de coordination locale réalisée par le service. Ceci est un classement à partir de notre point de vue et des liens que nous établissons avec le service. A partir de là, un service de 1^{ère} ligne développe une action directement sur le terrain auprès du public cible. Il va sans dire que nombre de ces services ont d'autres activités, l'échange de seringues n'est pas toujours leur mission première

(voir infra) et peuvent aussi développer des actions de 2^{ème} ligne (coordination de projet, de partenaires, appui méthodologique, ...).

Chaque année, ce partenariat se modifie légèrement. Des services se créent, d'autres ne pratiquent plus l'échange de seringues, certains disparaissent. Nous verrons plus loin comment le partenariat et le dispositif se sont développés au fil des ans.

2.5 PRINCIPES D'INTERVENTION ET APPLICATION SUR LE TERRAIN

Les grands principes d'intervention de la RdR⁶ sont mis en œuvre par les acteurs du DAMSI. L'activité de ce dispositif se base également sur ces principes:

- ✓ **Ne pas diaboliser ni banaliser l'usage de drogues** : c'est à partir d'un positionnement pragmatique que les problématiques liées à l'usage de drogues par injection sont abordées. Formation des professionnels, non-jugement, encadrement basé sur les demandes et besoins, ... sont autant de manière d'approcher les questions liées à ces consommations dans une optique intégratrice de promotion de la santé.
- ✓ **Donner aux usagers de drogues les moyens de réduire les risques** : brochures et flyers, matériel de consommation, conseils, écoute, accueil à bas-seuil,... sont autant d'outils au service des usagers pour favoriser la diminution des prises de risques. C'est via ces outils « humain » et matériel que les acteurs du DAMSI entendent donner quotidiennement aux usagers les moyens de réduire les risques.
- ✓ **Encourager les prises de responsabilité des usagers de drogues** : c'est principalement au travers de la récupération et de l'échange de seringues que ce principe d'intervention est mis en œuvre. En effet, il y a « échange de seringues » car les usagers ramènent des seringues usagées dans les services. Sur la période 2007 à 2014, la part d'échange de seringues (seringues rendues/ seringues données) est de 88% (pour une moyenne de 16 services actifs)⁷. Ce chiffre est possible uniquement car les usagers sont sensibilisés et responsabilisés au fait de ramener le matériel. Dans un même sens, c'est parce qu'il existe une base conceptuelle envisageant que les personnes sont capable de réduire les risques liés à leurs consommations que les acteurs de terrain développent des actions de promotion de la santé (information, accès au matériel, formation, participation à des projets, ...). La prise de responsabilité des usagers des services est donc une base essentielle du travail réalisé pour et avec eux.
- ✓ **Aller à la rencontre de l'utilisateur de drogues dans son milieu de vie** : la grande majorité des acteurs de terrain ont développé des actions dans le milieu de vie des usagers. Educateurs de rue et autres travailleurs sociaux agissent donc directement sur le lieu de vie et de consommation des personnes : squats, domicile, parking, ... mais aussi en rue. Chaque ville qui organise un service d'accès au matériel stérile d'injection a organisé parallèlement un travail « de rue ».
- ✓ **Faire participer les usagers de drogues** : ce principe se retrouve dans différentes actions, comme simplement l'échange de seringues évoqué plus haut. Faire participer et encourager la prise de responsabilité sont deux aspects fondamentaux de la stratégie de santé publique qu'est la Réduction

⁶ Charte de la Réduction des Risques : <http://www.modusvivendi-be.org/spip.php?rubrique41>

⁷ Données Modus Vivendi 2014

des Risque. La participation se retrouve également à différents niveau de l'action. Par exemple, Modus Vivendi consulte systématiquement les usagers lors de la création de brochures d'information. Ce sont eux qui vont valider ou invalider l'existence même de certains outils d'information. Ces outils sont ensuite diffusés à Bruxelles et en Wallonie. Les usagers participent également à évaluer et à tester le matériel distribué dans les services.

- ✓ **Faire évoluer les représentations sociales sur les usagers de drogues** : en associant régulièrement les usagers des services à différentes actions⁸ et simplement en défendant les besoins des usagers et la pertinence des dispositifs de Réduction des Risques, les acteurs du DAMSI participent à faire évoluer les représentations. Les acteurs du dispositif participent également à faire percevoir les usagers non pas comme des « incapables » à soigner mais comme des personnes actives, expertes de leur situation, à considérer comme des partenaires dans une stratégie de santé publique. Pour y parvenir, ils élaborent notamment des stratégies basées sur l'utilisation des ressources de personnes (motivation, expertise, disponibilité...) pour mener leurs actions.
- ✓ **Associer les professionnels de différents horizons** : les équipes de terrain, comme de deuxième ligne et de coordination, sont composés de travailleurs aux profils hétérogènes : éducateurs, assistants sociaux, psychologues, sociologues, spécialistes en santé publique, spécialistes en communication...
- ✓ **Développer une réflexion et une évaluation constantes** : Modus Vivendi, coordinateur de ce dispositif, organise très régulièrement des réunions de concertation, une récolte de données annuelle, des enquêtes ponctuelles... Les acteurs de terrain eux-mêmes se réunissent en groupes régionaux ou par ville et pensent alors plus spécifiquement aux problématiques présentes sur leur zone de travail.

2.6 (RÉDUCTION DES) RISQUES LIÉS À L'INJECTION

En injectant, le consommateur prend des risques, certains très spécifiques à ce mode de consommation :

- Risques « physiques » :
 - ✓ transmission de virus (sida, hépatites B et C...)
 - ✓ autres infections virales, bactériennes et fongiques
 - ✓ détérioration du capital veineux
 - ✓ overdose
- Risques « sociaux et psychosociaux » :
 - ✓ marginalisation, stigmatisation
 - ✓ dépendance,
 - ✓ risques de poursuites judiciaires, endettement, perte d'emploi, de logement...

⁸ Ramassage de seringues usagées dans les lieux publics, démarchage de pharmaciens dans le cadre du projet Stérifix, focus groups, formation de jobistes dans le cadre des projets Boule de Neige...

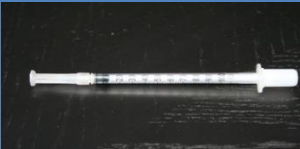




Pour réduire les risques liés à l'injection, d'un point de vue physique, l'accès au matériel stérile d'injection est une voie d'action. C'est dans ce cadre que les comptoirs d'échange de seringues et certaines pharmacies (via le Stérifix notamment) agissent en opérationnalisant l'accès au matériel stérile d'injection. D'un point de vue psychosocial et en terme de santé globale, les diverses activités des « comptoirs d'échange de seringues », et autres services de première ligne (maisons d'accueil socio-sanitaires, centre de dépistage...) constituent une autre voie d'action complémentaire à l'organisation d'un accès à du matériel stérile d'injection. Leur offre de services est particulièrement adaptée à des personnes marginalisées, désaffiliés ou exclues des structures d'aide plus contraignantes. Outre la dispensation de matériel stérile d'injection et de la diffusion de l'information accompagnant le matériel, l'écoute et l'orientation sont les premiers services offerts aux publics cibles.

2.7 LE MATÉRIEL STÉRILE D'INJECTION : UN OUTIL ESSENTIEL DE RDR

Un matériel d'injection de qualité est une condition nécessaire mais non suffisante pour réduire les risques liés à l'injection. Même neuf, stérile et à usage unique, en cas d'usage inadéquat, le matériel utilisé pour consommer des drogues par injection peut être problématique car générateur de problèmes de santé. Seringues partagées ou émoussées, eau « sale » ou infectée, acidifiants contenant des bactéries... poseront des problèmes en terme de propagations virales et bactériennes et de dégâts veineux ou cutanés. Hygiène et calme pourront pallier ces dangers. Le matériel n'est donc pas tout. L'éducation à la santé et l'information sont nécessaires... ces axes représentent des missions complémentaires développées par les acteurs du DAMSI. Seul un matériel d'injection de qualité, disponible en suffisance et bien utilisé permettra de réduire les risques de contamination virale et bactérienne et les dégâts veineux, liés à la pratique de l'injection.

2.8 DÉTAIL SUR LE MATÉRIEL D'INJECTION OUTIL DE RDR

Le matériel de base nécessaire à la pratique d'une injection à moindre risque, distribué dans les points d'accès au matériel de RdR est le suivant :

	Seringue	Stéricup		Tampon alcoolisé	Eau PPI	Acidifiant
Matériel						
		Tampon sec + Filtre + Récipient				
Risques	<ul style="list-style-type: none"> - Partagées et/ou réutilisées, les seringues peuvent être vectrices de virus et de bactéries. - Emoussées, abimées, les aiguilles entraînent des dégâts veineux. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infection du point d'injection. - Diffusion de sang dans l'environnement facilitant la contamination. 	<ul style="list-style-type: none"> - Partagés et/ou réutilisés, sales, les filtres et les récipients sont potentiellement vecteurs de virus et de bactéries. 	<ul style="list-style-type: none"> - Infection du point d'injection. - Injection de bactéries et champignons présents sur la peau. 	<ul style="list-style-type: none"> - Partagée et/ou réutilisée, sale, l'eau est potentiellement vectrice de virus et de bactéries. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le citron, le vinaigre sont potentiellement porteurs de bactéries. - Les acidifiants peuvent causer des irritations, des brûlures et des infections.
Réduction de risques	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les risques de contamination virale et bactérienne et donc les risques d'infection. - Réduire les dégâts veineux. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les risques d'infection par injection de bactéries présentes sur la peau. - Maximiser les conditions d'hygiène. - Obturer la plaie et favoriser la cicatrisation. - Eviter que le sang ne se diffuse dans l'environnement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les risques de contamination virale et bactérienne (filtre + récipient) et donc les risques d'infection. - Spécificité des filtres : Réduire les risques d'infection par l'injection de particules non solubles, crasses et poussières en limitant leur présence dans la solution injectable. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les risques d'infection par l'action des bactéries présentes sur la peau et dans l'environnement direct. - Maximiser les conditions d'hygiène minimum de l'injection. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les risques de contamination virale et bactérienne et donc les risques d'infection. 	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire les risques d'infection liés à l'usage d'acidifiants plus corrosifs, ou porteurs de germes et bactéries.

Les premiers lieux dispensant du matériel stérile d'injection ont vu le jour dans le milieu des années 1990 en Belgique (Accueil-Drogues à Liège, le Citoyen Comme Les Autres à Bruxelles, ou via le projet Stérifix d'abord à Bruxelles) **sans qu'aucun cadre légal** ne les soutienne. Le sida faisait des ravages dans les populations de consommateurs de drogues par injection, l'hépatite C n'était pas encore très connue. Durant les premières années, les intervenants et citoyens actifs en RdR lié à l'usage de drogues par injection étaient **dans l'illégalité** en mettant des seringues à disposition des consommateurs (seringues qu'il fallait par ailleurs parvenir à se procurer). Pour les intervenants non issus du monde médical, trouver des seringues à distribuer pouvait tenir de la prouesse. Avant 2000, la vente de seringues, comme leur mise à disposition, est le monopole du pharmacien.

En 2000, l'Arrêté Royal du 5 juin (portant exécution de l'art.4, §2, 6° de l'A.R. n° 78 du 10 novembre 1967) relatif à l'exercice des professions de soins de santé autorise et encadre la distribution de matériel stérile d'injection par des professionnels du champ psycho-socio-sanitaire. La distribution de seringues n'est alors plus réservée aux seuls pharmaciens et médecins et la possession de ce matériel n'est plus régie par le fait de posséder une ordonnance. Le « matériel stérile d'injection » peut alors être dispensé par des infirmiers, psychologues, paramédicaux et travailleurs sociaux. Ces personnes devant être rattachées à titre professionnel à un centre spécialisé.

Un centre spécialisé est alors entendu comme « toute structure reconnue ou subventionnée par l'autorité compétente et pouvant justifier d'une pratique de la prise en charge thérapeutique et de l'accompagnement social des usagers de drogues ou de la prévention des maladies transmissibles » (cfr Art.2). C'est dans ce cadre-ci précisément que Modus Vivendi comme la plupart des lieux d'accès au matériel stérile d'injection – les comptoirs d'échange de seringues – sont en mesure d'agir.

L'Article 3 définit que – sauf en cas d'urgence – la délivrance à titre gratuit de « matériel stérile d'injection » ne peut s'effectuer qu'en échange de « matériel stérile d'injection » usagé. C'est le concept « échange » qui est alors explicité. Les comptoirs d'échange de seringues ont un encadrement légal défini et définissant. L'Article 4 précise que la distribution du matériel d'injection doit être accompagnée d'une information écrite concernant le bon usage de ce matériel, l'existence et l'indication de tests sérologiques et l'offre existante d'aide complémentaire sociale, psychologique, médicale et juridique.

Les missions des « **comptoirs d'échange de seringues** », comme ce qui doit se trouver dans un « **Stérifix** » et qui a le droit de distribuer le matériel, ont été définies. Bien que déjà existant, un dispositif d'action publique s'est formalisé.

Si l'on considère le tableau suivant concernant le développement des comptoirs d'échange de seringues, on constate qu'à partir de 2000, leur nombre ne fait qu'augmenter.

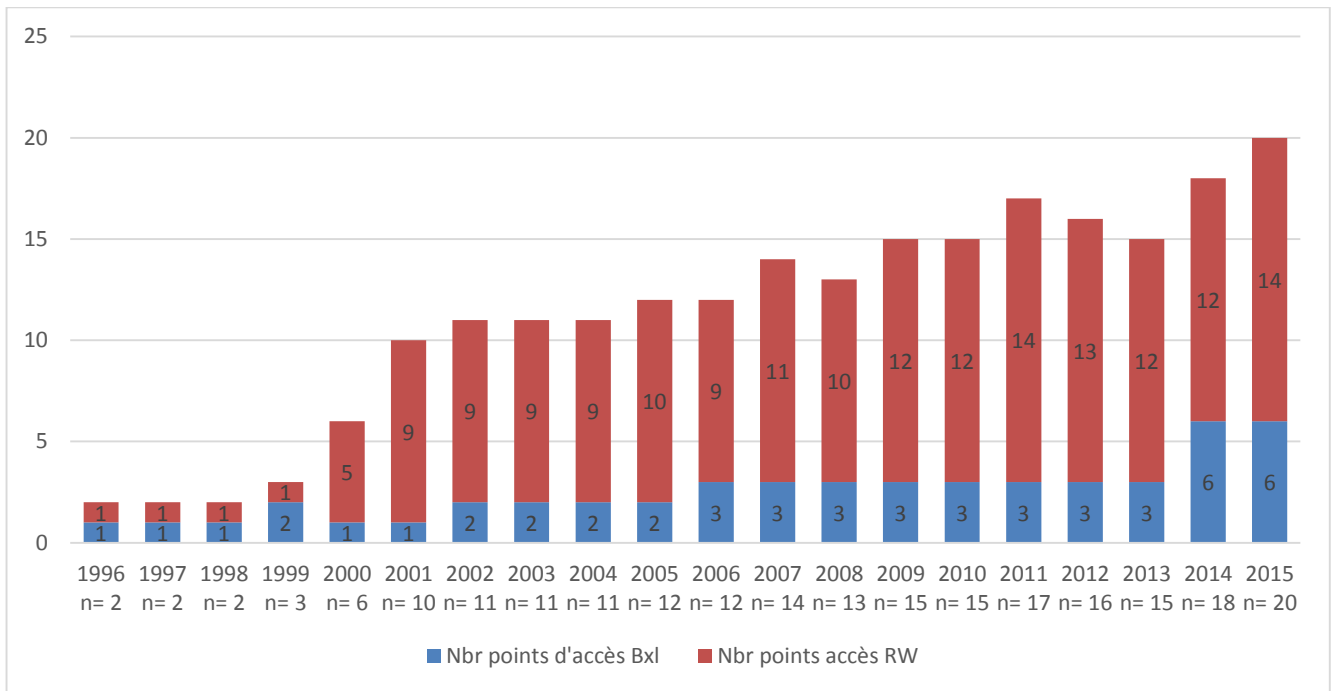


Figure du développement des points d'accès au matériel stérile d'injection de 1996 à 2015 à Bruxelles et en Wallonie (Modus Vivendi – Projet DAMSI - 2015)

Cette figure a été produite en comptabilisant les services qui ont participé à la récolte de données annuelle réalisée par Modus Vivendi depuis 1996. On observe une variation d'une année à l'autre (2013/2014 par exemple), due aux variations des services comptabilisés dans la récolte de données que réalise Modus Vivendi. Ce fait n'a cependant pas d'influence notable sur la tendance générale. Comme dit plus haut, on constate bien un pic en 2000. L'existence d'un cadre légal depuis 2000 a contribué à favoriser le développement des comptoirs d'échange de seringues et autres points d'accès au matériel d'injection.

3 ACCESSIBILITÉ AU MATÉRIEL D'INJECTION : « COMPTOIRS » ET « STÉRIFIX »

A l'heure actuelle, en Belgique, seules deux modalités d'accès au matériel d'injection sont mises en œuvre. Il s'agit d'une part, des comptoirs **d'échange de seringues et autres points d'accès** (centres spécialisés, services de première ligne, fixes ou mobiles via des travailleurs de rue,...) et d'autre part des kits **Stérifix**, disponibles en pharmacie. La figure suivante montre l'évolution du nombre de seringues donné par l'ensemble du DAMSI depuis 2000. Nous présenterons plus loin des données quantitatives plus détaillées.

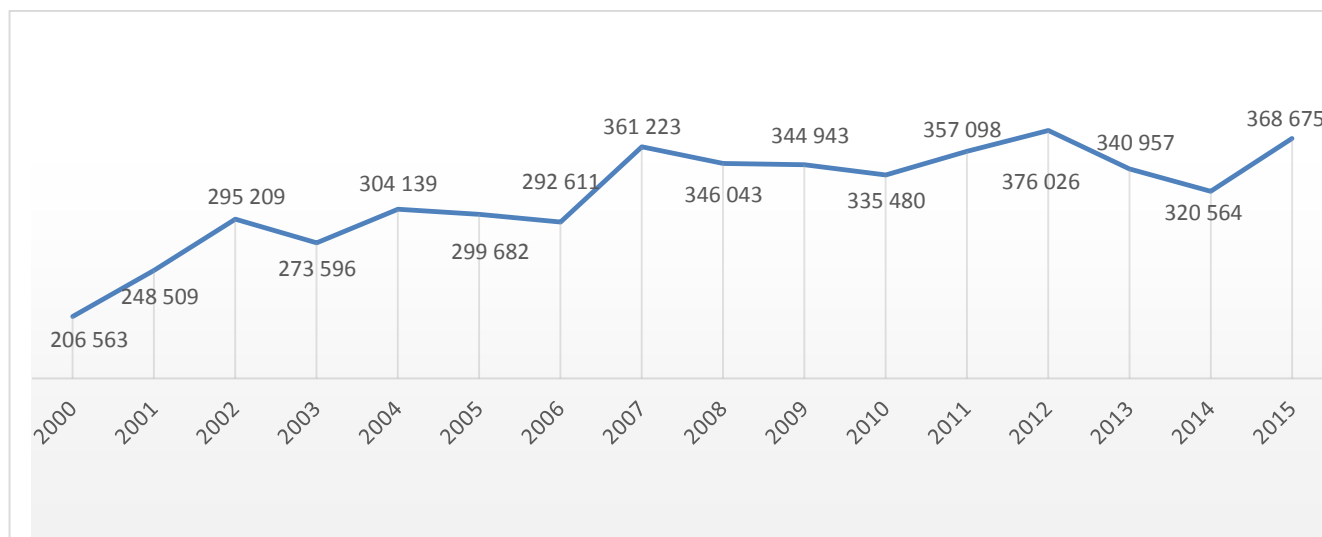


Figure de la répartition des seringues rendues accessibles via le DAMSI – comptoirs et Stérifix (Modus Vivendi – Projet DAMSI - 2015)

Dans la suite de ce dossier, nous explorons ces deux axes d'accessibilité et présentons quelques données quantitatives. Ensuite, d'autres modalités favorisant l'accessibilité au matériel d'injection et les stratégies de Réduction des Risques sont évoquées ; qu'il s'agisse de projets actuellement développés sur notre territoire ou de modalités existantes dans d'autres pays. Enfin, nous envisageons les effets connus du dispositif existant en ce qui concerne la prévention et la lutte contre les épidémies HIV et VHC, puisque c'est dans ce cadre-là principalement que ce dispositif est aujourd'hui financé.

3.1 LE DISPOSITIF « COMPTOIRS D'ÉCHANGE DE SERINGUES »



Les « comptoirs d'échange de seringues » sont des points d'accès au matériel stérile d'injection que l'on retrouve principalement dans le secteur psycho médicosocial (cela exclut les pharmacies).

L'axe « comptoirs d'échange de seringues » est l'ensemble des comptoirs d'échange de seringues et autres points d'accès au matériel stérile d'injection actifs à Bruxelles et Wallonie. La spécificité des comptoirs d'échange de seringues par rapport aux autres services du dispositif réside dans le fait que l'échange de seringues constitue leur mission première et qu'ils sont reconnus comme services spécialisés en toxicomanie. Les comptoirs sont ouverts à tous usagers en demande et respectent leur anonymat. Les autres points d'accès au matériel stérile d'injection sont des services qui n'ont pas cette activité dans leur mission première. Ils ne sont parfois pas reconnus pour ce travail. Parmi eux, au côté des services ouverts à tout usager, on en retrouve également qui ne sont accessibles qu'à leurs patients et qui dans ce cadre ne fonctionnent pas sur une base anonyme. Ces particularités sont expliquées par des déterminants historiques et institutionnels (voir infra).

Au-delà de ces spécificités, la terminologie reprise dans ce texte « comptoir d'échange de seringues » inclut l'ensemble de ces institutions, en ce qu'elles déploient une offre de services similaires dans leur positionnement par rapport à la Réduction des Risques et dans les activités qu'elles développent.

3.1.1 « COMPTOIR D'ÉCHANGE DE SERINGUES » : DÉFINITION

« *Les comptoirs sont plus que des comptoirs.* »

Par une offre de services dans un lieu d'accueil (*comptoir fixe*), en rue ou directement sur le lieu de vie du public concerné (*comptoir mobile*), le dispositif « comptoirs d'échange de seringues » répond aux besoins des personnes en fonction de leurs demandes, de leurs spécificités mais aussi de manière proactive.

L'accès aux services est gratuit et inconditionnel (ce type de service est qualifié de « bas seuil d'accès ») et est organisé par des acteurs du monde psycho-médico-social. Outre du matériel d'injection, les comptoirs d'échange de seringues offrent des services d'information, d'accueil, de soins, de relais. La grande force des comptoirs d'échange de seringues est l'attention qu'ils portent au caractère humain de leur service.



Images extraites du site web du comptoir le « CLIP » de l'asbl DUNE : dune-asbl.be/clip/index.html

3.1.2 MISSIONS ET ACTIVITÉ DES COMPTOIRS D'ÉCHANGE DE SERINGUES

On peut dire que les comptoirs d'échange de seringues ont deux missions spécifiques :

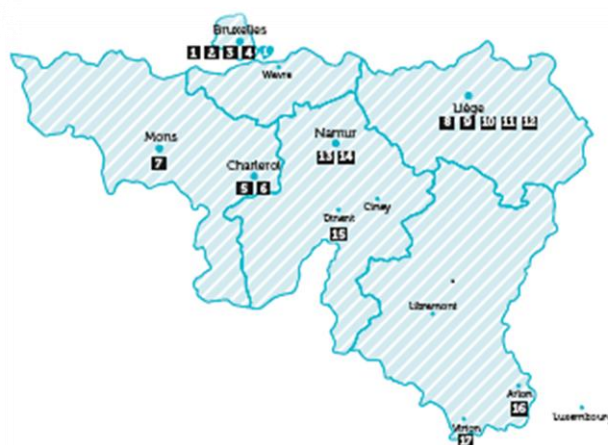
1. Comme leur nom l'indique, ils organisent la distribution et la récupération du matériel d'injection dans une optique de Réduction des Risques et des dommages socio-sanitaires et de lutte contre la propagation des hépatites et du VIH/SIDA.
 2. Les comptoirs ont un deuxième rôle spécifique - parfois peu valorisé - bien qu'il constitue un point fort de ces services en terme d'action publique : les comptoirs d'échange de seringues constituent un lieu **d'accueil, d'information, de soins et de relais.**
- **Information** : on y trouve des brochures d'information de type socio-sanitaire et d'autres outils de Réduction des Risques : les semainiers, le « *Shooter propre* », l'« *ABC des hépatites* », « *On peut guérir de l'hépatite C* »⁹ ... les kits de sniff, des messages d'alerte précoce sur les substances en circulation qui pourraient être particulièrement dangereuses, des affiches de Promotion de la Santé, des conseils pour femmes enceintes, des informations concernant les services disponibles dans la régions...

⁹ Ces brochures sont disponibles sur le site de Modus Vivendi : www.modusvivendi-be.org

- Accueil : pour beaucoup d'usagers, il est important de pouvoir simplement se poser, s'asseoir, discuter autour d'une tasse de café avec d'autres personnes, comme avec des professionnels, dans une ambiance plus calme que le flot de la rue, sans être jugé, sans risque de se faire chasser. La majorité des comptoirs mettent en place une série d'actions pour que l'échange se réalise en pleine confiance dans un cadre ouvert, confidentiel et accueillant. De plus, on y trouve diverses activités culturelles, du café, thé et autres convivialités.
- Soins : le soin est entendu ici dans son acception la plus large. Le concept de *care* est le plus approprié si l'on cherche à définir ce soin, cette attention à la santé globale apportée aux personnes. La grande majorité des comptoirs fixes et mobiles met en place des dispositifs de soins de première ligne, de santé primaire. Services d'écoute, de soutien psychologique, d'orientation, services infirmiers et médicaux, dépistage, services sociaux, aides sociales, aides juridiques... Quand ces dispositifs de soins plus spécifiquement psychologiques ou physiologiques ne sont pas organisés dans le comptoir, celui-ci est organisé en partenariat rapproché avec des services locaux existants.
- Relais : les comptoirs sont également des lieux de relais pour des demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale. Ils sont un lieu d'écoute et d'échange accessible aux horaires décalés des usagers.

A bas-seuil d'accessibilité, offrant des soins gratuits et anonymes, dans un cadre sécurisant, les comptoirs d'échange de seringues peuvent souvent être considérés comme la dernière (ou première) interface pour des publics qui accèdent plus difficilement aux dispositifs d'action publique classiques, plus contraignant que les services à bas-seuil d'accès. Les populations consommatrices de drogues par injection étant souvent marginalisées (ou désaffiliées), elles ne répondent pas facilement aux contraintes imposées par les services d'aide (horaire, rendez-vous, être en ordre de administratif...). Ainsi, ces services à bas-seuil d'accessibilité constituent et offrent une réponse appropriée à ce type de population et à ces besoins spécifiques.

3.1.3 CADASTRE DES COMPTOIRS D'ÉCHANGE DE SERINGUES (2015)



Carte des comptoirs d'échange de seringues répertoriés à Bruxelles et en Wallonie (Modus Vivendi – Projet DAMSI - 2014)

A Bruxelles

On compte 3 comptoirs fixes d'échange de seringues bruxellois (LAIRR/Transit, Latitude Nord et CLIP/Dune) et seul - Dune - propose un service d'échange de seringues en rue. On retrouve également 4 services donnant accès à du matériel d'injection uniquement à leur patientèle (alors que les autres services sont ouverts à tout usager) : le Projet LAMA via ses trois antennes (Molenbeek, Schaerbeek, Ixelles), la MASS, et d'une manière très marginale le Réseau Hépatite C. L'association Médecins du Monde organise (avec Dune) la gestion et l'activité d'un dispositif mobile d'échange de seringues (un bus). Il n'y a pas de coordination à l'échelle de la ville ; et chaque service a un mode de financement et un pouvoir organisateur différent. Tous les services pratiquent l'échange à la demande¹⁰.

En Wallonie

A Liège, on trouve 6 comptoirs fixes d'échange de seringues et points d'accès au matériel stérile d'injection (Accueil-Drogues, le Relais Social, Icar, Start, Siajef et la Fontaine) dont 2 organisent des maraudes d'échange de seringues en rue (Icar, le Relais Social). De plus, depuis 2011, un « comptoir d'échange mobile (un bus d'échange de seringues) » est opérationnel et géré par Start MASS. Les acteurs liégeois bénéficient d'une coordination à l'échelle de la ville, via le Plan de Prévention, l'Observatoire Liégeois de Drogues et Toxicomanies. Accueil-

¹⁰ Le nombre de seringues qu'un usager va pouvoir recevoir est indépendant du nombre de seringues qu'il rapporte. Ces services n'ont pas eu à s'accorder sur un nombre de seringues à donner en cas d'urgence. Leur stratégie de sensibilisation des usagers au fait de ramener des seringues usagers se fait tout au long du travail social et n'est pas basée comme pour l'échange strict sur le suivi d'une règle. Dans certains cas, le ratio d'échange avoisine les 100%, dans d'autres, il tourne autour des 60% ; la responsabilisation du fait de rapporter des seringues comme de les éliminer proprement peut être deux voies d'action dans ce contexte.

Drogues est entré dans notre comptabilisation en 1994, Icar, Sart, le Siajef en 2000, le Relais social en 2001, et la Fontaine en 2015.

Il y avait un réseau de pharmaciens actifs, engagés dans l'échange de seringues en officine, via l'APPL particulièrement. Ce travail s'est délité parallèlement au développement des comptoirs.

A Charleroi, on ne retrouve pas de coordination à l'échelle de la ville, mais une bonne entente entre les services. Deux comptoirs sont actifs : le Comptoir asbl est un service fixe qui côtoie les éducateurs de rue de Carolo Rue. Ces services sont entrés dans la comptabilisation organisée par Modus Vivendi en 2001 pour le Comptoir et en 2006 pour Carolo-rue.

A Mons, il y a un comptoir d'échange de seringues au cœur de la ville, il s'agit de l'espace Synapse. C'est un service communal de première ligne organisé et géré par la Ville de Mons, dans le cadre du volet sécurité des actions de la ville. Le service est entré dans notre relevé de données en 2011. Il donne du matériel à la demande et ses données varient d'une année à l'autre. Le service a notamment subi beaucoup de déménagements avec les difficultés que cela peut entraîner pour ce genre de service.

Dans le namurois, 3 comptoirs d'échange de seringues sont opérationnels : 2 à Namur – le SASER et l'Echange de Namur - et 1 à Dinant (Destination). Le SASER est entré dans notre relevé de données en 2007, l'Echange en 2010 et Destination en 2006.

Dans la province du Luxembourg, le Centre d'Action Laïque du Luxembourg organise deux activités d'échange de seringues, les comptoirs des Relais d'Arlon et de Virton sont actifs. Une camionnette effectue également des déplacements et apporte du matériel au domicile des usagers en demande. Ce service est notre relevé de données depuis 2011.

A Tournai, depuis 2015 un réseau d'acteurs de la ville et associatifs organise un accès au matériel d'injection en confectionnant des Stérifix (voir infra). Ceux-ci sont donnés directement en rue ou aux pharmaciens de la ville.

⇒ Au total, cela représente 20 services d'accès au matériel stérile d'injection. Il est probable que d'autres services avec lesquels nous ne collaborons pas directement ou indirectement donnent également accès à du matériel d'injection, mais de manière très marginale.

3.1.4 FINANCEMENT DES COMPTOIRS D'ÉCHANGE DE SERINGUES ET DU MATÉRIEL D'INJECTION

En Belgique francophone, plusieurs modes de financement, pouvant varier selon chaque comptoir d'échange de seringues, coexistent. Par ailleurs, au sein d'un même comptoir, les différents services organisés ne sont pas tous financés par la même source :

- ✓ Fédération Wallonie Bruxelles (jusqu'en 2014)
- ✓ Région wallonne
- ✓ Région Bruxelles-Capitale
- ✓ Provinces, Villes, Communes ... (Plan Stratégique et de prévention, etc.)
- ✓ Fédéral (Plan Stratégique de sécurité et de prévention (PSSP) – Service Public Fédéral Intérieur)

Cette disparité des modes de financement génère une disparité dans le dispositif lui-même. Certains acteurs sont plus mobiles, d'autres peuvent développer plus d'actions ou offrir plus de services, tout en ayant une mission commune : organiser l'accès au matériel d'injection.

Ces différences dans les modalités de subventionnement des services peuvent se présenter comme une force puisque cela montre que les comptoirs d'échange de seringues touchent et relèvent de différents secteurs de l'action publique, laquelle y voit des réponses à ses objectifs divers et ses intérêts propres et variés. Cette richesse dans les modes de financement peut donc être interprétée comme une reconnaissance forte de la légitimité des comptoirs et du grand nombre d'interlocuteurs publics et politiques trouvant dans des comptoirs une réponse précise à des problématiques publiques.

Ces différents modes de financement peuvent aussi être interprétés comme autant de ressorts financiers. Parallèlement cette diversité dans les modes de financement peut être lue en termes de **fragilité**. Si le lien le plus fort des comptoirs est l'activité de Réduction des Risques qu'ils réalisent tous sur le terrain, différents modes de financements signifient aussi différents objectifs, missions et angles de vue pour penser l'action... Il en ressort à terme un dispositif relativement **hétérogène**. De plus, puisque les compétences des pouvoirs politiques ne sont pas clairement définies, si l'un des secteurs de financement venait à ne plus reconnaître les comptoirs d'échange de seringues, nous pourrions voir disparaître une grande part de ce dispositif. Ce qui représente donc en plus d'une faiblesse, une menace. Notons également que la recherche et la gestion de toutes ces sources de financement consomment **beaucoup de temps et d'énergie** au sein de chaque institution. Moyens qui ne sont alors pas alloués à la pratique de terrain elle-même.

Parallèlement à l'existence même du comptoir (local, temps de travail, services connexes à l'échange de seringues), le financement du matériel d'injection pose des questions spécifiques. Pour certains comptoirs, cette partie importante de leur activité reste **un axe difficile à solidifier**.

En 2014 et 2015, dans le cadre de ses activités de soutien au DAMSI, Modus Vivendi s'est penché sur les besoins financiers des comptoirs en ce qui concerne l'acquisition de matériel stérile d'injection. En 2014, parmi les 17 services actifs ayant répondu à l'enquête (sur 18), on peut dénombrer 7 sources de financement différentes du matériel d'injection. Seul un service sur les 17 ayant répondu à notre enquête n'a qu'une seule source de financement du matériel. De plus, même en grappillant de-ci de-là, ces services ne parviennent pas à couvrir la totalité de leurs besoins par des financements publics (cf. la figure qui suit).

La Fédération Wallonie-Bruxelles jusqu'en 2014 dans le cadre de la **Promotion de la Santé**, ensuite la **Cocof** et la **Wallonie**, via la « **Clé de répartition** »¹¹ sont les deux plus grandes sources de subsides. La Clé de répartition est une somme annuelle allouée dans le cadre de la Promotion de la Santé **pour soutenir l'achat du matériel de consommation par injection** distribué par les comptoirs d'échange de seringues et autres points d'accès **qui ne parviennent pas à réunir des fonds pour acquérir (tout) le matériel** dont ils ont besoin. Cette somme est gérée par Modus Vivendi qui assure sa répartition entre les partenaires du Dispositif manquant de moyens pour l'achat du matériel d'injection à destination des usagers des services. Jusqu'en 2015 cette somme représentait un peu moins d'**un quart des besoins** des partenaires.

¹¹ Calcul annuel de répartition d'une somme d'argent (Fédération Wallonie Bruxelles jusqu'en 2014 et ensuite la Wallonie et la Cocof) destiné à soutenir les comptoirs d'échange de seringues pour l'achat de matériel d'injection. Le montant à répartir a été obtenu en 2008 suite à une action collective des comptoirs, coordonnée par Modus Vivendi.

La figure ci-dessous illustre les parts des besoins en matériel à Bruxelles et en Wallonie en 2015 :

a) couverts par les divers subsides octroyés directement aux comptoirs/services (Affaires sociales, Assuétudes, Plan de Cohésion, de Prévention...);

b) part couverte par la Clé de répartition gérée par Modus V. (FWB - Promotion Santé- jusqu'en 2015) ;

c) besoins qui ne sont couverts par aucun subside public.

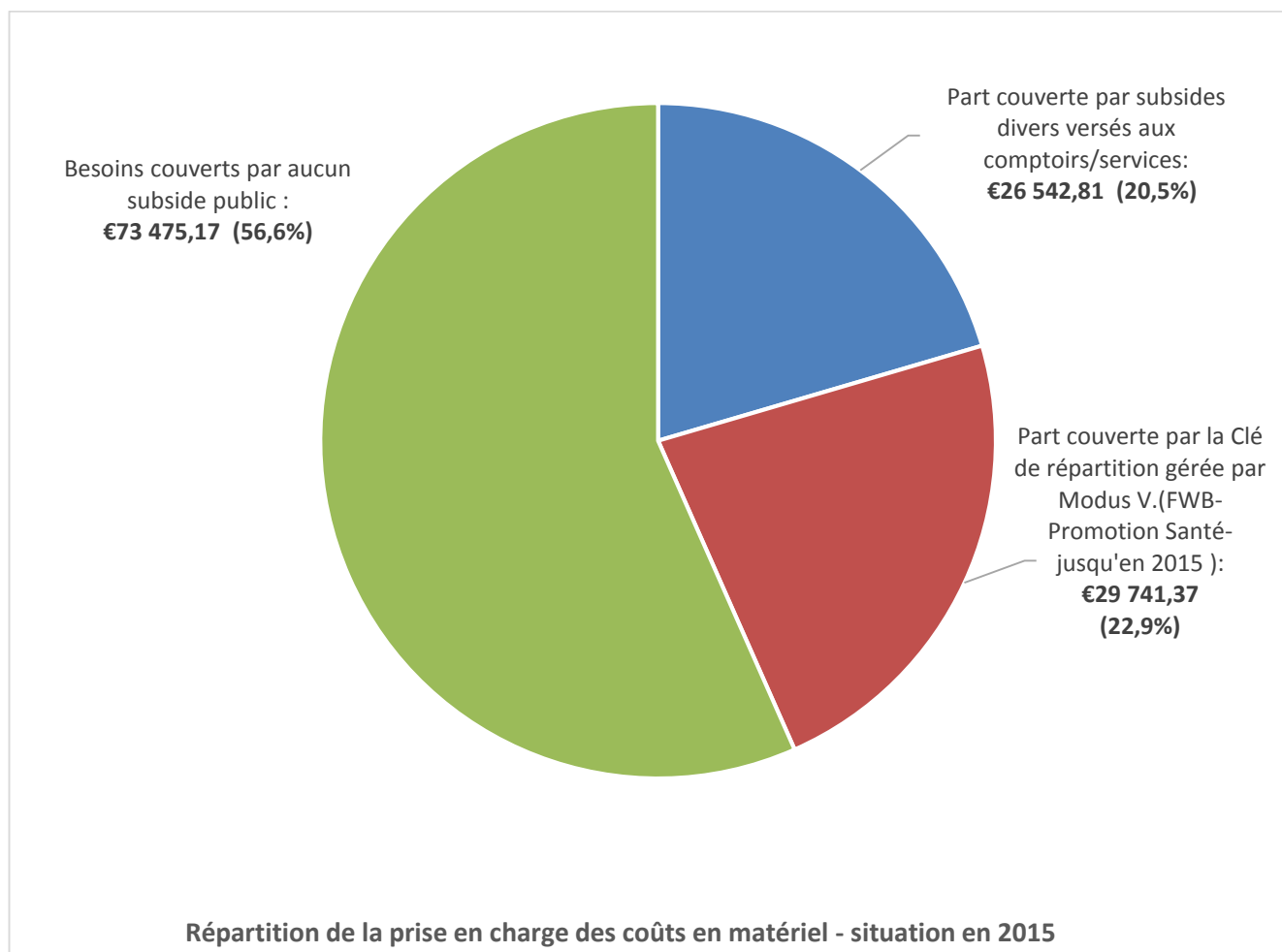


Figure de la projection en 2014 du coût des besoins en matériel stérile d'injection à Bruxelles et en Wallonie en 2015 – (Modus Vivendi – Projet DAMSI - 2014)

Les comptoirs et autres services d'accès sont dès lors contraints de travailler avec des sources de financement multiples et à créer des montages non récurrents, chaque subside ayant ses modes de fonctionnement propres. Comme nous le soulignons plus haut, ceci constitue autant d'**obstacles à la pérennité** des services offerts que des institutions.

En 2016, notons que la Région wallonne, dans le cadre d'une subvention facultative, et la Région bruxelloise, dans le cadre d'une subvention en initiative, ont pris en charge **28.000 € supplémentaires** de matériel pour étoffer la Clé de répartition. Malheureusement, il s'agit de subventions **ponctuelles** qui n'apportent **pas une réponse durable** au problème de financement du dispositif.

3.1.5 L'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION VIA LES « COMPTOIRS », DU POINT DU VUE QUANTITATIF

Cette section reprend les données chiffrées présentant principalement des informations concernant le matériel distribué par les comptoirs et autres services d'accès. Ces données proviennent de la récolte annuelle réalisée par Modus Vivendi.

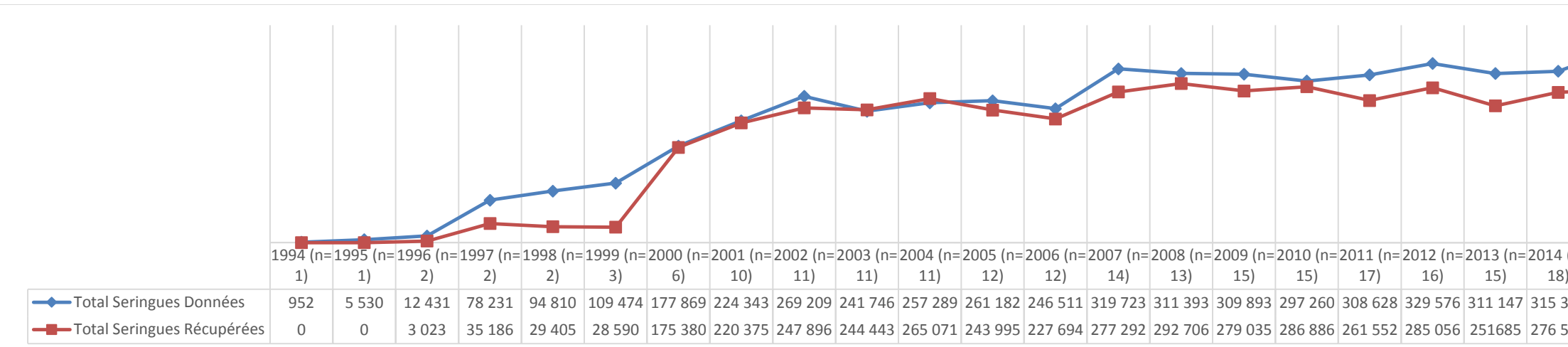
Précaution et limites concernant les données récoltées : années présentées et couverture géographique

Si Modus Vivendi récolte des données chiffrées depuis 1994-1995, il n'est pas toujours possible de vérifier leurs sources ou de réaliser certaines manipulations pour obtenir des informations plus précises. Par exemple, jusqu'à 2014, les données existantes à Bruxelles et en Wallonie ont été récoltées et analysées de manière groupée sur le territoire de la Communauté Française. Pour les années allant de 1994 et 2007, il n'est plus possible de distinguer avec fiabilité les chiffres concernant les seringues qui ont été données et récoltées dans chacune des régions. Dans ces cas-là, nous avons choisi de présenter les données à partir de l'année qui nous semblait la plus pertinente et de la manière la plus cohérente en fonction de nos possibilités. Néanmoins, nous éclairerons ces données en commentaires.

SERINGUES DONNES ET RECUPEREES

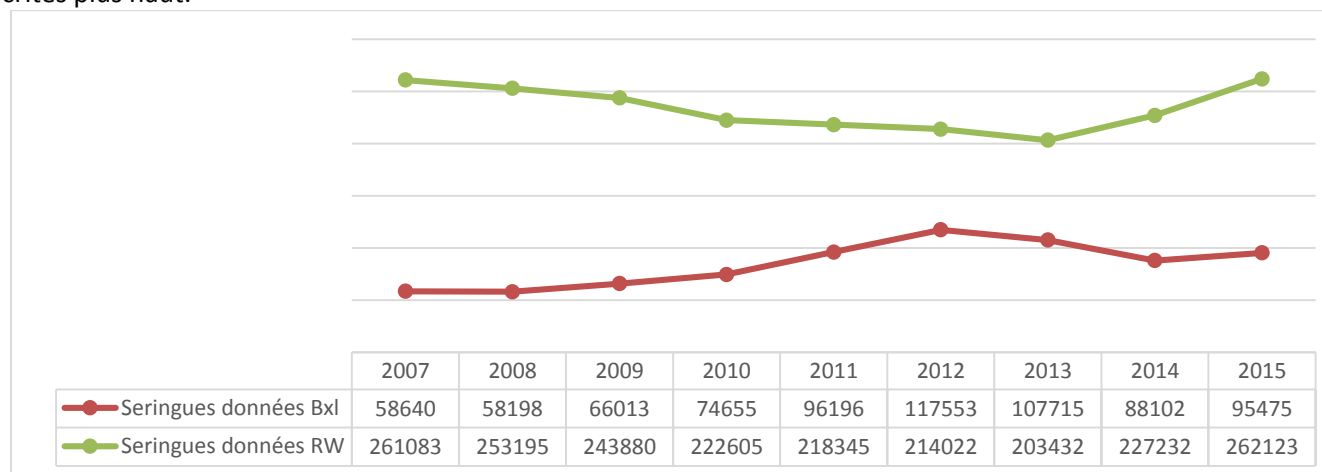
Depuis l'apparition des premiers comptoirs, on constate que le nombre de seringues données a constamment augmenté : en 1998, soit 4 ans à peine après le début de la distribution, la diffusion est **10 fois plus élevée** en passant de 952 seringues à presque 95.000 par an. Les comptoirs d'échange de seringues ont véritablement pris leur envol en 2000 avec l'adaptation de la réglementation sur l'accès aux seringues via le secteur spécialisé (voir supra) : en 2 ans, la diffusion augmente encore de 87,6% (entre 1998 et 2000). Enfin, entre 2000 et 2015, la diffusion a encore doublé pour atteindre pas moins de 357.598 seringues pour la seule année 2015. **Selon les données en notre possession**, en 20 ans, on est passé d'une diffusion annuelle de **952 seringues à 357.598**, une évolution qui montre bien que le dispositif continue de se développer.

Les diminutions du nombre de seringues données que l'on constate ponctuellement sont généralement dues à des changements dans la vie des services. Ces changements peuvent probablement expliquer, comme entre 2005 et 2006, une baisse des seringues données sans que le nombre de services ayant participé à la récolte de donnée ne varie. Il suffit d'un déménagement pour qu'un service perde le contact avec sa population. Il peut également s'agir de fermeture de squats, d'augmentation des contrôles de police, ou de tout autre élément entravant l'accès des usagers aux services, ou des travailleurs vers les usagers. Au fil des ans, on a aussi pu voir des services continuer d'exister mais de plus en plus sous-financés, ou limités dans leur travail suite à des changements de politiques locales, par exemple. Parallèlement des changements dans les groupes d'usagers qui fréquentent les services ou dans les pratiques de consommations (augmentation de la consommation de cocaïne par exemple) peuvent également faire varier le nombre de seringues demandées par les usagers et donc données par les services.



Nombre de seringues données et récupérées, de 1995 à 2015 à Bruxelles et en Wallonie. (Modus Vivendi – Projet DAMSI – 2016)
n= le nombre de services actifs

Le graphique qui suit permet de suivre la diffusion des seringues par région depuis 2007. Les variations peuvent trouver leurs sources dans les changements de vie des services décrites plus haut.



Nombre de seringues données de 2007 à 2015, à Bruxelles et en Wallonie. (Modus Vivendi – Projet DAMSI – 2016)

En ce qui concerne les seringues **récupérées** dans la partie francophone du pays, toute région confondue, celles-ci suivent globalement la **même courbe** que celle des **seringues** données. Les écarts qui apparaissent de-ci de-là peuvent s'expliquer par les stratégies de récupération des seringues usagées qui varient parfois d'une ville/d'un service à l'autre ainsi qu'au sein d'un même service.

Par ailleurs, il convient de tenir compte du fait que les seringues sont souvent ramenées par les usagers dans des conteneurs/récupérateurs de seringues usagées. Ces conteneurs ne sont pas ouverts par les professionnels. Le nombre de seringues contenues dans ces récipients est donc estimé et non compté. En 2011, les estimations ont pu être revues à la baisse. Par exemple, des conteneurs d'0.5l ont pu être comptés comme ayant une capacité de 100 seringues, alors qu'on estimait qu'ils 200 seringues l'année d'avant. D'autres modes de comptage ont pu être revus et cela a pu entraîner une diminution des chiffres. Nous avons tendance à penser que les chiffres à partir de l'année 2011 révèlent la réalité de manière plus juste qu'avant.

EVOLUTION DU MATÉRIEL CONNEXE À BRUXELLES ET EN WALLONIE

Si les seringues sont un instrument essentiel de RdR, en termes de lutte contre le virus de l'hépatite C, l'accès au matériel connexe jouant également un grand rôle. Comme on l'a vu précédemment, d'autres petits matériels de consommation sont impliqués dans la transmission des virus : cuillères, eau, garrot... Par ailleurs, la désinfection et l'obturation du point d'injection jouent également un rôle bénéfique pour le maintien de l'état de santé des personnes.

Nous avons choisi de nous concentrer sur le **Stéricup** car ce matériel est bien représentatif des évolutions en termes d'outils de consommations et de RdR. De plus, le Stéricup (la cuillère) est un vecteur potentiel évident des infections virales. Dans le cas de l'eau pour préparation injectable donnée par les services, les avancées sont moins évidentes. Nous nous situons autour d'une flapule d'eau pour deux seringues depuis 2008. Les services disposent bien de ce matériel depuis au moins 10 ans et la demande d'eau ne passe pas sous la barre des « deux pour un ».

Nous présentons les données à partir des années 2007/2008, période à laquelle la diffusion des Stéricup se généralise. Si ce matériel existe depuis 1999, il aura mis 10 ans à arriver plus largement dans les pratiques des acteurs francophones.

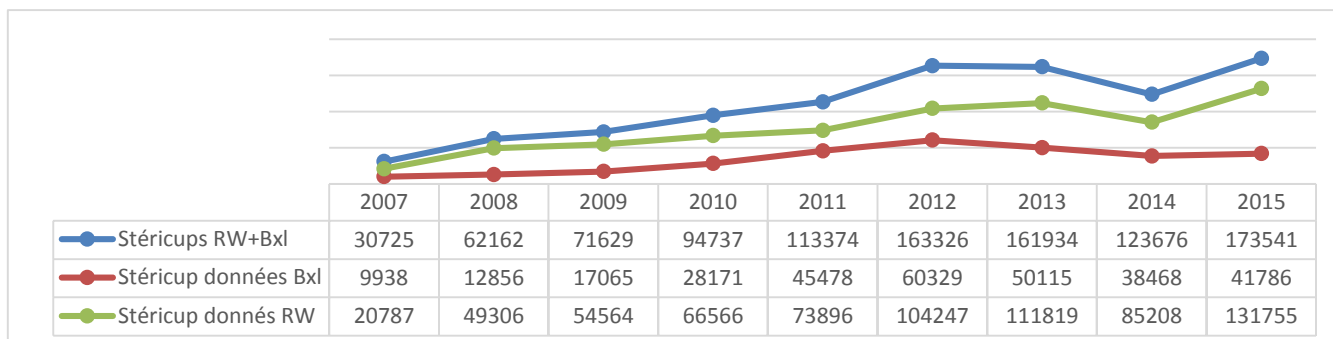
Plusieurs raisons expliquent le comment de l'évolution d'un matériel donné du point de vue des quantités. La logique est similaire dans beaucoup de cas. Pour pouvoir donner accès au matériel, les services doivent pouvoir l'acheter. L'arrivée d'un nouveau matériel demande de nouveaux moyens financiers. Cela peut prendre du temps. Les services - et parfois les organismes qui les financent- doivent être convaincus de l'utilité du matériel qu'ils vont diffuser. Cela peut également prendre du temps. Dans le cas de certains matériels (comme les garrots, par exemple), il pourrait arriver que l'ensemble des acteurs ne soient jamais unanimement persuadés de leur utilité au point d'en donner tous de manière homogène.

Parallèlement, les usagers doivent connaître le matériel, être informés, et demander ce matériel. Les professionnels eux doivent savoir comment promouvoir ce matériel, en stimuler la demande par les usagers et ainsi que son usage.

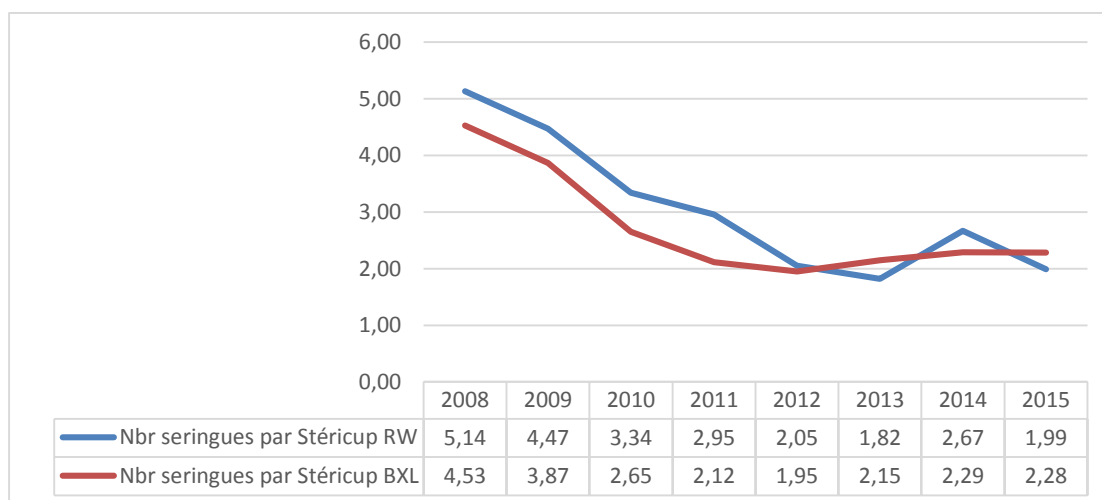
Dans le cas du Stéricup, il a fallu attendre 2008/2009 pour que quasi l'ensemble des services y aient accès. Nous l'avons dit également, le dispositif a mis un certain temps à s'homogénéiser entre les différentes villes et régions. Cette homogénéisation a permis d'apporter plus de cohérence dans le matériel donné aux usagers.

Comme nous le constatons sur la figure suivante, le nombre de Stéricup donné toute région confondue est en augmentation constante. Ce qui est plutôt bon signe en termes de RdR. Notons que Les résultats pour l'année 2014 sont influencés par le fait que certains services wallons ne nous ont pas rendu le nombre de Stéricup donné pour cette année-là. Sans cette absence de données, la courbe aurait été constante de 2013 à 2015.

Stéricups donnés de 2007 à 2015 à Bruxelles et en Wallonie (Modus Vivendi-Projet DAMSI- 2016)



Un usage à moindre risque impliquerait une utilisation de « 1 pour 1 » du matériel. C'est-à-dire : 1 seringue pour 1 Stéricup (voir supra), pour 1 flapule d'eau stérile. Si le nombre de Stéricups donnés par seringue évolue positivement entre 2008 et 2012, on voit qu'il est difficile de passer la barre des 2 seringues environ pour 1 Stéricup. Ce fait pourrait s'expliquer par les limites du travail d'information et de sensibilisation envers les usagers. Ceci pourrait aussi s'expliquer par le fait que plusieurs seringues peuvent être utilisées pour une même injection (en cas de difficulté à trouver des veines, par exemple). Dans ce cas-là, cela ne signifie donc pas que les Stéricup sont réutilisés. Enfin soulignons également les difficultés à assurer l'approvisionnement de l'ensemble du matériel connexe faute de moyens financiers.



Nombre de seringues données par Stéricup donné, de 2008 à 2015, à Bruxelles et en Wallonie. (Modus Vivendi – Projet DAMSI –2016)

ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION D'UN POINT DE VUE QUANTITATIF: CONCLUSION

On constate une augmentation du matériel rendu accessible à la population cible. Cette augmentation suit bien l'augmentation des points d'accès au matériel d'injection. A l'heure où nous rédigeons ces lignes, nous savons que cette diffusion a encore augmenté et que pourtant elle ne permet pas de répondre à toutes les demandes des usagers, les moyens financiers étant limités. Cette diffusion reflète ainsi davantage ce que les services sont en mesure de mettre à la disposition de leur public plutôt que ses réels besoins.

Malgré une évolution générale à la hausse, on a pu noter des baisses d'une année à l'autre. Les quantités de matériels donnés dépendent de facteurs internes aux services (stabilité de localisation, stabilité de financement principalement) et de facteurs externes (modification des populations cibles). A Bruxelles, par exemple, les évolutions du matériel donné malgré la relative stabilité des services depuis les années 2000 environ pourrait refléter une plus grande variabilité dans la population cible (changement de groupe d'utilisateur d'une nationalité, changements de pratiques...), variabilités auxquelles est soumise une grande ville comme Bruxelles. Alors qu'en Wallonie, plus hétérogène sur son territoire, les variations seraient à mettre en lien avec des changements internes au dispositif lui-même (plus de variations dans les services existants, plus de déménagement, plus de changements dans la vie financière des services...).

Par ailleurs, dans un premier temps le matériel doit être disponible pour les usagers. Dans un second temps, les usagers doivent demander ce matériel. A Bruxelles et en Wallonie, les comptoirs ne passent pas le seuil des deux seringues données pour un Stéricup, il en va de même pour l'eau stérile. Ce chiffre et les pratiques de RdR qu'ils reflètent pourraient peut-être être encore renforcés par le développement de l'information faite aux usagers de drogues directement en lien avec leur pratique d'injection via des programmes comme l'AERLI (Education aux Risques Liés à l'Injection – voir infra) ou des Salles de Consommations à Moindre Risques (voir infra). Nous voyons bien à quel point un dispositif de Réduction des Risques à l'injection est un ensemble complet et cohérent d'outils et de stratégies de santé publique

3.2 LE DISPOSITIF PHARMACIE « STERIFIX »

3.2.1 LE DISPOSITIF PHARMACEUTIQUE « STÉRIFIX » : PRÉSENTATION



© Photo: Antoine Vanoverschelde

Le Stérifix, pochette contenant du matériel d'injection en vente en pharmacie, constitue le deuxième axe du DAMSI. La présence du Stérifix en pharmacie permet de compléter le dispositif « comptoir d'échange de seringues » en rendant possible un accès au matériel stérile d'injection via un autre canal, parfois jugé ou vécu « moins stigmatisant » pour et par les consommateurs. Dans le même sens, les pharmacies couvrent une autre aire géographique que les comptoirs et peuvent répondre à une demande selon une autre couverture horaire.

Les pharmacies ont une couverture géographique que les services spécialisés n'atteignent pas. La Belgique compte environ 54 pharmacies pour 1 service spécialisé. Particulièrement en zone rurale, les usagers de drogues par injection ne peuvent souvent se tourner que vers le pharmacien (ou le médecin). D'où la nécessité d'outiller ces intervenants.

Par ailleurs, les pharmaciens sont tenus de répondre aux exigences des pratiques d'excellence, dont celles liées à la promotion de la santé. Le rôle obligatoire de « promoteur de santé » des pharmaciens est clairement stipulé dans l'arrêté royal daté du 21 janvier 2009. – « Arrêté royal portant instructions pour les pharmaciens / Guide des bonnes pratiques pharmaceutiques officinales ».

A l'heure actuelle, le Stérifix est le seul outil disponible en Belgique permettant aux pharmaciens de répondre en termes de matériel - à ces enjeux et exigences.

3.2.2 LE « STERIFIX » : DEFINITION



Le Stérifix est un kit de prévention du sida et des hépatites - le seul kit pharmaceutique disponible en Belgique - combinant du matériel d'injection ainsi qu'une information écrite. En cela, il répond d'une part au besoin des usagers en termes de diversité des possibilités d'obtention de matériel d'injection. D'autre part, il répond au besoin matériel des pharmaciens pour pouvoir jouer, auprès des usagers de drogues par voie intraveineuse, leur rôle « d'acteurs de promotion de la santé ».

La pochette Stérifix comprend du matériel d'injection pour deux injections. Soit :

- ✓ 2 tampons alcoolisés pour désinfecter la zone d'injection avant injection
- ✓ 2 flampules d'eau pour préparation injectable (EPPI)
- ✓ 2 récipients stériles pour préparer la solution injectable (Stéricup)
- ✓ 2 filtres pour filtrer la solution avant injection (Stéricup)
- ✓ 2 tampons secs poste-injection (Stéricup)
- ✓ Des informations simples, claires et précises pour réduire les risques liés à l'injection et orienter les consommateurs
- ✓ 2 seringues ajoutées par le pharmacien
- ✓ De l'acide ascorbique pour dilution de l'héroïne, des préservatifs, des informations locales, etc. sont parfois ajoutés. (voir infra)

Le matériel contenu dans les pochettes est aux normes en vigueur exigées.

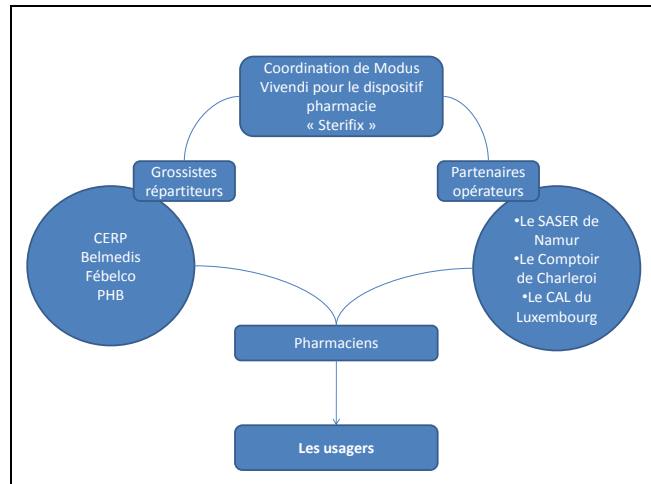
3.2.3 SHÉMA DE DISTRIBUTION DU STÉRIFIX

Le Stérifix est majoritairement produit par Modus Vivendi :

- le matériel est acheté via la **Centrale d'Achat**,
- les pochettes et dépliants sont conçus par l'équipe de Modus Vivendi en collaboration avec un graphiste,
- les pochettes sont confectionnées par des jobistes¹².

Parallèlement, le Stérifix est également produit par des opérateurs locaux partenaires du projet (voir infra). Ces derniers ont leur propre méthode de confection, ils ajoutent parfois du matériel qu'ils estiment localement pertinent et livrent directement leurs propres réseaux de distribution ou de pharmacies.

¹² **Jobiste** : Un des modes de participation des usagers de drogues dans les projets de Réduction des Risques passe par leur implication en tant que « jobiste ». Le terme « **jobisme** » fait référence à un boulot, un travail au sein duquel la mission d'information prime. Les usagers de drogues désireux de travailler dans un projet de RdR sont recrutés sur base de leur expertise en matière de consommation de drogues.



Quel que soit l'acteur qui le produit, le Stérifix est uniquement vendu en pharmacie. Il y a deux types d'acteurs différents qui achalandent les pharmacies :

- Les grossistes / répartiteurs en pharmacies : Modus Vivendi livre gratuitement le répartiteur/grossiste. Ce dernier intègre le Stérifix dans sa base de données des produits disponibles aux pharmaciens. Le pharmacien pourra commander le produit via le code barre présent sur la pochette et le code CNK¹³ du produit (1300/656 dans le cas du Stérifix). Le répartiteur/grossiste livre à son tour gratuitement le produit au pharmacien. (Modus Vivendi est le seul opérateur à livrer des grossistes en pharmacie)
- Les partenaires / opérateurs du projet livrent gratuitement le Stérifix directement à des pharmaciens partenaires ou à une union pharmaceutique locale qui elle-même livre une pharmacie).

Dans les deux cas, le pharmacien s'engage à compléter les pochettes en y ajoutant deux seringues à insuline de 1ml. La pochette peut alors être vendue au prix conseillé de 0.5€ ce qui correspond au prix coûtant de 2 seringues.

3.2.4 LES PARTENAIRES/OPÉRATEURS DU STÉRIFIX

Depuis sa création le Stérifix bénéficie de l'appui de partenaires locaux qui opérationnalisent le projet dans différents localités. A l'heure actuelle ces partenaires sont le comptoir de Charleroi, le Dispositif d'Accès au Matériel d'injection de Tournai (coordonné par l'asbl Citadelle) et le SASER de la province de Namur.

Modus Vivendi délivre gratuitement les pochettes vides et les dépliants aux opérateurs locaux. Selon leur ressources financières, les partenaires / opérateurs assument seuls ou avec l'aide de Modus Vivendi, le coût du matériel mis à disposition dans les pochettes.

Si Modus Vivendi est le principal porteur du projet, c'est-à-dire qu'il achète le matériel via sa centrale d'achat, confectionne et assure la diffusion – via des répartiteurs et grossistes - de la plus grande partie des Stérifix disponibles en Wallonie et à Bruxelles en 2014, les partenaires sont devenus également des fournisseurs

¹³ **CNK** : Numéro de Code National(a)(e) CodeNummer attribué (par l'Association Pharmaceutique Belge (APB)) à tous les médicaments, les produits parapharmaceutiques, le matériel médical et de soins, les produits homéopathiques, les produits phytothérapeutiques et les matières premières chimiques délivrées en pharmacie, à usage aussi bien humain, que vétérinaire ou phytopharmaceutique. [In « Numéro de Code National et Code-barre » Association Pharmaceutique Belge]

importants. En cause, la rupture de production des pochettes par Modus Vivendi en 2014 (voir infra, situation financière et données quantitatives).

Un mot sur les fonctionnements locaux du Stérifix chez les différents partenaires / opérateurs :

- ✓ Le comptoir d'échange de seringues de la ville de Charleroi, le Service de Santé Affective et Sexuelle (SASER) de la province de Namur et le Centre d'Action Laïque du Luxembourg confectionnent des pochettes Stérifix et les diffusent dans leurs régions directement en pharmacie ou via des unions pharmaceutiques locales.
- ✓ A Tournai, un réseau d'acteurs utilisent ces pochettes et les distribuent en rue directement à leur public ou en pharmacie.
- ✓ Parallèlement, l'Union Royale des Pharmaciens de la Province de Namur, l'Association Pharmaceutique Belge, ainsi que des répartiteurs/grossistes en pharmacie comme Belmedis, CERP, Phébelco participent au projet soit par leur support (informations quant au type de matériel distribué, soutien à la communication avec les pharmaciens, ...), soit en diffusant les pochettes gratuitement.

3.2.5 SITUATION FINANCIÈRE DU STÉRIFIX ET DONNÉES QUANTITATIVES

Le Stérifix existe depuis 1995. Actuellement, il est principalement distribué via des répartiteurs en pharmacie (voir infra) sans que l'on ne connaisse avec exactitude sa diffusion géographique, faute de moyens financiers pour obtenir cette information payante. En quasi 20 ans, la situation du Stérifix a peu évolué : le Stérifix est toujours sous-financé et confectionné au sein des associations. En 2013, la situation se dégrade encore, Modus Vivendi se voit contraint de stopper pour la première fois la production des pochettes. A titre informatif, en France, l'équivalent du Stérifix, le Stéribox, existe depuis 1994 et est financé officiellement depuis 1999.

Jusqu'en 2014, les pochettes Stérifix sont financées à 90% par les subsides octroyés à Modus Vivendi. Cependant, ce financement était largement insuffisant et ne couvrait aucunement les coûts du temps de travail en gestion, en planification, en suivi qualitatif, les coûts de stockage et d'envoi... Bref, tout ce qui ne concernait pas le contenu des pochettes elles-mêmes.

La situation financière du Stérifix était telle que Modus Vivendi ne pouvait :

- ✓ garantir aux grossistes/répartiteurs la production des pochettes chaque année en quantité suffisantes pour répondre aux besoins,
- ✓ développer des actions d'extension, de relance et de promotion,
- ✓ soutenir les acteurs impliqués dans le projet,
- ✓ évaluer le projet.

Depuis longtemps, Modus Vivendi pallie le manque de financement en réduisant ses dépenses sur ses autres projets. Il est utile de préciser ici que Modus Vivendi ne reçoit pas de subsides spécifiques pour les frais liés au fonctionnement et à la gestion de la centrale d'achat, ni pour la confection et l'envoi des Stérifix. Chaque année, cette situation a été rappelée aux pouvoirs publics et principalement à la Fédération Wallonie-Bruxelles (et depuis 2015 la Wallonie et Bruxelles). En 2016 cependant, la Wallonie via une Subvention facultative et Bruxelles, via une subvention en Initiative, ont octroyé des moyens financiers pour assurer cette gestion. Malheureusement, il s'agit de financements ponctuels qui ne seront peut-être pas renouvelés. Il ne s'agit dès lors pas encore d'une réponse structurelle au problème.

Compte tenu de cette situation, une baisse de production s'est amorcée en 2013 et en 2014, aucune pochette n'a plus été produite par Modus Vivendi. En 2015, Modus Vivendi a décidé de relancer cette production, en utilisant à nouveau ses propres moyens financiers pour assurer la confection et la diffusion des kits, à cette période, seul le matériel était financé.

Si le projet a pu continuer entre 2013 et 2015, c'est grâce au concours de 4 autres institutions partenaires du projet qui confectionnent ces pochettes à leurs frais et les livrent directement aux pharmaciens de leur région, dans le cadre de leur activité de Réduction des Risques liés à l'injection (voir supra). La figure suivante montre l'évolution de la production des pochettes par Modus Vivendi et ses partenaires depuis 2011. Nous y voyons clairement l'impact de la rupture de production de la part de Modus Vivendi.

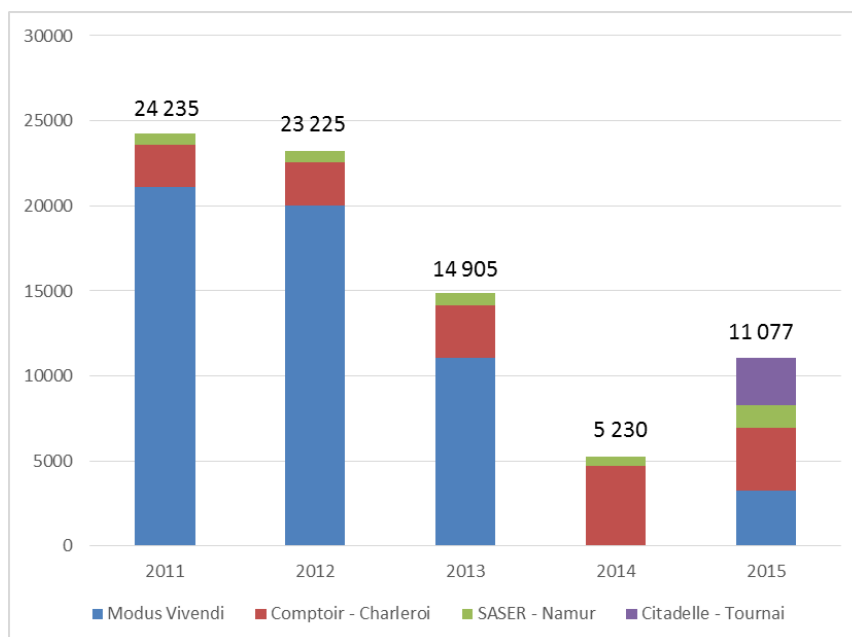
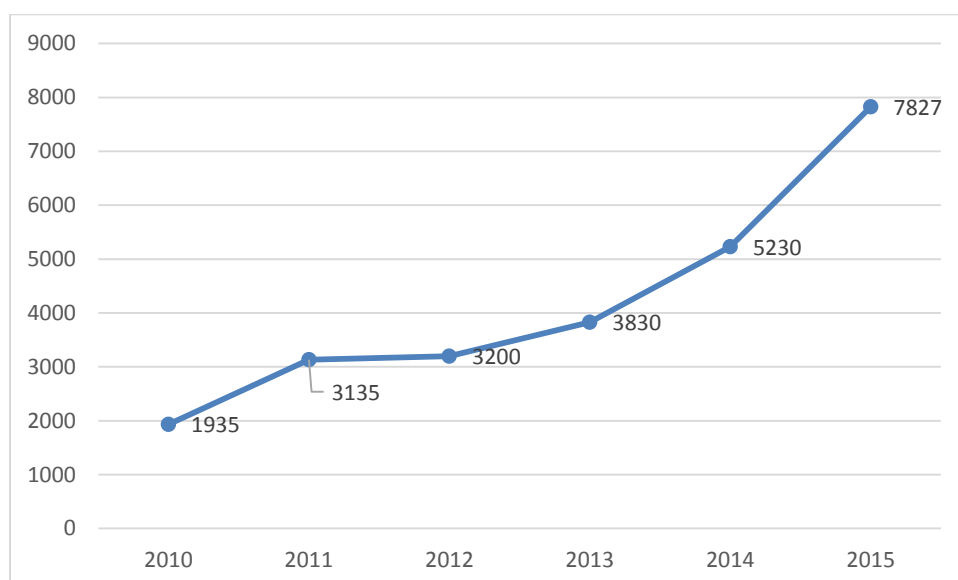


Figure de l'évolution des pochettes produites par l'ensemble des opérateurs du Stérifix, de 2011 à 2015 (Modus Vivendi – Projet DAMSI – 2016)

Comme nous le voyons dans la figure ci-dessous, les partenaires assurent un volume de production qui augmente d'années en années, mais qui est limité à leur « zone de travail ».



*Figure de l'évolution des pochettes produites par les partenaires du Stérifix, de 2010 à 2015
(Modus Vivendi – Projet DAMSI –2016)*

Selon une analyse menée en 2010¹⁴, le manque de financement de ce projet entraînerait à terme une désaffiliation des pharmaciens vendant ces pochettes et donc une désaffiliation des usagers.

Si l'on voit que les partenaires du Stérifix augmentent leur production depuis 2010, on a constaté une baisse dans le volume de production général de 2013 et 2015, du fait de l'arrêt momentané de la production par Modus Vivendi dû à un manque de financement adéquat

Depuis la relance opérée en septembre 2015 après environ 1 an et demi d'arrêt, Modus Vivendi constate effectivement une certaine baisse de la demande des pharmaciens. Le projet peine à être relancé. En cause, des difficultés de communication avec ces acteurs et une situation quelque peu paradoxale : la communication proactive vers les pharmacies relance leur intérêt qui se traduit par une augmentation des commandes, vu les faibles quantités qui peuvent être produites, les stocks sont alors rapidement épuisés, nous ne pouvons plus répondre aux nouvelles demandes, et l'intérêt retombe. Face à cette situation, le choix se pose sur une stratégie minimale de communication. Le serpent se mord la queue.

En 2016, Modus Vivendi a obtenu des subsides ponctuels¹⁵ de la part de la Région wallonne et de Bruxelles pour financer le Stérifix dans des quantités limitées.

Pour pallier à ces ressources incertaines, Modus Vivendi est en recherche de solutions alternatives qui permettrait au Stérifix d'être produit de manière « autofinancée », c'est-à-dire sans l'intervention des pouvoirs publics, en l'introduisant dans le circuit de la pharmacie, comme n'importe quel produit pharmaceutique. Ce virage devrait être amorcé en 2017. Affaire à suivre donc.

¹⁴ Analyse SWOT de la situation du Stérifix, Modus Vivendi 2010.

¹⁵ Subvention facultative et Initiative



Extrait de la brochure "Shooter Propre" – Modus Vivendi – Ed.2015.02

Quelle que soit la modalité d'accès au matériel d'injection (comptoirs d'échange ou Stérifix/pharmacie), pour que le Dispositif soit pleinement opérationnel, 4 étapes sont à organiser :

- 1° l'obtention du matériel via les différents services y donnant accès,
- 2° la distribution de ce matériel,
- 3° la récupération du matériel usagé et son comptage,
- 4° la destruction du matériel usagé.

Nous venons de voir (1°) comment les services s'organisent pour s'approvisionner en matériel stérile, (2°) ce à quoi ils donnent accès et où. Nous avons aussi abordé la manière dont cet accès s'organise via les pharmacies (1° et 2°).

Actuellement, les **pratiques de récupération et de comptage** du matériel usagé (3°) ne concernent que les « comptoirs d'échange de seringues ». Si ces pratiques sont connues (et dépendent notamment des modalités d'accès au matériel, voir infra), elles ne font néanmoins pas l'objet d'une coordination et ne sont pas homogènes, leurs organisations relèvent des spécificités de chaque service. Seule la récolte de données notamment sur les quantités de matériel diffusé est organisée une fois par an par Modus Vivendi (voir supra et tableau en début de section suivante). Néanmoins, Modus Vivendi se base pour ce faire sur les données produites par les services.

En ce qui concerne les **modes de destruction** (4°) plus spécifiquement, les pratiques relèvent exclusivement d'arrangements locaux voir micro-locaux, service par service et ne fait pas l'objet d'une coordination suprarégionale.

Dans le cas du Stérifix, en matière de **récolte, de comptage et de destruction** (3° et 4°) du matériel usagé aucune procédure n'a été prévue.

Le DAMSI est un dispositif d'accessibilité au matériel d'injection dans lequel aucun axe de récupération ni de destruction du matériel souillé potentiellement contaminé n'a été formalisé. Si le Dispositif agit dans un cadre de promotion de la santé et de lutte contre les épidémies du VIH et du VHC principalement, il manque bien un axe essentiel à cette action de santé publique.

Ce chapitre s'attache donc à présenter un état de la question de la récupération et de la destruction du matériel usagé au niveau des comptoirs d'échange de seringues.

A titre informatif, en 2014, l'asbl Transit qui gère l'un des trois comptoirs d'échange de seringues ouverts à tout usager, à Bruxelles, a réalisé une enquête sur les prises de risques de sa population consommatrice de drogues par injection.

29 personnes usagères de drogues par injection ont répondu à la question : *Que faites-vous de vos seringues usagées ?*

- ✓ 9/29 des personnes interrogées les échangent contre des seringues neuves (dans un comptoir d'échange de seringues) ;
- ✓ 6/29 les rapportent également dans un RESU¹⁶ ;
- ✓ 11/29 cassent l'aiguille par terre ou contre un mur ;
- ✓ 10/29 les jettent directement à la poubelle ;
- ✓ 2/29 les laissent à l'endroit où ils ont consommé.

4.1 MODALITÉS D'ACCÈS AU MATÉRIEL ET IMPACTS SUR LA RÉCUPÉRATION: LA NOTION D'ÉCHANGE

Conformément au cadre l'égal, les services organisant l'échange de seringues récupèrent des seringues usagées des usagers. Cette partie de leurs activités répond à l'objectif général n°2 du dispositif : *Réduire les risques de piqûres accidentelles en encourageant la récupération des seringues usagées.*

Les comptoirs d'échange de seringues récupèrent également une partie des seringues vendues en pharmacie, ce qui peut expliquer des pourcentages de récupération de plus de 100% (voir tableau).

¹⁶ Récupérateur extérieur de seringues usagées



Evolution du taux d'échange¹⁷ de seringues de 2000 à 2015 à Bruxelles et en Wallonie. (Modus Vivendi – Projet DAMSI – 2016)

Les usagers ont des stratégies d'élimination des seringues utilisées : elles peuvent être mises dans des bouteilles plastiques, ou dans des canettes. Une partie des seringues usagées se retrouvera malheureusement dans l'espace public. Face à cette situation certains services ont développé des **opérations de ramassage de seringues par des usagers** (voir infra). Une raison pouvant expliquer que le taux de seringues rendues par rapport aux seringues données soit inférieur à 100% est le fait que les usagers mettent en œuvre ces stratégies d'élimination.

Un autre facteur explicatif peut être la manière de donner (et d'échanger) les seringues. Les comptoirs d'échange de seringues peuvent avoir deux pratiques de travail, deux politiques différentes: l'échange dit « strict » et l'échange dit « à la demande ».

- a) L'échange strict : l'utilisateur va pouvoir recevoir un nombre de seringues qui est déterminé principalement par le nombre de seringues qu'il a préalablement rapporté dans le service. Généralement, il existe une fiche à son nom (ou à son pseudonyme ou code identifiant – voir supra) qui permet de l'identifier et de tenir une comptabilité de ce qu'il rapporte et reçoit. De manière générale, les services qui travaillent dans ce cadre ont aussi déterminé un maximum de seringues que l'utilisateur peut recevoir/échanger à chaque visite (par exemple, 100 maximum) ainsi qu'un nombre de seringues dit « acceptable » en cas d'urgence (nombre qui varie de 2 à 10).
- b) L'échange à la demande : le nombre de seringues qu'un usager va pouvoir recevoir est indépendant du nombre de seringues qu'il rapporte. Ces services n'ont pas eu à s'accorder sur un nombre de seringues à donner en cas d'urgence. Leurs stratégies de sensibilisation des usagers au fait de ramener des seringues usagées se font tout au long du travail social et ne sont pas basées comme pour l'échange strict sur le suivi d'une règle. Dans certains cas les ratios d'échange avoisinent les 100%, dans d'autres ils tournent autour des 60% ; la responsabilisation au fait de rapporter des seringues comme au fait de les éliminer proprement peuvent être deux voies d'actions dans ce contexte.

¹⁷ Le taux d'échange de seringues représente le nombre de seringues récupérées par rapport au nombre de seringues données.

Ces deux formes de mise en œuvre de la notion d'échange ont un impact sur la manière dont les seringues usagées vont être récupérées. A partir de ces deux pratiques, les stratégies d'encouragement des usagers à ramener des seringues usagées dans les comptoirs divergent quelque peu. De là, on peut identifier également des divergences quant aux perceptions que les professionnels ont des notions de responsabilisation et d'urgence (voir ci-dessous).

La mise en place de l'une ou l'autre de ces pratiques est orientée par l'interprétation de l'Arrêté Royal qui encadre l'échange de seringues :

Art. 3. L'offre en vente, la vente au détail et la délivrance des produits visés à l'article 1^{er} peuvent s'effectuer tout au plus au prix d'achat. **Sauf en cas d'urgence, la délivrance à titre gratuit de matériel stérile d'injection ne peut s'effectuer qu'en échange de matériel d'injection usagé**¹⁸.

Dans cet article, le législateur n'a défini (expressément ?) ni la notion d'urgence, ni la notion d'échange. Cette appréciation est donc laissée aux services qui pratiquent l'accès au matériel d'injection. Un échange signifie-t-il 1 seringue usagée contre 10 neuves (échange à la demande) ? Ou 1 seringue usagée contre 1 seringue neuve (un échange strict) ? Et si un usager n'a aucune seringue à échanger, quelle est la nature de l'urgence ? Lui donner 2 seringues répond-il à l'urgence ? Ou y-a-t-il urgence dès qu'il y a prise de risques ? Et dans ce cas-là, donner 30 seringues neuves en échange d'aucune seringue souillée se justifie-t-il comme une urgence ? Au final, les différents services feront une sorte d'exercice d'équilibriste entre les demandes des pouvoirs politiques dont ils relèvent, leurs interprétations du cadre légal, leurs conceptions de la RdR, leurs rapports aux usagers, l'existence ou non d'autres services à proximité...

¹⁸ 5 JUIN 2000. — Arrêté royal portant exécution de l'article 4, § 2, 6° de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales. Voir annexe.

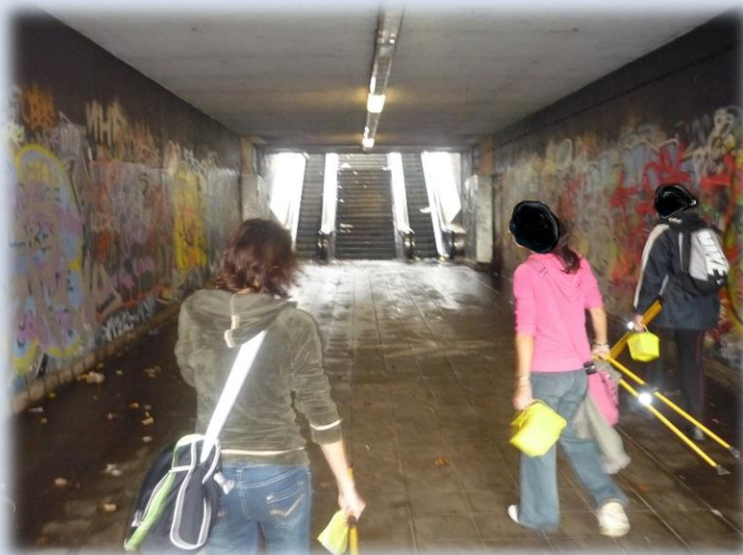
4.2 PROJETS DE RAMASSAGE DE SERINGUES USAGÉES



En 2015, après un rapide sondage réalisé à l'occasion de la rédaction de ce carnet, il ressort que 4 services sur les 10 services ayant répondu organisent des moments de ramassage avec ou sans les usagers.

Ce projet entre bien dans les objectifs de responsabilisation et de participation des usagers qui sont deux principes de l'action en RdR (voir focus en bas et supra). Le focus suivant permettra de rentrer plus en profondeur dans les détails de ce que recouvre ce type de projet, ses enjeux, ses impacts.

Petit focus sur le projet Récup', à Charleroi :



Usagers du Comptoir de Charleroi, lors d'une activité du projet Récup'

<http://www.lecomptoirdecharleroi.net>

Projet « Récupération des seringues usagées abandonnées »

Le projet Récup résulte d'un partenariat entre le Comptoir, le service Carolo Rue (équipe d'éducateurs de rue de la ville de Charleroi transférée depuis septembre 2014 au CPAS de Charleroi) et des usagers qui fréquentent

ces deux services. Ces dernières années, des gardiens de parkings du centre-ville collaborent également à la récupération des seringues abandonnées. Nous avons convenu de leur fournir des boîtes de récupération dans la mesure où ils souhaitent une réaction immédiate. [...]. Ce même mode de collaboration a été établi avec le gardien d'un site universitaire, l'espace culturel BPS 22 et le personnel d'entretien d'une école. Nous avons sensibilisé et informé ces collaborateurs des modes de récupération sans risque. Nous nous chargeons de récupérer les boîtes qu'ils remplissent pour en assurer la destruction, ce qui permet un contact régulier pour échanger sur les éventuelles difficultés rencontrées.

Cette année, nous avons recensé un total d'environ 40 lieux localisés au centre-ville et squattés par les usagers, dont une dizaine qui sont utilisés de manière récurrente. Les travaux de transformation et de rénovation entamés au centre-ville donnent naissance à de nouveaux squats, lorsqu'un bâtiment est complètement détruit, le squat disparaît pour très rapidement être remplacé par un autre. [...] Les conditions climatiques déterminent quelque peu les lieux utilisés par les usagers pour consommer : lorsqu'elles sont bonnes, les usagers consomment davantage à « l'air libre » (aux abords de certains parkings ou bouches de métro) et lorsqu'elles le sont moins, ils utilisent les entrées de bâtiments et les squats. [...]

Un total de 73 sorties (dont 43 assurées par le Comptoir) est recensé en 2014 pour réaliser le ramassage. Concrètement, ce résultat représente un peu plus d'une sortie assurée chaque semaine. [...] Le partenariat développé avec les éducateurs de rue permet de couvrir l'année sans interruption. De manière générale, les sorties des usagers volontaires sont encadrées par un professionnel.

Le public visé via ce projet est principalement constitué d'usagers, les plus marginalisés, qui utilisent des lieux privés ou publics comme espace de consommation, une partie d'entre eux étant confrontée à des difficultés d'accès au logement. [...] Au total, nous avons collaboré avec 23 usagers volontaires (18 pour le Comptoir) dont 15 nouveaux. Parmi eux, nous recensons 20 hommes et 3 femmes. Tous ont été préparés à réaliser les actions de ramassage. Notons toutefois que depuis deux ans, nous travaillons également avec des usagers capables de fonctionner de manière autonome et choisis parmi les anciens qui connaissent bien le projet.

L'ensemble des séances de ramassage ont permis de récupérer un total de 6.605 seringues. En 2013, ces séances permettaient de récupérer 8.025 seringues. Le mouvement à la baisse est sans doute lié au mouvement à la baisse également observée au niveau de la distribution de ce matériel cette année. À côté des seringues abandonnées, il n'est pas rare de trouver le matériel connexe (fioles d'eau, cotons, ...), lui aussi abandonné. Notons que ce matériel est également récupéré.

Les séances de ramassage donnent lieu à des contacts avec d'autres personnes sur les lieux de ramassage, très souvent des consommateurs. Ces contacts représentent l'occasion de sensibiliser ces consommateurs à la réduction des risques, de les informer sur le fonctionnement du dispositif d'échange de seringues, de récupérer leurs seringues usagées et de leur remettre du matériel stérile. Il s'agit de ne pas être intrusif, de ne pas les effrayer, ni de les surprendre, de ne pas les déranger et encore moins de les faire fuir. Les travailleurs sont généralement bien acceptés, même s'il est parfois utile que les jobistes fassent le relais et expliquent notre action. Lors des sorties, des contacts avec d'autres personnes sont également établis : des riverains, des gardiens de parking, des commerçants, des ouvriers communaux, des gardiens de la paix, des étudiants, des policiers ou encore des citoyens lambda. Lors de ces contacts, nous veillons à informer les personnes sur le projet et son utilité. [...]

Au-delà des objectifs préalablement définis et des résultats escomptés, nous observons que ce projet a un impact non négligeable, dans le sens où d'autres effets moins attendus se profilent et apportent un plus tant aux usagers volontaires qu'aux professionnels. Soulignons notamment :

- la reconnaissance accordée au projet par les différents acteurs qui, de près ou de loin, y participent et qui, à ce jour, ont une meilleure connaissance de nos services et des actions qu'ils développent,
- la majorité des usagers qui ont collaboré au projet est davantage sensibilisée à la problématique de l'abandon des seringues usagées. A ce titre, ils se montreront vigilants auprès des consommateurs qui le sont moins,
- les contacts établis avec les différentes personnes rencontrées lors des séances de ramassage ont souvent pour effet de valoriser les usagers volontaires, majoritairement sensibles à l'image qu'ils renvoient. Le plus souvent, ils sont félicités et encouragés pour la mission qu'ils réalisent et se sentent reconnus au travers des messages positifs qui leur sont exprimés. En parallèle, ces contacts permettent également de modifier le regard posé sur les usagers de drogues, généralement perçus comme des incapables. Leur implication dans le projet témoigne, en direct, du contraire,
- les contacts permettent de toucher des usagers qui ne fréquentent pas le dispositif de réduction des risques carolo. Ce travail d'approche est développé en vue de faire connaître notre service ainsi que les différentes offres de service locales, en fonction des situations rencontrées. Nous proposons systématiquement aux usagers rencontrés un passage dans nos permanences d'accueil, ce qui parfois permet de les intégrer dans notre programme,
- les séances de ramassage contribuent à réduire les risques de transmission des virus liés au phénomène d'abandon de seringues,
- le travail mené côte à côte durant les séances de ramassage permet une relation plus privilégiée entre l'utilisateur et le professionnel qui l'accompagne. Le premier profitera souvent de l'occasion et du contexte différent pour se dévoiler davantage au sujet de sa consommation, de son parcours de vie, de ses ennuis ou ses envies. Pour le second, ce sera l'occasion de découvrir d'autres facettes de l'utilisateur tout en veillant à aborder avec lui la question des risques.

L'évaluation du travail réalisé de manière autonome par les trois usagers volontaires a permis de mettre en évidence leurs capacités à s'inscrire dans un travail régulier et d'effectuer des tâches qui leur sont confiées avec les outils qui leur sont donnés. D'autres impacts positifs se dégagent de cette nouvelle méthodologie qui:

- permet de développer la capacité à s'organiser,
- accentue la responsabilité et l'implication des usagers,
- contribue à développer la confiance en soi et l'estime de soi,
- permet de développer et de valoriser des compétences,
- dégage du temps aux professionnels.

Extraits du Rapport d'activité 2014 de l'asbl le Comptoir à Charleroi

4.3 LES R.E.S.U (RÉCUPÉRATEURS EXTÉRIEURS DE SERINGUES USAGÉES)

Le projet RESU, qui date de 2006, est issu d'une collaboration entre le Centre Transit et la Coordination Locale Drogues Bruxelles. Modus Vivendi a également suivi ce projet en tentant d'en favoriser son implantation.

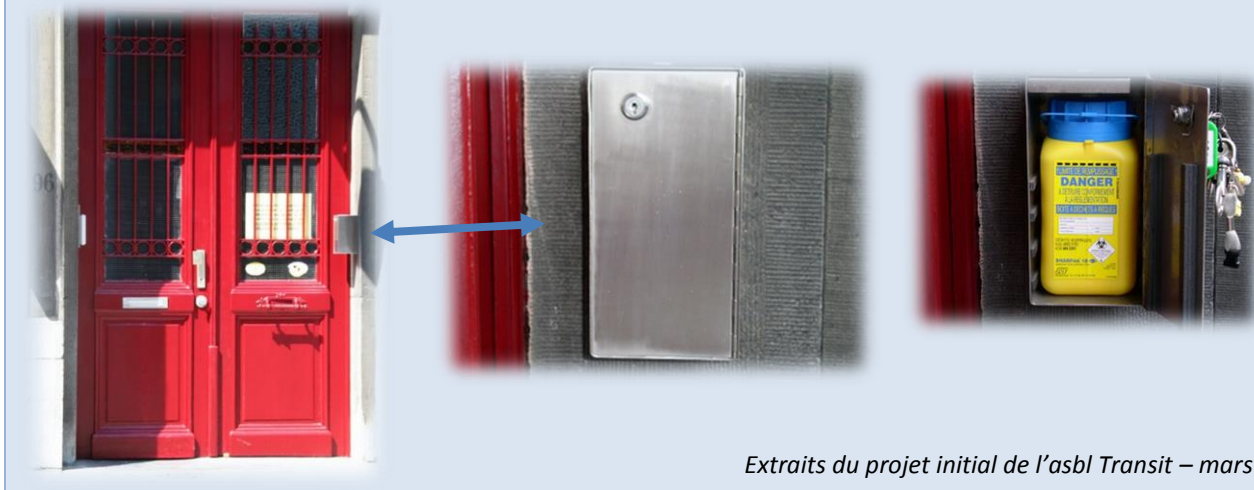
A l'heure actuelle, 8 RESU sont installés en Belgique francophone, dont 2 à Bruxelles et 6 à Charleroi. Le dispositif tournaisien étudie activement la possibilité d'en placer dans certains endroits identifiés du centre-ville, et ce à la demande de la Ville.

A l'origine du projet, différents constats et une asbl

En dépit de l'existence de comptoirs d'échange de seringues et d'autres dispositifs permettant la récupération du matériel usagé, force est de constater que du matériel d'injection utilisé par des usagers de drogues continue à être abandonné dans des lieux publics. Si besoin est, et à titre d'illustration, une enquête réalisée en 2002 par LAIRR¹⁹ auprès d'usagers injecteurs a indiqué que 30% d'entre eux se débarrassaient encore de leur matériel usagé sur leurs lieux de consommation. [...] Nous pensons qu'un changement comportemental sera plus vraisemblablement maintenu si des messages et des services de prévention appropriés et pertinents sont diffusés et offerts. La disponibilité et l'aisance d'accès à ces services sont essentielles. Cette **aisance d'accès n'est pourtant pas toujours effective**. Des services n'ont en effet qu'une **couverture géographique limitée**, ne propose pas la récupération de seringues ou encore ne sont pas accessibles en tout temps. [...]

En réponse à la problématique évoquée ci-avant, notre projet consiste à accentuer la récupération des seringues usagées en ayant recours pour ce faire à des dispositifs automatiques de récupération. L'implantation consisterait à fixer à proximité ou aux entrées des services communaux actifs en matière d'usage de drogues des R.E.S.U. (récupérateur extérieur de seringues usagées).

L'asbl Transit, [...] a déjà mis en place [...] un R.E.S.U. Concrètement, il s'agit d'une boîte métallique contenant un container de récupération de seringues. Le récupérateur est placé à l'entrée du centre Transit et est ainsi accessible 24h/24h. C'est un dispositif simple et efficace.



Extraits du projet initial de l'asbl Transit – mars 2006

¹⁹ Comptoir d'échange de seringues de l'asbl Transit

4.4 FINANCEMENT DE LA RÉCUPÉRATION ET DE LA DESTRUCTION DES SERINGUES USAGÉES

Comme cela a déjà été dit plus haut, il n'existe pas de pratiques coordonnées à l'échelle régionale, ni au sein d'une même ville, sauf à Liège. De manière générale, les comptoirs utilisent 4 modalités différentes de destruction de matériel :

- service de la ville,
- entreprise privée,
- collaboration avec un hôpital,
- collaboration avec une autre association.

Par ailleurs, aucun service ne reçoit de financement spécifique pour cette partie de ses actions. Pour un comptoir important²⁰ la destruction du matériel peut coûter 1200€ par an. A part pour les 5 comptoirs liégeois, lesquels bénéficient d'une coordination réalisée par la Ville de Liège pour le ramassage, l'ensemble des services assument seuls la recherche de solution pour la récupération et la destruction du matériel usagé.

5 AUTRES VOIES FAVORISANT L'ACCÈS AU MATÉRIEL D'INJECTION

Les bus d'échange de seringues, les bornes d'échange de seringues et les salles de consommation sont autant de manière d'assurer un accès au matériel d'injection et de compléter un dispositif de Réduction des Risques liés à l'usage de produits par injection. Ces dispositifs spécifiques répondent tous de manière particulière à la problématique commune que sont les risques pris par les consommateurs de drogues intraveineuse. En regard des pays voisins, ces stratégies sont très peu développées chez nous. La Belgique ne propose aucun programme d'échange de seringues en prison, au contraire de la Suisse, l'Espagne, l'Allemagne et du Luxembourg²¹, par exemple. Au moment de la rédaction de ce dossier, la Belgique ne compte aucun distributeur automatique de matériel stérile (au contraire de la France où l'on en retrouve dans plus de la moitié des départements), aucune Salle de Consommation à Moindre Risque, ni de dispositif d'envoi postal de matériel d'injection²² alors que cela se fait également en France dans 17 régions sur les 22 que compte le pays (hors zones outre-mer).

Cette section du carnet aborde les projets existants ou en cours de développement en Belgique actuellement.

5.1 OUTIL D'INFORMATION ET DE PROMOTION DU DISPOSITIF

Au besoin matériel, il convient d'ajouter la nécessité de diffusion et de production d'outils d'éducation à la santé et à l'utilisation du matériel donné, la promotion des services existants, la promotion de ces dispositifs et la réalisation d'évaluations²³... En un mot, il faut tenir compte de la nécessité de promotion des actions et de développement des connaissances nécessaires à la prise en main de la santé des personnes, par elles-mêmes.

²⁰ 74 981 seringues données en 4314 passages d'utilisateurs du service par an en 2014

²¹ <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>

²² <http://vih.org/20140901/safe-programme-dechange-seringues-voie-postale/67903>

²³ L'évaluation de l'impact des actions, notamment, en vue de les améliorer.

Sans les outils d'éducation à la santé et à l'utilisation du matériel donné (par exemple), comment inviter les consommateurs de drogues par intraveineuse à utiliser pleinement les dispositifs et matériels existants? Sans de tels outils, sans publicisation des services existants, il n'est ni possible d'influencer positivement les comportements de prise de risques, ni de limiter efficacement la propagation des épidémies du VIH et du VHC ou encore d'agir sur la morbidité de cette population. Sans ces outils, les objectifs premiers - pour lesquels les dispositifs de Réduction de Risques sont financés - ne peuvent donc être atteints.

Pour répondre à ces besoins d'information, beaucoup d'associations publient des brochures diverses et variées. Modus Vivendi publie des brochures et outils qui combinent tous une information sur les services existants et de l'information de RdR. Ces outils sont tous produits en concertation avec des professionnels et sont validés et/ou évalués par des usagers.



Certains supports (comme le *Champ Propre*) sont des outils « de consommation » en tant que tels. Le Champ - en plus d'une marche à suivre pour réduire les risques liés à l'injection et d'autres conseils de RdR qui s'y trouvent - constitue en effet une surface propre sur laquelle une injection peut être préparée. Cela vise à réduire la présence de bactéries et de particules lors de la préparation de l'injection. Notons que cet outil est unique à notre connaissance.



Le « Shooter propre » est une brochure d'information plus complète qui détaille, étape par étape, les moments de la préparation d'une injection et d'une injection. Les grands risques liés à chaque étape sont décrits avec un lien vers une explication théorique basique. Cet outil est destiné tant aux professionnels qu'aux usagers. Les uns y trouvent un outil de support aux explications qu'ils pourront donner lors des échanges avec les usagers. Les autres y trouvent une information plus complète et rédigée selon les règles de la communication en alphabétisation en santé.



Enfin, le « semainier des comptoirs d'échange de seringues » est un outil qui se présente sous forme de carte reprenant les services accessibles en Belgique francophone et détaillant les offres de services par institutions.

Il existe également d'autres brochures et outils sur des sujets variés (produites par Modus Vivendi comme par ses partenaires ou d'autres associations) qui entendent participer à l'amélioration de la santé des personnes par l'information : brochures produits (médicaments, héroïne, cocaïne,) ABC des Hépatites, flyers Repères, les ITS...²⁴

²⁴ Nombre de ces outils sont disponibles sur <http://modusvivendi-be.org> et <http://www.ida-fr.be>

Améliorer l'accès au matériel d'injection passe aussi par le renforcement des acteurs de terrains qui seront alors encore plus outillés pour dispenser des conseils de RdR et promouvoir l'usage du matériel. Ce renforcement se traduit notamment par: la formation et l'intervision, la concertation, l'échange de pratiques.

Il existe évidemment un grand nombre de formations pertinentes pour les travailleurs de ces secteurs, qui sont également souvent impliqués dans différents réseaux et activités. Cependant, il nous semble que peu de réunions et aucune formation abordent directement la Réduction des Risques liés à l'injection et aux pratiques professionnelles œuvrant dans ce sens. Par ailleurs, en ce qui concerne les espaces de concertation, de manière générale, ils sont plutôt investis par les personnes occupant des postes de coordination que par les travailleurs de terrain.

Modus Vivendi tente de répondre à ces situations en organisant des moments de rencontres et d'échanges, ainsi que des formations adaptées.

En 2011, lors de différentes réunions « Super seringues » (réunion de concertation des acteurs de l'échange de seringues), un manque d'informations concrètes chez certains travailleurs des comptoirs en matière de conseils pratiques liés à l'injection et au matériel d'injection a été constaté. D'autre part, il semble qu'à les entendre, tous les professionnels ne soient pas à l'aise avec la pratique de l'injection. Certains ne se sentent pas légitimes en matière de conseils de RdR, estimant qu'ils sont moins experts que les usagers qu'ils côtoient.

En 2012/2013 la première formation de Réduction des Risques liés à l'injection à destination des professionnels de terrain a été créée et testée. Elle est régulièrement donnée depuis 2014.

L'objectif spécifique est : Améliorer l'accompagnement des usagers de drogues par voie intraveineuse par les professionnels de première ligne en vue de réduire les risques liés à l'injection (HIV, HNC, overdoses, infections bactériennes, etc.)

Les objectifs opérationnels sont :

- améliorer les compétences des acteurs en lien avec la problématique de la consommation de drogues par injection sur ce sujet,
- travailler à démystifier et déstigmatiser l'injection auprès des professionnels,
- augmenter le sentiment de légitimité des professionnels et leur aisance dans le dialogue avec des usagers afin de faciliter la formulation de conseils de RdR adaptés à leurs réalités.

En mars 2016, 140 professionnels issus de 21 institutions différentes avaient été formés. Les professionnels se disent satisfaits de la formation. Beaucoup y trouvent des outils concrets qui d'après eux leur permettront de répondre à diverses situations qu'ils rencontrent au quotidien. De plus, ces formations mélangent généralement des professionnels venus d'institutions différentes provenant de diverses villes et/ou régions. Les temps de discussions et les animations permettent aux professionnels de croiser leurs expériences et de partager des points de vue sur leurs réalités de travail.

Le nombre de demandes pour ce type de formation ne fait que croître, ainsi que la diversité des institutions et services intéressés. Il semblerait également que le fait qu'une équipe ait été formée dans son ensemble impacte positivement les pratiques. Les travailleurs dotés d'un socle théorique et pratique commun continuent de se renforcer mutuellement et de développer leurs actions.

5.3 SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE (SCMR)

Le premier centre d'injection supervisé est né à Bern (Suisse) en 1986. La question est actuellement en débat public en France, le Sénat vient d'ailleurs de donner son accord. L'Allemagne, les Pays-Bas, l'Espagne, le Luxembourg, la Norvège, l'Australie et le Canada se sont déjà dotés de telles salles. En 2014, l'International Harm Reduction Association (IHRA) comptait 88 salles de consommation en activité dans le monde réparti dans plus de 8 pays²⁵.

Définition des Salles de Consommation à Moindre Risques selon Global Platform for Drugs Consumption rooms²⁶

Les SCMR sont des centres dans lesquels les usagers de drogues confirmés sont autorisés à consommer leurs drogues dans de bonnes conditions d'hygiène, sous la surveillance d'un personnel qualifié et sans la crainte de l'arrestation. [...] Les SCMR constituent des services hautement spécialisés intégrés dans un réseau plus vaste de services de santé proposés aux consommateurs de drogues. Les SCMR se fondent sur le consensus et la coopération active entre les professionnels dans le domaine de la santé, la police, les autorités locales et les communautés locales. Les différents rapports scientifiques mettent en évidence que les SCMR parviennent à établir un contact avec un groupe hautement problématique de consommateurs de drogues et à promouvoir l'accès de ceux-ci à des soins de santé primaires dont ils ont grandement besoin ainsi qu'aux services sociaux et de traitement. Le taux de morbidité et les risques de mortalité, ainsi que la nuisance suscitée par la consommation de drogues en public, sont réduits grâce à l'accès des consommateurs de drogues à un matériel d'injection propre et à un environnement surveillé.

Salle de Consommation de Genève « Quai 9 »



²⁵ <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>

²⁶ <http://www.salledaconsommation.fr/index.html>



Cette carte est également issue du site web de Global Platform for Drug Consumption Rooms. On y retrouve un outil interactif de localisation²⁷. Les SCMR revêtent différentes formes selon les pays qui les mettent en place. Pour plus d'information, nous vous invitons à consulter les références en notes de bas de pages²⁸.

En Belgique, différentes associations ont entamé un travail de concertation et de sensibilisation pour le développement de Salles de Consommation à Moindre Risque, et cela tant à Bruxelles qu'en Wallonie. Ces associations se sont réunies pour déposer ensemble un plaidoyer via la Plate-forme de RdR. Depuis mars 2013, plus de 50 associations et groupement d'associations à Bruxelles et en Wallonie ont signé cet appel.

²⁷ <http://www.salledeconsommation.fr/adress.html>

²⁸ L'Euro HRN a publié en 2014, le rapport « Drug consumption rooms in Europe Models, best practice and challenges » disponible ici http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/dcr_in_europe.pdf. Voici un autre lien intéressant pour un tour d'horizon des problématiques soulevées par les salles de consommation à moindre risque : http://controverses.sciences-po.fr/cours/salle_shoot_10/

Extrait de l'argumentaire « Appel à soutenir l'ouverture de salles de consommation à moindre risque (SCMR) en Belgique 29 »

Les programmes de Réduction des Risques (RdR) s'inscrivent dans une démarche pragmatique de santé publique. Ils visent avant tout à prévenir ou à limiter les dommages liés à l'utilisation de produits psychoactifs chez les usagers de drogues.

La RdR se décline en une palette d'interventions : programme d'échange de seringues, traitement de substitution, travail de proximité, intervention en milieu festif, intervention en prison... Des actions qui visent la consommation à moindre risque et la diminution de la consommation mais qui peuvent également devenir une porte d'entrée vers les soins et le sevrage. La RdR s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale mais également de reconnaissance de la citoyenneté des usagers de drogues. La question des drogues n'échappe pas à la crise sociale, économique et culturelle. Elle se répercute d'autant plus fort sur les usagers les plus vulnérables, notamment sur cette minorité d'usagers marginalisés qui vit dans le milieu de la rue, en totale rupture de liens, sans couverture sociale, sans revenus, sans logement... On assiste dès lors à une augmentation et à une plus grande visibilité de la consommation par intraveineuse dans les espaces publics.

Même si les actions de RdR à ce jour développées dans le milieu de la rue s'avèrent pertinentes, elles souffrent toujours de l'absence d'une réelle vision politique de la RdR et, a fortiori, d'un soutien financier adéquat. Par ailleurs, ces actions ne rencontrent pas complètement les nouveaux besoins qui apparaissent avec le renforcement d'un mouvement de « dislocation sociale ».

C'est pour tenter de répondre à cette évolution que des professionnels de la santé et intervenants sociaux réfléchissent à la mise en place, en Belgique, de salles de consommation à moindre risque (SCMR).

Ces salles de consommation existent depuis de nombreuses années dans divers pays européens (Allemagne, Suisse, Espagne, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège,...) ainsi qu'au Canada et en Australie.

Elles se déclinent sous différents « modèles », chacun résultant d'une réalité et de besoins locaux. Toutes ont pour objectif commun de répondre à des enjeux de santé publique et d'aide aux usagers, de manière à préserver leur dignité et dans le sens d'une solution complémentaire aux dispositifs de RdR et de soins existants.

Les expériences étrangères montrent :

- Des impacts bénéfiques au niveau de la santé publique : réductions des overdoses, de la mortalité, des comportements à risques en matière de transmission de l'hépatite C et du VIH, augmentation de l'accès aux soins (traitement de substitution, sevrage, accès aux soins primaires),
- Une réduction des coûts sociaux : baisse de la petite délinquance, baisse des prises en charge des traitements hépatite C et VIH, réaffiliation sociale des usagers les plus précarisés,
- Des impacts bénéfiques au niveau de la sécurité : réduction des nuisances liées à l'usage de drogues dans l'espace public, résorption des « scènes ouvertes », diminution du nombre de seringues usagées dans l'espace public

²⁹ <http://reductiondesrisques.be/appel-scrm-belgique/>

A l'heure où se rédige ce carnet et depuis quelques années, des acteurs associatifs et politiques des villes de Bruxelles, Charleroi, Liège, Gent et Anvers sont en travail sur ce dossier et cherchent à le concrétiser. A titre d'exemple des actions entreprises, en décembre 2013 le Bourgmestre de Liège a déposé deux projets de loi. L'un visant la reconnaissance légale de salles de consommation à moindre risque. L'autre cherchant la reconnaissance du traitement assisté par héroïne pharmaceutique. En mars 2015, l'avis de la commission tombe. Sur le site de la Plateforme de RdR, une carte blanche³⁰ signée par une trentaine d'association à Bruxelles et en Wallonie et publiée dans la Libre Belgique est relayée.

Salle de Consommation : les Pays-Bas consolident, la France avance et la Belgique... bloque ?

Publié le 27 avril 2015 par AJ

Après un **accueil très réservé à la proposition de loi**, introduite par Willy Demeyer, visant à créer un cadre légal pour permettre la mise en route de salles de consommation à moindre risque et permettre de dispenser des traitements de substitution à la diacétylmorphine (TADAM), la majorité parlementaire a demandé que la Commission Santé de la Chambre rende un avis avant de se prononcer sur cette proposition de loi.

Une trentaine d'acteurs du secteur de la toxicomanie, dont la FEDITO BXL, a publié une **carte blanche** dans la Libre Belgique le 25 avril 2015, **appelant le gouvernement fédéral à dépasser ses craintes et préjugés et de mettre en place une politique basée sur les résultats scientifiques, dans un ensemble cohérents de mesures.**

En 2016, un nouvel appel est lancé par certains acteurs politiques, cette fois par la région de Bruxelles-Capitale mais les réactions des instances fédérales se montrent réticentes à tout changement de la loi de 1921 qui reste un frein pour ce projet.

Affaire à suivre...

³⁰ <http://reductiondesrisques.be/salle-de-consommation-les-pays-bas-consolident-la-france-avance-et-la-belgique-bloque/>

5.4 AERLI

L'**AERLI** (*Accompagnement et éducation aux risques liés à l'injection*) est une approche éducative, individuelle, théorique et pratique à destination des usagers de drogues par injection.

Depuis 2013, ce projet est officiellement développé en France par Médecins du Monde, AIDES³¹ et Gaïa Paris principalement. Il est mis en œuvre par différentes associations de terrain sur l'ensemble du territoire. Il a fait l'objet d'une recherche et d'une évaluation réalisée par l'Agence Nationale française de recherche sur le Sida.

³² Résultats généraux de la recherche AERLI

Les sessions d'accompagnement ont été réalisées sur une période de 12 mois auprès de 113 usagers de drogue par voie intraveineuse, répartis sur 8 centres en France ; 127 autres usagers répartis dans 9 autres centres ont constitué le groupe témoin de l'étude. On observe parmi les usagers qui ont bénéficié d'AERLI :

- Une diminution de plus de 40 % en 6 mois des pratiques à risque de contamination et de transmission infectieuse (VIH et VHC)
- Une diminution de plus de 40 % en 12 mois des complications observées sur les points d'injection (abcès, infection...)
- En une année, le dispositif d'accompagnement a su faire évoluer les pratiques des usagers vers une réduction remarquable des risques infectieux et des dommages.

«En comparaison avec le groupe témoin, nous observons un effet majeur de l'éducation par les pairs sur les pratiques à risque de transmission infectieuse », commente Patrizia Carrieri (Inserm U912).

« C'est d'autant plus intéressant qu'une grande partie de ces injecteurs de drogues reste en marge du système de soins.» Ce type d'intervention présente deux autres intérêts : son coût est peu élevé et il est facile à mettre en place dans les structures d'accueil et de soins des consommateurs de drogues par voie intraveineuse.

«Cet essai démontre aussi la pertinence des démarches de santé communautaire, y compris dans le domaine de la recherche, car le modèle d'intervention testé ici est directement issu des pratiques d'accompagnement par les pairs propres aux associations [...]

Propos récoltés par les experts suite aux résultats de la Recherche ANRS³³

En mai 2014, le BELSPO et la FEDITO BXL ont organisé une journée d'étude destinée à questionner la pertinence et les modalités de l'inscription d'un tel protocole de recherche dans les dispositifs de soins et de Réduction des Risques dans le contexte belge actuel : pratiques de soins intégrés, place de la RdR dans la politique drogue, innovation en santé publique, émancipation des personnes, approche pragmatique du soin... Quelles sont les limites, les enjeux, les opportunités de développer un tel projet ?

Suite à cette journée, une dizaine d'associations émanant des trois régions ont démarré un groupe de travail coordonné par Modus Vivendi, dans l'objectif de voir se développer cette pratique sur le territoire.

³¹ AIDES est la première association française de lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales en France et l'une des plus importantes au niveau européen. <http://www.aides.org/association/aides-en-quelques-mots>

³² Les résultats de la recherche ANRS AERLI peuvent être demandés par mail via le site web du [Crips \(Médiathèque des Centres régionaux d'information et de prévention du sida en France\)](#)

³³ <http://vih.org/20140731/etude-aerli-laccompagnement-linjection-prouve-son-efficacite-reduction-risques-transmission>

Au départ de Bruxelles, Liège et puis Charleroi, en 20 ans, plus de 20 services d'accès au matériel stérile se sont développés, dans les grandes villes francophones du pays et dans différentes provinces.

Nous l'avons vu, en Belgique actuellement les usagers ont deux modes d'accès au matériel d'injection, les services de 1^{ère} ligne (comptoirs et autres types de services) et les pharmacies. Différents acteurs sont impliqués dans l'organisation effective de l'accessibilité au matériel : travailleurs sociaux, infirmiers, observatoire, unions pharmaceutiques, maison médicales, ... accès dans des services fixes, en rue, via des camionnettes, échange à la demande, ou stricte... Nous avons également envisagé les autres actions qui permettent de développer l'accès au matériel d'injection, qu'elles existent en Belgique (formation des professionnels) qu'elles soient en réflexion (Salles de Consommation à Moindre risque), ou carrément inexistantes (envoi de matériel par la poste). Penchons-nous à présent sur la manière dont le DAMSI s'insère dans la politique plus large de lutte contre les épidémies du sida et de l'hépatite C principalement. Car si le dispositif d'accès au matériel stérile d'injection répond à des problématiques socio-sanitaires c'est principalement dans le cadre de cette lutte contre les épidémies qu'il a été financé.

6.1 INJECTION ET MALADIES INFECTIEUSES (VIH/SIDA, VHC...)

« On observe depuis le début des années 90 (ce qui coïncide avec le développement des stratégies de RdR en Belgique) une diminution quasi continue du pourcentage d'infection au VIH apparemment lié à l'injection de drogue par voie intraveineuse.³⁴» Même si ce n'est pas le seul facteur de diminution de la prévalence du VIH, car les causes de cette diminution sont multiples, les stratégies de RdR semblent avoir porté leurs fruits³⁵.

Parallèlement, *« l'usage de drogues par voie intraveineuse reste encore actuellement le facteur de risque principal de contraction du VHC (virus de l'hépatite C)³⁶ »* *« La prévalence actuelle du VHC au sein de la population consommatrice de drogues par voie intraveineuse varierait de 47 à 85% selon les études³⁷ »*. En 2013, l'étude nationale Drug-Related Infectious Diseases financée par le SPF santé réalisée sur un échantillon de 180 personnes recrutées parmi les Maisons Socio-Sanitaire de Belgique, ayant consommé par injection au moins une fois au cours des 12 derniers mois, rapportait que 43.3% des répondants étaient porteurs du VHC. Cette étude montre également que parmi les 144 personnes qui ont eu recours à l'injection au cours des 30 derniers jours, durant cette période, 42.3% avait partagé du matériel connexe et 14.2% une seringue³⁸.

Le virus de l'hépatite C résiste plusieurs jours à l'air libre et a un pouvoir contaminant bien plus élevé que celui du VIH. Par conséquent, si le partage de seringues est une source de contamination, le partage du matériel associé (cuillère, filtre, coton, eau) l'est également. Il est donc indispensable que pour chaque seringue utilisée, l'ensemble du matériel connexe soit également stérile. Cette pratique, appelée communément « 1 pour 1 »,

³⁴ L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles, rapport 2015, asbl Eurotox, Bruxelles, 2016, p. 94.

³⁵ Idem.

³⁶ L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles, rapport 2015, asbl Eurotox, Bruxelles, 2016, p. 95

³⁷ L'usage de drogues en Communauté française, Rapport Communauté française 2010, asbl Eurotox, Bruxelles, 2011, p. 98.

³⁸ L'usage de drogues en Communauté française, Rapport Communauté française 2015, asbl Eurotox, Bruxelles, 2016, pp. 97 et 98.

nécessite d'informer les usagers, de leur donner non seulement des seringues mais aussi l'ensemble du matériel stérile ainsi que de les accompagner dans leurs pratiques d'injection.

Force est de constater qu'aujourd'hui, malgré l'existence de services d'accès au matériel de consommation, l'injection continue de jouer un rôle central dans la transmission des épidémies virales comme l'hépatite C. Quant à la transmission du VIH/sida, en Europe, sur base des cas connus et documentés, 8% des contaminations sont dues à une consommation de drogues par injection³⁹. Pourquoi ?

Pour penser l'impact des dispositifs d'accès au matériel stérile d'injection dans les luttes contre des épidémies virales, on peut tenir compte de plusieurs facteurs :

- ✓ l'accessibilité même : en termes géographiques, d'horaires, l'existence de modalités d'accès complémentaires : bornes, comptoirs, dispositifs mobiles, salles de consommation), de quantité, de qualité et de diversité de matériel donné, liée aux financements des programmes et à l'existence ou non de réglementation facilitant le développement de ces programmes ;
- ✓ les maladies infectieuses en question : mode de contamination, résistance à l'air libre... (voir supra);
- ✓ les pratiques des consommateurs : partage de matériel connexe, pratiques sexuelles, croyance, désinfection, connaissance des risques et application des connaissances, conditions dans lesquelles se passe la consommation (en rue, en appartement...);
- ✓ les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs : déterminants des comportements de santé (connaissances, aptitudes, capacités...), prises de risques, accès au système de soins et aux traitements de substitution, durée des périodes de consommation, âge d'entrée dans la consommation, traitement de substitution accessibles et réguliers...
- ✓ Etc.

Abordons la question au départ de l'accessibilité au matériel stérile d'injection, puisque c'est le sujet qui nous intéresse ici. Penchons-nous plus précisément sur l'accessibilité au matériel d'injection au départ de la couverture géographique.

6.2 L'ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE AU MATÉRIEL D'INJECTION

Comme on l'a vu, la couverture des services au niveau régional peut paraître importante dans certaines villes. Par exemple, on retrouve 6 services d'accès au matériel dans la ville de Liège. Mais parallèlement, de grandes zones sont vides, on ne retrouve aucun service dans le Brabant-Wallon, et dans la province du Luxembourg aucun service ne couvre la zone de 30 km entre Arlon et Virton. Les usagers d'Athus – petite ville frontalière de 7 500 habitants dont 20% de chômeurs (population à risques car plus fragilisée) – se rendent principalement au Grand-Duché du Luxembourg pour obtenir du matériel. Dans ces circonstances, combien de fois une même seringue risque d'être partagée et réutilisée ? Quelles réponses apporter à ces zones non couvertes et comment répondre aux besoins des personnes ?

A présent si l'on regarde la géographie au sein d'une même ville, toutes les zones à risques ne sont pas desservies. A Bruxelles, une scène de consommation ouverte est apparue, sur la commune de Molenbeek. C'est aussi le cas dans le centre-ville. Cette zone ne dispose d'aucun service d'échange de seringues. Pour pallier ce

³⁹ http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_EN_TDAT15001ENN.pdf p. 54

manque, un service mobile s’y déplace, il s’agit d’une camionnette gérée par les asbl Dune et Transit. Dans la province du Luxembourg le centre d’Action Laïque a également opté pour cette solution et se déplace à la demande des personnes.

On le voit, les services complémentaires sont une solution au manque d’accessibilité géographique et viennent améliorer le maillage associatif. Or, s’il existe différents moyens pour pallier une couverture géographique insuffisante – comme les bornes d’échange de seringues, les camionnettes ou bus d’échange de seringues ou l’envoi de matériel comme cela se fait en France – aujourd’hui ces solutions sont peu développées en Belgique. On ne retrouve que des services mobiles du type camionnette (3 pour la Belgique francophone) ou des travailleurs de rue (environ une équipe par grande ville). Ajoutons à ces faits l’inexistence d’autres stratégies d’intervention comme les Salles de Consommation à Moindre Risque, ou l’Accompagnement et l’Education au Risques Liés à l’Injection (voir supra). Pourquoi ?

6.3 BESOINS D’UN DÉVELOPPEMENT « TOP - DOWN » DU DAMSI

Au départ, le Dispositif d’Accès au Matériel Stérile d’Injection s’est développé par le bas via une association d’usagers, des asbl, hors cadre légal. Pour rappel, les premiers comptoirs d’échange de seringues naissent 5 ans avant le cadre légal. Parallèlement, on ressent souvent le besoin d’un développement « par le haut » ; dans une approche « top-down ».

On constate souvent un manque de moyens structurels alloués au DAMSI, et une certaine frilosité quant aux initiatives qui pourraient être prises par les pouvoirs publics, même si le sujet reste néanmoins toujours à l’agenda, comme la réflexion sur les Salles de Consommation à Moindre Risque amorcée en région bruxelloise soutenu par des acteurs bruxellois et wallons, le projet TADAM⁴⁰ développé à Liège, ou encore une réflexion menée sur les Bornes d’Echanges de Seringues à Bruxelles.

Les difficultés liées à une hétérogénéité des pouvoirs publics ayant ces matières dans leurs compétences, ou encore les mécanismes de financement du matériel stérile d’injection et des institutions peuvent expliquer aussi une forme de lenteur dans le développement du DAMSI et de ses outils. Précision ici que si les traitements contre l’hépatite C relèvent des compétences fédérales, la promotion de la santé est régionalisée. Ce qui coûte aux uns serait rentable pour les autres...

Enfin, la RdR n’est **pas encore un pilier officiellement reconnu de la politique drogues**. En Belgique, cette politique reconnaît trois piliers, trois grandes stratégies d’interventions : la prévention, l’assistance/le traitement et la sécurité. En France, la RdR est le quatrième pilier reconnu de la politique drogues depuis 2004 et depuis 1994/1995 en Suisse⁴¹. On peut relever ici une forte réactivité de la part de la Suisse et de la France dans un second temps. En Suisse, les premiers programmes d’échange de seringues se développent à Berne et à Zurich à la fin des années 1980. En Belgique, les premiers services d’échange de seringues naissent dans le milieu des années 1990. Comme on l’a vu, le premier texte encadrant cette pratique date de 2000 et touche spécifiquement au monopole qu’avaient les pharmaciens sur le droit de distribution des seringues. Le cadre législatif général lui n’est pas encore adapté.

⁴⁰ TADAM : Projet pilote de « Traitement Assisté par Diacétylmorphine » réalisé entre 2007 et 2013 à Liège. Voir site ULg pour les résultats de l’évaluation: https://www.ulg.ac.be/cms/c_3626258/fr/projet-tadam-conclusions-scientifiques-et-recommandations

⁴¹ THE SWISS FOUR PILLARS POLICY: An Evolution From Local Experimentation to Federal Law; Jean-Félix Savary, Chris Hallam and Dave Bewley-Taylor ; THE BECKLEY FOUNDATION DRUG POLICY PROGRAMME; mai 2009; http://www.grea.ch/sites/default/files/Beckley_Briefing_18.pdf

A titre de comparaison, en Belgique toujours, la dépénalisation de la prescription de méthadone comme traitement de substitution aux opiacés (TSO) est réalisée en 1994 quand la reconnaissance légale de la pratique de TSO en Belgique a lieu en 2002⁴². Ces faits posent questions. Un certain manque de réactivité ? Une question de coordination entre pouvoirs publics ? Des choix de stratégie d'intervention basés plutôt sur la cure, le traitement, le soin et la répression ?

On le voit, l'impact de ce cadre législatif sur les développements de la RdR en général et du DAMSI plus particulièrement aura également un rôle sur les difficultés de développement des projets spécifiques et complémentaires, comme les Salles de Consommation à Moindre Risque, par exemple. A terme, c'est l'accessibilité au matériel d'injection qui n'est pas poussé au maximum. A partir de là, les résultats des dispositifs d'échange de seringues en termes d'impact sur la santé publique ne sont pas non plus poussés à leur maximum.

6.4 ACCESSIBILITÉ AU MATÉRIEL D'INJECTION ET IMPACT SUR LE VHC

On le sait, du point de vue sanitaire chaque moment de consommation est à risque de transmission du virus de l'hépatite C ou d'infections bactériennes pouvant entraîner des fameuses complications. Que peut-on dire de l'accessibilité au matériel d'injection en fonction des quantités de matériel distribués ?

En 2015, les 20 services actifs à Bruxelles et en Wallonie ont donné accès à 134 seringues par usager de service, par an. L'OMS considère qu'un programme pertinent donne accès à 200 seringues par an par personne consommatrice. Ce chiffre place la Belgique au côté de la France et de la Turquie⁴³. Selon l'International Harm Reduction (IHRA), cette couverture est particulièrement basse⁴⁴.

Au nombre de seringues données, nous pouvons ajouter le nombre de matériel connexe distribué par seringue. Comme on l'a vu, en 2015, en moyenne, 2 seringues puiseront du produit dans 1 stéricup. Et 2 seringues utiliseront ou réutiliseront 1 flapule d'eau.

Modus Vivendi et ses partenaires réalisent un travail de lobbying constant auprès des pouvoirs publics pour un refinancement structurel des services. Régulièrement des fonds ponctuels sont alloués aux différents services. Le cadre légal peine à être aménagé et un refinancement structurel n'a pas encore été obtenu.

Il est à présent connu que les stratégies actuelles d'enrayement de l'épidémie du VCH recommandent la combinaison de trois outils⁴⁵ : les programmes d'échange de seringues, les traitements de substitution aux

⁴² 20 ans de pratique des traitements de substitution aux opiacés en région Wallonne : Evaluation et perspectives ; Sébastien Alexandre ; Recherche Fédito Wallonne, 2010 ; p16

⁴³ A titre information, en Suisse, en 2014, 5 millions de seringues ont été distribuées. La même année en Belgique francophone 304 139 ont été distribuées. En 2011, 630 046 seringues ont été données en Flandre, dont 304 690 dans la seule ville d'Anvers. La même année, le dispositif actif en francophone a donné accès à 357 098 seringues.

⁴⁴ <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>, p59

⁴⁵ Cette stratégie appelée également « approche combinée » est régulièrement citée et étudiée. Lire à ce sujet, entre autres, le Reports 173B du KCE « Hépatite C: Dépistage et Prévention », 2012, page IV https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_173B_hepatitis_C.pdf, The Lancet – le SIDA chez les usagers de drogues – juin 2010. <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/time-to-act-french-20120113.pdf>, HepC Coalition, Désamorcer la bombe virale à retardement : dépister et traiter l'hépatite C Note de position pour la 67e Assemblée mondiale de la Santé, du 19 au 24 mai 2014, <http://hepcoalition.org/agir/outils-de-plaidoyer/article/desamorcer-la-bombe-virale-a?lang=en#nb7>

opiacés et le traitement (associé au dépistage). Ces outils doivent être fortement activés pour qu'ils puissent impacter concrètement les taux d'infection au sein de la population cible.

Les traitements de substitution et le matériel de consommation participent à diminuer le nombre de nouvelles infections. Parallèlement, le traitement diminue la prévalence. Une étude réalisée en 2013 à l'Université de Glasgow montre qu'en augmentant la couverture des programmes d'échange de seringues de 20%, on réduit de 30% les investissements nécessaires dans les traitements de l'hépatite C⁴⁶. Cette étude mentionne également la diminution des coûts à laquelle on pourrait s'attendre en termes d'amélioration de l'état de santé générale de cette population spécifique (diminution des abcès, et autres infections, par exemple).

Le dernier rapport disponible concernant les investissements publics dans la politique drogues relève que 0.24% des investissements sont destinés à la Réduction des Risques, quand 69.31% sont destinés à l'assistance et soins de santé et 20.32% à la sécurité⁴⁷.

En termes de coûts et d'investissements entre le soin et la RdR, en 2015, l'ensemble des comptoirs d'échange de seringues, actifs à Bruxelles et en Wallonie, ont distribué du matériel stérile d'injection pour un montant équivalant à 140.000€⁴⁸. En 2016, selon une enquête réalisée par nos soins durant la rédaction de ce dossier, les médicaments utilisés pour deux traitements de l'hépatite C, pour des personnes ex-consommatrices de drogues par injection, coûtent à l'INAMI 141 391.40€⁴⁹, soit 70 695,7€ par traitement. Cela fait 841 € par jour, pour trois comprimés. Un jour de matériel d'injection stérile pour un consommateur de drogues coûte environ 7€ à la Région Bruxelloise ou à la Région Wallonne, soit 120 fois moins⁵⁰. Il y aurait lieu de développer une politique publique articulée basée sur la Réduction des Risques aux côtés du soin et du traitement. Il y aurait également lieu de favoriser un développement de l'accès au matériel d'injection en quantité (plus de matériel) et en qualité (un matériel diversifié).

6.5 AMÉLIORER LA COUVERTURE DU DAMSI POUR ACCROITRE SES EFFETS

En 2010, dans sa note de politique économique pour améliorer le rapport coût/efficacité des systèmes de santé, l'OCDE déclarait que : « *Les pouvoirs publics sont préoccupés à la fois par l'état de santé de la population et par la soutenabilité budgétaire. S'il ne fait aucun doute qu'une population en meilleure santé est essentielle pour la prospérité de l'économie, serait-il possible d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé tout en jugulant*

⁴⁶ Combination interventions to prevent HCV transmission among people who inject drugs: modeling the impact of antiviral treatment, needle and syringe programs, and opiate substitution therapy, Martin NK1, Hickman M, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, Vickerman P. 2013, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722076/>

⁴⁷ La drogue en chiffres III – Freya Vander Laenen, Brice de Ruyver, Johan Christiaens, Delfine Lievens, BELSPO et KUL ; 2010 (données 2008)

⁴⁸ Calcul réalisé à partir des informations déclarées par les services concernant les quantités de matériel donné par les services bruxellois et wallons en 2015 et des prix du matériel d'injection disponible via la centrale d'achat du matériel stérile d'injection coordonné par Modus Vivendi, données Modus Vivendi 2016.

⁴⁹ Idem.

⁵⁰ Calcul réalisé sur base d'un entretien avec la liste des médicaments pris quotidiennement par un ex-usager de drogues par injection, et des données sur le prix payé par l'INAMI pour l'obtention de ces médicaments, en fonction des données du service Spécialités pharmaceutiques remboursables - Section Politique pharmaceutique de l'INAMI. Le traitement se compose comme suit : Sofosbuvir – comprimé de 400 mg - 1 comprimé par jour à 517,6475 € par comprimé + Simeprevir - 150 mg - 1 comprimé par jour à 315,7304 € par comprimé + Ribavirine - 200mg – 5 comprimés par jour à 1,6477€ par comprimé. Le coût du matériel d'injection quotidien pour un usager a été calculé sur base de 5 injections quotidiennes avec l'ensemble du matériel - seringue, tampon alcool, eau, cuillère, filtre tampon sec, acidifiant, outil info, données Modus Vivendi 2016.

la hausse des dépenses?»⁵¹ Nous répondons, oui, c'est possible ! Soutenir plus activement la politique de RdR constitue une option cohérente.

Comme le montre la figure suivante, plus le nombre de points d'accès au matériel stérile se développe plus le matériel d'injection est accessible. Les effets d'une politique de développement soutenu devraient donc se faire rapidement sentir (pour quiconque les évaluera...).

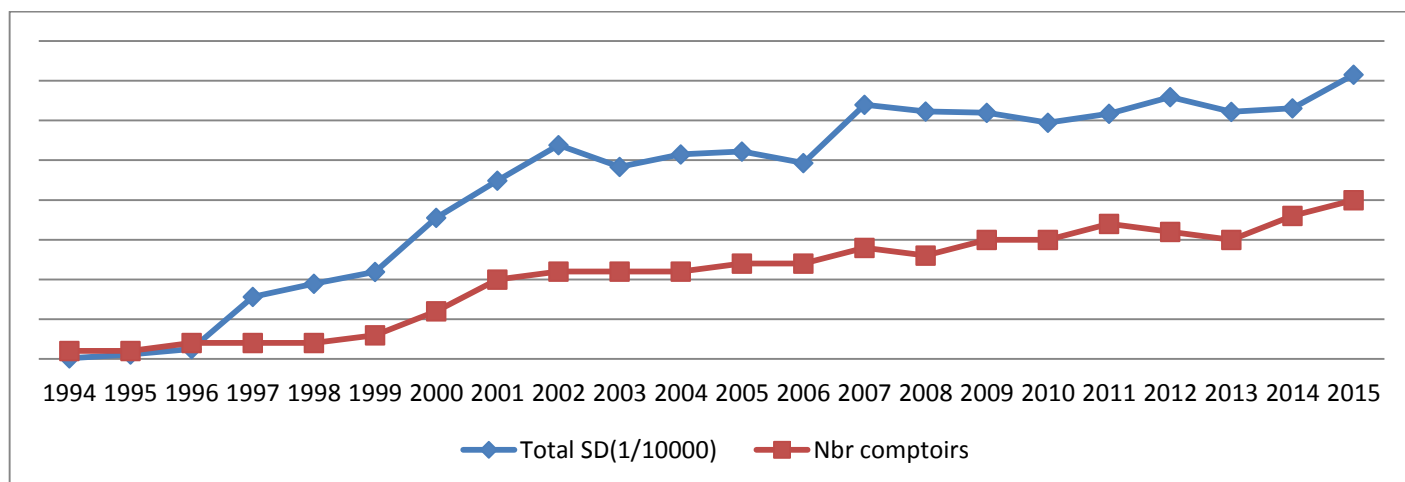


Figure de l'évolution du nombre de seringues données (SD) en lien avec l'évolution du nombre de comptoirs d'échange de seringues à Bruxelles et en Wallonie (Modus Vivendi – 2016)

Les associations de terrain, les coordinations locales dans le secteur social, santé, pharmaceutique, médical, les pouvoirs publics... font des efforts constants et certains pour mettre en œuvre le Dispositif et lui permettre d'agir. Les associations multiplient les efforts budgétaires, le bricolage financier, les groupes de travail, les actions de lobbying... Et si à notre connaissance peu d'études relèvent l'impact des services de premières lignes sur l'amélioration de l'état de santé des personnes en termes de diminution de la morbidité, la pratique quotidienne montre que ces services sont souvent la dernière (ou la première) porte d'entrée des usagers dans le système de soins.

Néanmoins, dans le contexte actuel que nous nous sommes attachés à décrire au long de ce chapitre, le DAMSI ne se déploie pas pleinement, son potentiel d'efficacité et d'efficience n'est pas atteint. **Après 20 ans d'existence et de travail acharné des acteurs de terrain, afin de pouvoir tenir leurs promesses en faveur des usagers de drogues par injection, et donc de la population générale, le DAMSI doit être mieux soutenu, développé, reconnu et refinancé de manière structurelle.**

"It is important that countries where injecting drug use occurs prioritize immediate implementation of needle and syringe programs and opioid substitution therapy"⁵². OMS – juillet 2014.

⁵¹ "Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé", OCDE Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, n°2, OCDE 2010, <https://www.oecd.org/fr/eco/croissance/49653347.pdf>, p.4

⁵² Il est important que les pays dans lesquels il y a de la consommation de drogues par injection, priorisent immédiatement l'implantation des programmes d'échange de seringues et de thérapies de substitution. Consolidated Guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, OMS, juillet 2014, p.24, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1

Centrale d'Achats : service organisé par Modus Vivendi pour les acteurs organisant l'accès au matériel stérile d'injection sur le territoire en Wallonie et à Bruxelles et qui assure la collectivisation des achats de matériel stérile d'injection, l'envoi, la facturation, le test de qualité du matériel, la remise d'avis sur la qualité du matériel,....

Clé de répartition : calcul annuel de répartition d'une somme d'argent (subside attribué par la Fédération Wallonie Bruxelles et ensuite la Wallonie et Bruxelles) destiné à soutenir les comptoirs d'échange de seringues pour l'achat de matériel d'injection. Le montant à répartir a été obtenu en 2008 suite à une action collective des comptoirs, coordonnée par Modus Vivendi.

CNK : numéro de Code National(a)(e) KodeNummer attribué (par l'Association Pharmaceutique Belge (APB)) à tous les médicaments, les produits parapharmaceutiques, le matériel médical et de soins, les produits homéopathiques, les produits phytothérapeutiques et les matières premières chimiques délivrées en pharmacie, à usage aussi bien humain, que vétérinaire ou phytopharmaceutique. [In « *Numéro de Code National et Code-barre* » Association Pharmaceutique Belge].

Comptoir d'échange de seringues : service psycho médicosocial dispensant du matériel stérile d'injection.

Grossistes répartiteurs : grossistes en pharmacie répartissant les produits pharmaceutiques (dont le Stérifix) dans les pharmacies.

Fiche PES : feuille de récolte annuelle de données quantitatives et qualitatives sur le matériel stérile diffusé par les comptoirs d'échange de seringues. PES est l'acronyme de Programme d'Echange de Seringues. Le nom de cette fiche n'a jamais été changé, il correspond à un terme utilisé par le passé mais de manière marginale en Belgique francophone.

Focus groupe : méthode qualitative de récolte de données selon une analyse interprétative, permettant de « *saisir toute la complexité psychosociale des problèmes de santé (représentations, attitudes et comportements)* ». [In « *Fiche méthodologique Février 2004, F.1.* » APES-ULg]

Jobiste : un des modes de participation des usagers de drogues dans les projets de Réduction des Risques passe par leur implication en tant que jobiste. Le terme « **jobisme** » fait référence à un boulot, un travail au sein duquel la mission d'information prime. Les usagers de drogues désireux de travailler dans un projet de RdR sont recrutés sur base de leur expertise en matière de consommation de drogues.

Super Centrale : réunion de concertation des partenaires bénéficiant de la clé de répartition finançant une partie du matériel stérile d'injection à Bruxelles et en Wallonie.

Super Seringues : réunion de concertation des comptoirs d'échange de seringue.

Super Stérifix : réunion de concertation des partenaires du Stérifix.

Stérifix : kit de prévention du sida et des hépatites combinant du matériel d'injection et de l'information écrite.

Stéricup : dispositif médical contenant un récipient stérile pour préparer la solution injectable, un filtre pour filtrer la solution avant injection et tampon sec poste-injection pour compresser le point d'injection après injection.

**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT**

[2000/22506] F. 2000 — 1588

5 JUIN 2000. — Arrêté royal portant exécution de l'article 4, § 2, 6° de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, notamment l'article 1 er *bis*, §§ 1 er et 3, inséré par la loi du 21 juin 1983 et modifié par la loi du 20 octobre 1998 et l'article 6, modifié par l'arrêté royal du 8 août 1997 et la loi du 20 octobre 1998; Vu l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales, notamment l'article 4, § 2, 6°, inséré par la loi du 17 novembre 1998; Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 31 janvier 1996; Vu l'avis du Conseil supérieur d'Hygiène public, donné le 2 mai 2000; Vu la délibération du Conseil des Ministres du 19 mars 1999 sur la demande d'avis à donner par le Conseil d'Etat dans un délai ne dépassant pas un mois; Vu l'avis du Conseil d'Etat, émis le 1 er juin 1999 en application de l'article 84, alinéa 1 er , 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat; Sur la proposition de Notre Ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil, Nous avons arrêté et arrêtons

Article 1 er. Le présent arrêté détermine les conditions et les modalités de l'offre en vente, la vente en détail et la délivrance, même à titre gratuit de matériel stérile d'injection, de désinfection et de pansement stérile par les personnes autorisées à cet effet par le présent arrêté. Les dispositions de l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatif aux dispositifs médicaux sont d'application au présent arrêté, à l'exclusion des dispositions de l'article 10, §§ 7, 9 et 10 de l'arrêté royal du 18 mars 1999 susmentionné.

Art. 2. Les personnes autorisées à procéder à l'offre en vente, la vente et la délivrance, même à titre gratuit, de matériel visé à l'article 1 er sont :

- soit les médecins;
- soit les infirmières, les psychologues, les paramédicaux et les travailleurs sociaux, pour autant qu'ils soient rattachés à titre professionnel à un centre spécialisé. On entend par centre spécialisé, toute structure reconnue ou subventionnée par l'autorité compétente et pouvant justifier d'une pratique de la prise en charge thérapeutique et de l'accompagnement social des usagers de drogues ou de la prévention des maladies transmissibles.

Art. 3. L'offre en vente, la vente au détail et la délivrance des produits visés à l'article 1 er peuvent s'effectuer tout au plus au prix d'achat. Sauf en cas d'urgence, la délivrance à titre gratuit de matériel stérile d'injection ne peut s'effectuer qu'en échange de matériel d'injection usagé.

Art. 4. L'offre en vente, la vente ou la délivrance même à titre gratuit de matériel stérile d'injection doivent être accompagnées d'une information **par écrit** concernant :

- le bon usage de ce matériel;
- l'existence et les indications des tests sérologiques;
- l'offre existante d'aide complémentaire sociale, psychologique, médicale et juridique.

Art. 5. Les personnes visées à l'article 2 doivent acquérir du matériel stérile, du désinfectant et des pansements stériles conformes à la réglementation en vigueur. En outre, elles sont tenues de s'approvisionner auprès des pharmaciens ou des distributeurs, commerçants en gros, importateurs et fabricants agréés par le Ministre de la Santé publique.

Le matériel acquis doit être conservé dans des conditions permettant le maintien de sa stérilité. Le matériel usagé récupéré doit être conservé dans des récipients prévus à cet effet et dans des conditions qui empêchent toute réutilisation ou accident.

Art. 6. Les personnes visées à l'article 2 sont tenues d'établir un registre mentionnant jour par jour :

- les quantités de matériel acquis;
- les quantités de matériel délivré ou vendu;
- les quantités de matériel d'injection usagé récupéré;
- l'identité des fournisseurs visés à l'article 5, alinéa 2;
- les prix d'achat et, le cas échéant, le prix de vente du matériel comme prévu à l'article 1^{er}.

Ce registre doit être tenu à la disposition de l'Inspection générale de la Pharmacie.

Art. 7. Notre Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 5 juin 2000.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre de la Protection de la consommation,
de la Santé publique et de l'Environnement,

Mme M. AELVOET

24030 BELGISCH STAATSBLAD — 07.07.2000 — MONITEUR BELGE

DÉFINITION

La réduction des risques est une stratégie de santé publique qui vise à prévenir les dommages liés à l'utilisation de « drogues⁵³».

Elle concerne tous les usages, qu'ils soient expérimentaux, récréatifs, ponctuels, abusifs ou inscrits dans une dépendance. La réduction des risques peut également s'adresser aux personnes qui s'appêtent à consommer une drogue pour la première fois. Les risques principalement associés aux drogues sont les risques de dépendance, de lésions somatiques et les risques psychosociaux. Ils peuvent avoir pour conséquences une morbidité, une mortalité et une exclusion sociale que ces stratégies visent à réduire.

Cette approche s'inscrit dans une démarche de promotion de la santé physique, mentale et sociale. La RdR se distingue de la prévention de l'usage et des traitements, dont elle se veut complémentaire. En effet si les traitements ont pour objectif un changement d'ordre sanitaire et / ou psychosocial, si la prévention a pour objectif de diminuer l'incidence de l'usage de drogues dans la population, la réduction des risques, quant à elle, a pour objet de réduire les risques et de prévenir les dommages que l'usage de drogues peut occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir d'en consommer.

ENJEUX DE LA RÉDUCTION DES RISQUES

Les épidémies du sida et des hépatites ont démontré qu'il était urgent d'aborder l'usage de drogues en termes de santé. En conséquence, la réduction des risques se propose de promouvoir la santé, le bien-être, la dignité et la citoyenneté des usagers de drogues. Cette approche socio-sanitaire de l'usage de drogues est parfois en tension avec d'autres enjeux, notamment sécuritaires.

LES CONSTATS

Une société sans drogues n'existe pas

On ne connaît pas d'exemple d'une seule société humaine qui n'ait pas eu recours à une drogue ou à un psychotrope quelconque. Il y a et il y aura toujours des personnes qui expérimentent, usent, voire abusent de drogues. Néanmoins l'usage abusif de masse semble être typique du monde contemporain, ce qui soulève des questions légitimes de santé publique. Ce constat, sans écarter le débat sur la causalité de l'usage et de l'abus de drogues, doit inspirer des stratégies de réduction de risques conçues dans une logique de santé publique.

Le risque zéro n'existe pas

Toutes les activités humaines comportent des risques qu'il est possible de réduire mais non de supprimer. La prise de risque fait partie intégrante de l'existence. Une vie sans risques est impossible. Personne ne peut s'y soustraire, ni l'usager de drogues, ni les intervenants.

La notion de risque est relative

Même s'ils adoptent certains comportements à risque (consommer une drogue, se l'injecter au risque de contracter une infection virale, s'exposer à une overdose...), les usagers de drogues ne sont pas prêts à tout

⁵³ Dans ce document, le terme « drogue » doit être entendu comme toute substance psychoactive, licite ou illicite, pouvant provoquer des dommages pour la santé mentale, physique et sociale, susceptible d'un usage abusif et pouvant ou non faire l'objet d'une dépendance.

risquer. La plupart des usagers de drogues témoignent d'un intérêt pour les modes de consommation à moindre risque.

La prohibition des drogues maximalise les risques

La prohibition contraint l'utilisateur de drogues à la clandestinité, créant ainsi les conditions d'une consommation risquée. Il faut donc prendre acte du fait qu'il est contre-productif de criminaliser les usagers de drogues. En effet, la prévention de l'usage de drogues ou l'assistance des usagers problématiques est entravée par cette criminalisation, qui a pour conséquence d'augmenter la marginalisation et la criminalisation dont souffrent déjà certains usagers de drogues.

Une information objective n'est pas incitatrice

Une information claire, crédible, objective et accessible sur les risques associés à l'usage de drogues n'a pas pour effet une incitation à l'usage de drogues quand elle s'adresse à des personnes en situation de consommation. Il en va de même pour la mise à disposition de moyens de consommer des drogues à moindres risques.

PRINCIPES D'INTERVENTION

Ne pas banaliser l'usage de drogues

La réduction des risques se préoccupe de ne pas banaliser le recours aux drogues.

Donner aux usagers de drogues les moyens de réduire les risques

La réduction des risques s'attache à rendre accessible l'information sur les risques liés aux consommations et les manières de les réduire et, au-delà, à procurer des outils pratiques tels que matériel stérile d'injection, préservatifs, analyse scientifique de substances, traitements de substitution, etc.

Encourager les prises de responsabilité des usagers de drogues

Les interventions de réduction des risques visent à permettre aux usagers de drogues de s'appropriier les moyens et outils de réduire les risques pour eux-mêmes, leur entourage et la société. Elles soutiennent la création et le développement d'associations d'auto-support.

Aller à la rencontre de l'utilisateur de drogues dans son milieu de vie

La rencontre des usagers de drogues est activement recherchée par les intervenants de réduction des risques. Ils privilégient l'approche « de proximité » c'est-à-dire l'intervention dans les lieux de vie mêmes des usagers de drogues, en rue, en prison, au travail, en milieu festif, etc.

Faire participer les usagers de drogues

Les interventions de réduction des risques se développent sur base de l'articulation entre le savoir scientifique, les connaissances tirées de l'expérience des usagers de drogues et leurs préoccupations. Ainsi, nous considérons comme essentiel le partenariat avec des usagers de drogues à tous les stades des interventions, depuis leur élaboration jusqu'à leur évaluation.

Faire évoluer les représentations sociales sur les usagers de drogues

L'utilisateur de drogues véhicule généralement une image négative, relayée, entretenue, amplifiée voire générée par certains médias et discours politiques: asocial, dangereux, hors-la-loi, malade, etc. Ces représentations sociales négatives entretiennent la stigmatisation et l'exclusion des usagers de drogues. Renforçant ainsi les pratiques clandestines de ces derniers, elles restreignent l'accessibilité aux dispositifs socio-sanitaires et donc

contribuent à augmenter les risques. Au défi de ces représentations sociales dominantes, la réduction des risques fait valoir la dignité des usagers de drogues tant auprès de publics spécifiques, tels que le monde politique, le monde associatif, les pharmaciens, les médecins..., qu'auprès du grand public.

Sensibiliser les professionnels de différents horizons aux interventions

Les interventions de réduction des risques visent à associer dans nos interventions toutes les personnes en contact ou susceptibles d'être en contact avec des usagers de drogues (pharmaciens, employés communaux, agents pénitentiaires, agents de protection de l'environnement, agents de police...).

Développer une réflexion et une évaluation constantes

La dimension expérimentale du champ de la réduction des risques et les questions éthiques qu'elle soulève imposent une évaluation constante des interventions, des pratiques et des besoins ainsi qu'une recherche sur les objectifs et les méthodes.

LES VALEURS

Reconnaître l'usager de drogues comme une personne à part entière

La réduction des risques reconnaît l'usager de drogues avant tout comme une personne, avec sa dignité, son humanité. L'usage de drogues et la prise de risques associée peuvent avoir un sens pour la personne, même si ce sens lui échappe.

Ne pas juger la consommation de drogues

En tant que professionnels de l'aide sociale et de la santé, nous respectons l'usager de drogues dans ses choix et décisions en ce qui concerne la consommation de drogues. Il ne nous appartient pas de poser un jugement moral sur la consommation des personnes.

Reconnaître des finalités propres à la réduction des risques

Les objectifs de la réduction des risques liés à l'usage des drogues, et en particulier la prévention du sida et des hépatites, ne doivent être confondus avec la prévention de l'usage de drogues. La prévention, le traitement et la réduction des risques concourent ensemble à la promotion de la santé de la population en général et des usagers de drogues en particulier. Pragmatique, la réduction des risques intervient auprès des usagers de drogues, à tous les stades de leur consommation, de ses pratiques et de son insertion sociale. Les objectifs de la réduction des risques ne sont pas subordonnés à ceux de l'abstinence, du traitement ou de la répression de la criminalité.

Affirmer le droit de l'usager de drogues à la participation sociale

En dépit du statut illégal de certains de ses comportements, comme tout individu, l'usager de drogues a droit à la participation sociale, à la santé, à l'éducation, au travail, au respect. Pour autant que les moyens leur en soient donnés, la plupart des usagers de drogues sont capables d'agir de manière responsable vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui, peuvent être acteurs de la société et de la réduction des risques liés à l'usage de drogues. Il n'y aurait, par exemple, pas d'échange de seringues sans la participation responsable des usagers de drogues.



Signez la Charte sur reductiondesrisques.be

- ✓ 20 ans de pratique des traitements de substitution aux opiacés en région Wallonne : Evaluation et perspectives ; Sébastien Alexandre ; Recherche Fédito Wallonne, 2010
- ✓ Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé, OCDE Département des Affaires Économiques, Note de politique économique, n°2, OCDE 2010, <https://www.oecd.org/fr/eco/croissance/49653347.pdf>,
- ✓ Combination interventions to prevent HCV transmission among people who inject drugs: modeling the impact of antiviral treatment, needle and syringe programs, and opiate substitution therapy, Martin NK1, Hickman M, Hutchinson SJ, Goldberg DJ, Vickerman P. 2013; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722076/>
- ✓ Consolidated Guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations, OMS, juillet 2014 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1
- ✓ Désamorcer la bombe virale à retardement : dépister et traiter l'hépatite C, HepC Coalition, Note de position pour la 67e Assemblée mondiale de la Santé, du 19 au 24 mai 2014. <http://hepcoalition.org/agir/outils-de-plaidoyer/article/desamorcer-la-bombe-virale-a?lang=en#nb7>
- ✓ Drug consumption rooms in Europe: Models, best practice and challenges, Euro HRN 2014. http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/dcr_in_europe.pdf.
- ✓ Hépatite C: Dépistage et Prévention, Reports 173B – KCE, Bruxelles, 2012. https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_173B_hepatitis_C.pdf
- ✓ La drogue en chiffres III – Freya Vander Laenen, Brice de Ruyver, Johan Christiaens, Delfine Lievens, BELSPO et KUL ; 2010 (données 2008)
- ✓ L'usage de drogues en Communauté française, Rapport Communauté française 2010, asbl Eurotox, Bruxelles, 2011
- ✓ L'usage de drogues en Wallonie et à Bruxelles, rapport 2015, asbl Eurotox, Bruxelles, 2016
- ✓ THE SWISS FOUR PILLARS POLICY: An Evolution From Local Experimentation to Federal Law; Jean-Félix Savary, Chris Hallam and Dave Bewley-Taylor ; THE BECKLEY FOUNDATION DRUG POLICY PROGRAMME; mai 2009; http://www.grea.ch/sites/default/files/Beckley_Briefing_18.pdf

AUTRES DOCUMENTS PROVENANT DE SITES DE RÉFÉRENCES ET SITE DE RÉFÉRENCES :

- ✓ AIDES : première association française de lutte contre le VIH/sida et les hépatites virales en France
<http://www.aides.org/association/aides-en-quelques-mots>
- ✓ EMCDDA : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_EN_TDAT15001ENN.pdf
- ✓ Forum mondial pour les Salles de Consommation à Moindre Risques
<http://www.salledeconsoommation.fr/index.html>
- ✓ IHRA : International Harm Reduction Association <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>
- ✓ Médiathèque des Centres régionaux d'information et de prévention du sida en France – CRIPS :
<http://mediatheque.lecrips.net/>
- ✓ Modus Vivendi: <http://www.modusvivendi-be.org/>
- ✓ Plate-forme RdR : <http://reductiondesrisques.be>
- ✓ Portail Drogues - Bibliothèque de références « drogues »: <http://www.ida-fr.be/doc>
- ✓ Programme d'échange de seringues par voie postale: asbl SAFE : <http://www.rdr-a-distance.info/>
- ✓ Université Libre de Liège- projet TADAM : https://www.ulg.ac.be/cms/c_3626258/fr/projet-tadam-conclusions-scientifiques-et-recommandations
- ✓ Université Science-Po, Paris - Salles de Consommation à Moindre Risque :
http://controverses.sciences-po.fr/cours/salle_shoot_10/
- ✓ The Lancet – le SIDA chez les usagers de drogues – juin 2010.
<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/time-to-act-french-20120113.pdf>
- ✓ Vih.org - Portail d'informations et de services communautaires au service des professionnels (médecins, chercheurs, institutions, associations) et des personnes atteintes du VIH, au Nord et au Sud: <http://vih.org/categorie/hepatites>
 - <http://vih.org/20140731/etude-aerli-laccompagnement-linjection-prouve-son-efficacite-reduction-risques-transmission>
 - <http://vih.org/20140901/safe-programme-dechange-seringues-voie-postale/67903>

Avec le soutien de

