



**Politique de réduction des risques : quelle efficacité
des programmes d'échange de seringues ?**

1^{ère} partie : état des lieux en Belgique.

**D. DOUMONT
A. DECCACHE**

A la demande et en collaboration
avec la Direction Générale de la Santé
et le Cabinet de la Ministre de la Culture,
de l'Audiovisuel, de la Santé et
de l'Égalité des chances.

**Juillet 2013
Réf. : 13 - 68**

Série de dossiers techniques



**FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES**

**Service Communautaire de Promotion de la Santé
avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

TABLE DES MATIERES

1° Introduction.....	2
2° Méthodologie.....	3
3° Situation en Belgique.....	4
3a. A propos du recueil des données	4
3b. Différentes sources de données	4
3c. Cadre légal et dispositif d'accès au matériel d'injection.....	6
3d. Données provenant des dispositifs d'accès au matériel d'injection.....	7
3e. Pratiques à risques	12
5° Conclusions.....	12
6° Bibliographie	14
7° Annexe : Enquête Echange de seringues 2013 (Windelinckx, 2013).....	14

Politique de réduction des risques :
Quelle efficacité des programmes d'échange de seringues ?
1^{ère} partie : état des lieux en Belgique

Dans de nombreux pays, les programmes d'échange de seringues sont un des éléments clefs de la politique de réduction des risques chez les usagers de drogues. Leur efficacité quant à la réduction de la propagation des maladies transmissibles par voie sanguine n'est plus à démontrer (principalement le VIH/SIDA, les hépatites virales B et C). En outre, certains programmes d'échange de seringues vont au-delà de la distribution et la mise à disposition de seringues en présentant d'autres effets bénéfiques comme par exemple l'établissement d'un contact entre une population cible difficilement accessible et des services sociaux et sanitaires (structure d'aide, cadre de soins, responsabilisation, etc.). Les modes opératoires de ces programmes et leur place dans l'offre globale de seringues sont cependant variables d'un pays à l'autre, voire d'une région à une autre.

En Belgique francophone, différentes associations comme par exemple Modus Vivendi travaillent sur le terrain. La Direction générale de la santé, tout comme notamment la Région wallonne ou la Commission communautaire française (COCOF), cofinance l'achat de matériel (seringues, Stérifix : kit de matériel stérile d'injection, etc.) ainsi que le travail de coordination de Modus Vivendi et de ses partenaires. A l'heure actuelle, 16 comptoirs d'échange de seringues existent en Fédération Wallonie-Bruxelles. Certaines pharmacies d'officine contribuent également à la distribution de matériel d'injection.

Le présent dossier vise d'une part à rassembler les données concernant l'usage de seringues (vision claire et objective de l'offre et de la demande : quantité suffisante de matériel d'injection stérile, couverture territoriale et régionale, participation des usagers, public vulnérable (migrants, femmes, jeunes, etc.), travail de réseau et de proximité, etc.) et d'autre part à identifier des projets/études (pays anglo-saxons et/ou européens) qui décrivent des expériences d'échange de seringues et qui ont pu faire la démonstration de leur utilité tant au niveau social, sanitaire et sécuritaire.

1° Introduction

Touzeau et Courty (2012) rappellent que dès 1924, les médecins anglais sont autorisés à prescrire des drogues aux toxicomanes qui sont incapables de s'abstenir et ce afin de limiter les effets secondaires de leur dépendance. Dans les années 1980, dans la ville de Liverpool, un programme voit le jour : le 'Mersey Harm Reduction Model'. Ce programme se concentre davantage sur les dommages causés par l'utilisation de substances illicites plutôt que sur la diminution de leurs usages. L'épidémie du VIH n'est pas étrangère à cette démarche (échange de seringues contaminées). Du matériel d'injection est ainsi distribué via des travailleurs sociaux qui 'vont vers les usagers' : dans un premier temps, ils se déplacent là où se trouvent les consommateurs de drogues et espèrent ainsi, dans un second temps, les orienter dans des structures médico-sociales. O'Hare (2007), cité par Touzeau et Courty (2012), signale que dans la région de Mersey (UK), le taux de contamination au VIH fut

¹ L'analyse des publications a été réalisée par C. Deccache, D. Doumont, C. Feulien, N. Mahieu, M. Morsa et S. Roussel.

inférieur à 5 % versus 20 % pour d'autres régions. Ce modèle de réduction des risques a par la suite été utilisé lors de l'apparition d'autres drogues comme l'ectasy. D'autres pays (Emmanuelli, 2004) comme les Pays-Bas (1984) ou l'Australie (1986) ont également travaillé précocement à la mise en œuvre de tels programmes.

Selon Maestracci (2010), dans les politiques de réduction des risques, deux catégories de pays se dégagent : d'une part, les pays comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Suisse, les pays nordiques ou l'Australie ont mis en place des mesures de réduction des risques dès l'apparition du sida en 1985; d'autre part, les autres pays comme notamment la France ou les Etats-Unis qui développent une approche quelque peu moralisante des questions d'addiction. Dans ce contexte, ce sont souvent les associations et les militants qui œuvrent à la mise en place de mesures de réduction des risques. Friedman et al. (2007), cités par Touzeau et Courty (2012), rappellent d'ailleurs que les premiers à prendre conscience du risque infectieux lié au virus du sida furent les toxicomanes eux-mêmes qui mirent en place, notamment dans l'état de New-York et aux Pays-Bas, des programmes d'échange de seringues 'officiels', en utilisant des seringues 'homemade' ainsi que du matériel d'injection généralement utilisé pour les patients diabétiques ; ceci de manière à éviter la propagation du virus.

Dans de nombreux pays, les programmes d'échange de seringue (PES) font désormais partie intégrante de la politique de réduction des risques auprès des usagers de drogues.

Les programmes d'échange de seringue (PES) sont « *des structures qui mettent à disposition des usagers de drogues injectables du matériel stérile (gratuitement ou non) dans le but de réduire la transmission des virus et autres infections liée au partage de matériel de consommation. Ils offrent également du matériel servant à préparer l'injection (filtres, eau, récipients pour le mélange) ou la consommation de drogues sans injection (pailles/pipes à crack, feuilles d'aluminium,...)* ». Cependant, ces programmes vont au-delà de cette mission première de 'distribution' : conseils sur les pratiques d'injection ou sur les manières d'éviter les surdoses ; information concernant l'accessibilité aux tests de dépistage et/ou aux préservatifs, aux structures de soins et aux services sociaux ; aides à l'arrêt de l'injection ou au passage vers une consommation sans injection, etc.

2° Méthodologie

Les recherches bibliographiques ont été menées sur les deux bases de données suivantes : Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé) et Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux). Divers sites Internet ont également été consultés. Les mots clés utilisés pour la recherche sont : consommation drogue, échange seringue, programme d'échange de seringues, injection, réduction des risques, réduction des méfaits, virus HIV, hépatite C.

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles retenus.

Ainsi, 27 documents sélectionnés sur base des abstracts et mots clés ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie et constituent ce dossier. La majorité d'entre eux datent des 5 dernières années, et sont publiés en langue française et anglaise. Les documents retenus concernent des expériences en Belgique, en Espagne, en France, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suisse, en Australie et au Canada.

Enfin, dans un souci de clarté, il a été décidé que ce dossier technique consacré aux programmes d'échange de seringues serait divisé en deux parties : une première partie (11 références bibliographiques ont été retenues) qui a pour objectif principal de fournir un aperçu général des 'pratiques' mises en place à l'échelle nationale et une seconde partie qui s'intéresse davantage aux expériences internationales.

3° Situation en Belgique

3a. A propos du recueil des données

Actuellement, il est difficile de fournir une estimation précise du pourcentage d'utilisateurs de drogue injectable (UDI) pour l'ensemble de la Belgique.

Sacré et al. (2010) rappellent qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas d'enquête de prévalence permettant d'estimer précisément le pourcentage d'usagers de drogue injectable dans les différentes villes belges. Alors que la prévalence concernant l'usage de produits comme l'alcool et le cannabis sont relativement bien documentés, seules des données parcellaires sont à notre disposition lorsqu'il s'agit de connaître les taux de prévalence de consommation de produits comme la cocaïne, les opiacés, les stimulants, etc.

Dans leur rapport Eurotox 2011-2012, Rwubu et Hogge confirment le constat émis par Sacré et al. (2010). Si les enquêtes de prévalence sur l'usage de drogues auprès des populations générales sont rares, elles sont quasi inexistantes lorsqu'elles concernent des populations plus spécifiques (exception faite pour le milieu scolaire). Dès lors, le recueil de données passe (également) par les organismes du secteur associatif. Des données, certes intéressantes, sont ainsi recueillies et permettent d'objectiver des situations d'usage de drogues, particulièrement auprès de public à risque. Cependant, l'absence de méthodes rigoureuses d'échantillonnage et de modes de récoltes de données (peu - voire non standardisés) ainsi que l'utilisation d'outils de récoltes non validés nécessitent que l'on interprète les données recueillies avec prudence.

3b. Différentes sources de données

[L'enquête de santé par interview](#) (Health Interview Survey - HIS) menée tous les 4 ans par l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP) auprès de la population belge (15 - 64 ans) a pour objectif d'estimer l'état de santé de la population générale en Belgique.

Si depuis 2001, les questions concernant l'usage du cannabis sont bien présentes dans l'enquête de santé et donc bien documentées, les questions relatives à la consommation de produits comme la cocaïne, les amphétamines, l'héroïne, la méthadone ou l'ectasy n'y sont incluses que depuis 2008.

De plus, Sacré et al. (2010) signalent que ces indicateurs de consommation « *restent relativement grossiers et faiblement informatifs, parce que la seule question qui est posée est celle de savoir si la personne a consommé au moins une fois un de ces produits au cours des 12 derniers mois, mais aussi parce que l'ISSP présente des statistiques regroupées par types de produits* ». Toujours selon les auteurs, aucune donnée n'est disponible concernant la prévalence de consommation récente (c'est-à-dire au cours du dernier mois) ni l'âge de la première consommation ou encore la fréquence d'usage des produits consommés (cocaïne, amphétamines, méthadone, ectasy, héroïne). Signalons également que les enquêtes de santé ne concernent pas les populations marginalisées, bien souvent hors d'atteinte des sondages mais potentiellement consommatrices de drogues. Enfin, toujours selon les auteurs, les pratiques d'injection restant encore stigmatisées et marginalisées, il est donc difficile de tenter une estimation du nombre réel d'injecteurs sur un territoire donné.

Selon Deprez et al. (2011), le taux de prévalence (pour les habitants, âgés de 15 à 64 ans) d'utilisateurs de drogues injectables est estimé à 1,2 pour mille (95 % CI : 0,78 – 1,90), pour l'année 2010 et le nombre total de consommateurs en Belgique pour cette même année est estimé à 8,796 (95 % CI : 5,717 – 13,583).

Selon la dernière enquête de santé (HIS) réalisée en 2008 (n=11.026, 15-64 ans), la prévalence de l'usage récent d'une drogue illicite autre que le cannabis (au moins une consommation au cours des 12 derniers mois) concerne 1,5 % de la population belge âgée de 15 à 64 ans, les tranches d'âge les plus concernées étant celles des 25-34 ans (3,5 %) et des 15-24 ans (2,8 %). *'Si l'on envisage l'usage récent par produit, il apparaît que ces autres drogues illicites (cocaïne, amphétamines/ecstasy, opiacés, autres produits) ont chacune été consommées par moins de 1 % de la population belge au cours des 12 derniers mois. Notons que ces indicateurs de prévalence de consommation des autres drogues illicites que le cannabis sont également plus élevés en Région bruxelloise que dans les autres régions du pays'*. Cette plus grande consommation pourrait être liée, selon les enquêteurs, à une plus grande accessibilité et/ou proximité du produit, voire à l'influence de la culture urbaine.

Tableau 6 : Prévalence de consommation des autres drogues illicites par région en 2008. Enquête HIS 2008

	Wallonie	Bruxelles	Flandre	Belgique
Prévalence vie (tout produit)	3,5 %	6,0 %	3,7 %	3,8 %
15-24 ans	4,2 %	4,4 %	4,8 %	4,6 %
25-34 ans	7,4 %	9,2 %	10,1 %	9,2 %
35-44 ans	3,7 %	8,7 %	3,0 %	3,8 %
45-54 ans	1,5 %	2,9 %	0,6 %	1,0 %
55-64 ans	0,9 %	1,3 %	1,1 %	1,1 %
Prévalence 12 derniers mois (tout produit)	1,3 %	2,2 %	1,6 %	1,5 %
15-24 ans	2,3 %	3,2 %	3,0 %	2,8 %
25-34 ans	2,7 %	3,3 %	4,1 %	3,5 %
35-44 ans	0,9 %	2,5 %	1,2 %	1,2 %
45-54 ans	0,7 %	0,9 %	0,0 %	0,3 %
55-64 ans	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
Cocaïne	/	/	/	0,9 %
Amphétamines	/	/	/	0,9 %
Opiacés	/	/	/	0,2 %
Autre produit	/	/	/	0,3 %

Source : Gisle, 2010

in Rapport 2011-2012 – Eurotox, L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles (Rwubu & Hogge).

NB : comme précisé plus haut, ces chiffres ne concernent que la consommation d'au moins 1 fois durant les 12 mois précédents.

Les estimations de prévalence d'UDI (usagers de drogues injectables) varient selon les pays européens d'un cas à cinq cas pour mille chez les personnes âgées de 15 à 64 ans (OEDT, 2009, cité par Sacré et al. (2010)).

Des indicateurs objectifs permettent d'établir une approximation comme par exemple le TDI (Treatment Demand Indicator) : enregistrement annuel des demandes de traitement relatives à un problème d'abus ou de dépendance à une drogue illégale (dans le cadre du monitoring initié par l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies – OEDT). Selon Eurotox (Rwubu et al. (2009), cités par Sacré et al. (2010), en ce qui concerne la partie francophone du pays, les opiacés sont à l'origine de la moitié des admissions observées en 2007 alors que la cocaïne concerne 13 % des admissions. Les données relevant des traitements de substitution aux opiacés (méthadone) et du milieu carcéral belge permettent également d'obtenir des informations complémentaires. Enfin, les données provenant des opérations Boules de Neige (BdN), des activités réalisées en milieu festif ou via les dispositifs d'accès au matériel d'injection mis en place renseignent également les différents intervenants (détails voir plus loin).

[Les enquêtes HBSC](#) (Health Behaviour in School-aged Children), centrées sur les populations scolarisées âgées de 12 à 20 ans, contiennent également un volet consacré aux assuétudes et permettent ainsi d'obtenir des informations sur les conduites de consommation des adolescents (principalement le cannabis et l'ectasy). Lors de la dernière enquête HBSC 2010, les usagers hebdomadaires (au cours des 30 derniers jours) de cannabis, d'ectasy, ou d'un autre psychotrope (opiacés, LSD, amphétamines, etc.) se retrouvent plus souvent parmi les jeunes (15-16 ans & 17-18 ans) qui manquent les cours au moins une fois par trimestre et/ou qui sortent plus de deux fois par semaine et/ou qui n'apprécient pas trop le milieu scolaire et/ou qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours de la dernière année et/ou qui se sont bagarrés. Chez les 17-18 ans, l'usage hebdomadaire de cannabis est souvent associé à une insatisfaction scolaire alors que l'usage plus récent d'ectasy ou d'une autre substance illicite (Speed, coke, etc.) est associé au sentiment de mal-être. Ces enquêtes apportent un éclairage spécifique et précoce sur les usages précoces des adolescents en matière d'assuétudes (âge de la première expérimentation, usages réguliers et/ou récents, etc.)

3c. Cadre légal et dispositif d'accès au matériel d'injection

Jusqu'en 2000, l'échange de seringues et de matériel stérile d'injection relevait uniquement du fait des officines (pharmaceutiques). En dehors de ces structures, il était interdit de vendre, voire de distribuer du matériel d'injection. Les acteurs du dispositif d'échange de seringues, évoluant donc dans un vide juridique, ont fait valoir les risques d'épidémie (VIH) pour lever 'juridiquement cette interdiction'. (Sacré et al. 2010). Le 5 juin 2000, un nouvel arrêté royal met fin à ce flou juridique. Cet arrêté, qui entre en vigueur le 11 juin 2005, stipule que les médecins, infirmières, psychologues, paramédicaux et travailleurs sociaux sont autorisés à dispenser du matériel d'injection, à condition qu'ils puissent être identifiés à un organisme spécialisé en matière d'assuétudes ou de prévention de maladies transmissibles. Ce décret insiste également (sauf en cas d'urgence !) sur la nécessité de ne dispenser gratuitement ce matériel d'injection que dans le cadre précis d'un échange du matériel usagé. Enfin, la délivrance du matériel d'injection doit s'accompagner d'informations concernant tant le bon usage du matériel que l'existence de tests de dépistage (HIV, hépatite) ainsi que l'existence de service d'aide socio-sanitaire. (Sacré et al. 2010).

- En communauté flamande, le programme d'échange de seringues qui a démarré en 2001 est soutenu par un coordinateur régional et cinq coordinateurs provinciaux (un par province) et collabore avec les centres médico-sociaux pour usagers de drogues (MSOCs). Le coordinateur provincial construit un réseau de professionnels de santé et de pharmaciens qui le soutiennent dans la distribution du matériel d'injection. (Deprez et al. 2011).
- En communauté française, le programme d'échange de seringues (et donc l'apparition des premiers comptoirs d'échange) a été coordonné par Modus Vivendi depuis 1994. Cependant en 2008, une réorganisation s'est imposée et depuis le matériel d'injection est proposé via 16 sites officiels de distribution répartis sur le territoire et des services mobiles dans des villes comme Bruxelles, Charleroi, Dinant, Arlon, Namur, Liège et Ciney. 10 autres structures/services distribuent du matériel d'injection. Enfin, un réseau de pharmaciens contribue au projet Stérifix en proposant au prix de 0,5 euro des pochettes contenant 2 seringues, 2 cuillères, des tampons alcoolisés, deux fioles d'eau stérile injectable et des conseils/informations concernant la réduction des risques. (Deprez et al. 2011).

Des disparités existent entre le Nord et le Sud tant au niveau de l'organisation des acteurs à l'échelon provincial et local qu'au niveau du nombre d'autorités compétentes en matière de drogue. En effet, en Flandre une seule autorité est compétente dans cette matière (communauté et région ne font qu'un) alors que dans le sud du pays, Région Wallonne et Fédération Wallonie-Bruxelles ont chacune d'entre elles des compétences diverses.

Ce dispositif d'accessibilité au matériel d'injection se doit de répondre aux quatre objectifs suivants :

- 1) augmenter l'accessibilité au matériel d'injection et réduire les risques d'infection (VIH, hépatites, etc.) ;
- 2) réduire les risques de piqûres accidentelles par des non-consommateurs en encourageant les usagers à échanger leurs seringues usagées, à utiliser les RESU (récupérateur extérieur de seringues usagées), voire à récupérer le matériel souillé en participant à des séances de ramassage dans les lieux de consommation les plus fréquentés ;
- 3) entrer en contact avec les usagers afin de créer des 'lien' autres que ceux entretenus dans la rue ;
- 4) sensibiliser les usagers par rapport aux infections et leurs modes de transmission. (Rapport Eurotox, 2011-2012).

'Ce dispositif vise à réduire les risques liés à l'injection en accordant un rôle actif aux consommateurs dans ce processus. Les comptoirs d'échange sont également des lieux de relais d'éventuelles demandes de prise en charge sociale, psychologique ou médicale. Ils sont un lieu d'écoute et d'échange accessible aux horaires souvent décalés des usagers (exemple : 18h-21h).

Afin de veiller à réduire les risques liés à la consommation de drogues par injection, les comptoirs d'échange de seringues mettent à la disposition des usagers des conseils de réduction des risques, du matériel stérile, des préservatifs, des informations sur le SIDA et les hépatites, sur les drogues ainsi que sur les substances en circulation qui pourraient être plus particulièrement dangereuses. Dans certains comptoirs, un(e) infirmier(e) est disponible afin de dispenser des soins de base et de sensibiliser les usagers à une méthode d'injection moins dommageable pour la santé. Dans d'autres comptoirs, un médecin est présent ponctuellement pour des consultations et/ou pour effectuer des tests de dépistage. Plus généralement, les comptoirs cherchent aussi à promouvoir des modes de consommation alternatifs et moins dangereux pour la santé que l'injection en intraveineuse (ex : en sniff ou en fumette)'. 'Eurotox 2011/2012).

3d. Données provenant des dispositifs d'accès au matériel d'injection

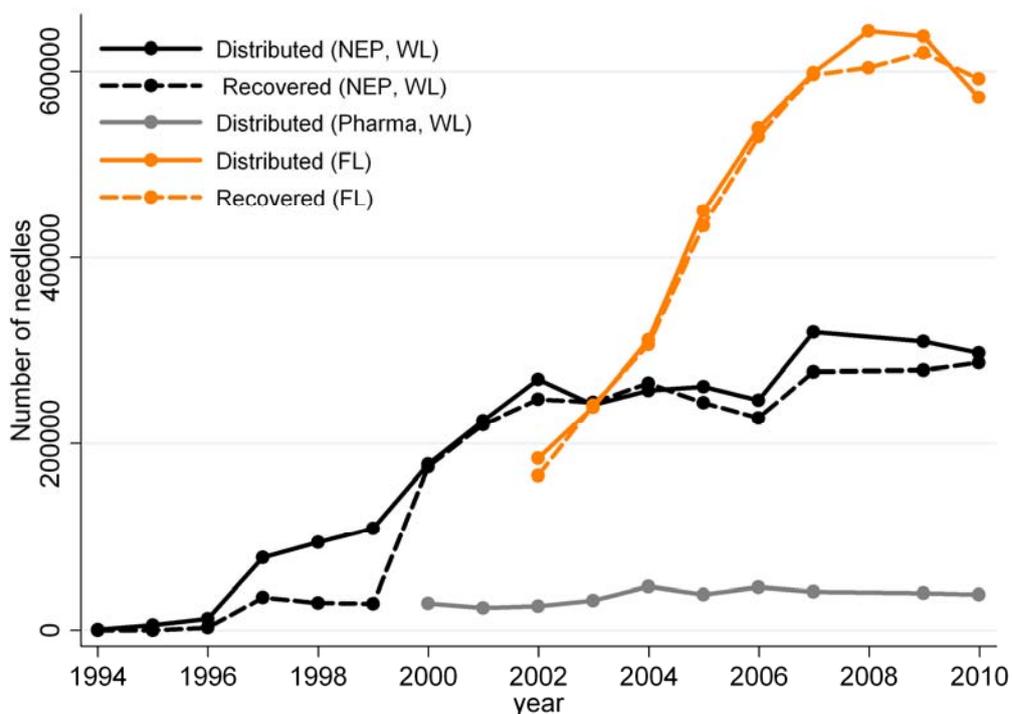
En **Flandre**, **571.825 seringues** ont été **distribuées** en 2010² et **592.123** ont été **récupérées** (taux de récupération s'élevant à 103,6 %), in Windelinckx et Bosschaerts (2011), cités par Deprez et al. (2011). **16.115 contacts** ont également été établis lors de la distribution de matériel d'injection. On assiste donc à une distribution mensuelle de près de 47.000 seringues stériles en Flandre mais ce qui est également important aux yeux de la coordinatrice du projet 'Sputenruil Vlaanderen' Tessa Windelinckx (2011), c'est le nombre élevé de seringues récupérées. Ce taux important pourrait s'expliquer d'une part par le fait que les consommateurs rapportent des seringues provenant d'autres sources d'approvisionnement (par exemple, les pharmacies) mais d'autre part du fait que les usagers de drogues injectables prennent conscience de leur part de responsabilité dans le cadre de la réduction des risques. Enfin, toujours selon Windelinckx (2011), une certaine 'flexibilité' dans la distribution du matériel (nombre de seringues octroyées dans le cadre d'un échange) pourrait être à l'origine d'un taux de retour plus important.

En **Fédération Wallonie-Bruxelles**, une **distribution de 297.260 seringues** a été réalisée grâce aux sites fixes officiellement reconnus et aux unités mobiles. **286.866 seringues** ont été **récupérées** (taux de récupération s'élevant à 96,5 %), in Casero et al. (2010), cités par Deprez et al. (2011). Cependant, si le nombre de seringues fournies aux différentes pharmacies participant au projet Stérifix est connu

² Signalons que dans le cadre du programme 'Sputenruil Vlaanderen', des données précises sont enregistrées pour chaque province (taux de distribution, taux de récupération, contacts établis) et des comparaisons peuvent donc être établies entre chacune d'entre elles.

(38.220), le nombre réel de seringues vendues via ce réseau n'est pas relevé (EMCDDA, consultation le 19 février 2013).

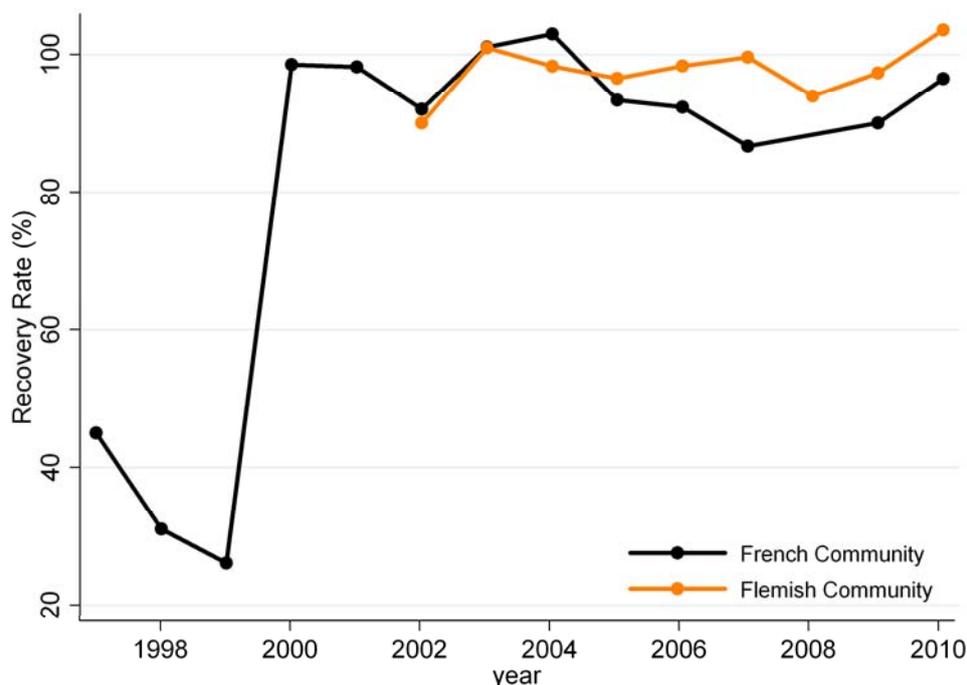
Nombre de seringues distribuées et récupérées en communauté flamande et en communauté française dans le cadre des programmes d'échange de seringues (NEP) et du projet Stérifix (1994-2010)



Source : Casero et al. 2010; Windelinckx & Bosschaerts 2011, cités par Deprez et al. (2011).

Si le nombre de seringues distribuées via un dispositif de mise à disposition de seringues permet de se faire une idée sur les pratiques d'injection, cela ne permet en aucun cas d'estimer le nombre réel d'injecteurs puisqu'à l'heure actuelle, en communauté française, il n'existe pas de recensement du nombre de consommateurs fréquentant les comptoirs de distribution (Sacré et al. (2011)).

Taux de récupération des seringues distribuées dans le cadre des programmes d'échanges de seringues (NEP) en communauté flamande et en communauté française (1994-2010)



Source : Casero et al. 2010; Windelinckx and Bosschaerts 2011, cités par Deprez et al. (2011).

- Parallèlement au recueil annuel des données de distribution et de récupération des seringues (données quantitatives), les responsables du programme '[Spuitenruil Vlaanderen](#)' réalisent chaque année une collecte de données de type qualitatif via un [questionnaire structuré et anonyme](#) qu'ils proposent à chaque usager de drogue injectable qui entre en contact avec le programme d'échange. (Windelinckx, 2012). Ce questionnaire (cfr annexe page 14) est basé sur le 'Injecting Risk Questionnaire' (IRSQ) (validé et distribué dans le cadre des programmes d'échanges en Angleterre. Des questions additionnelles concernant l'état de santé, la consommation de drogue, l'accessibilité aux structures socio-sanitaires complètent l'investigation. En 2011, pas moins de 257 questionnaires valides ont été réceptionnés dont 120 pour la seule province d'Anvers. Une rétribution d'un montant de 6 euros est octroyée à chaque participant.

Voici les principaux résultats pour les années 2011 et 2012 :

- Données démographiques : 75,8 % des répondants sont des hommes et l'âge moyen est de 35,8 ans (18 – 63 ans). Pour Windelinckx (2012), cibler les femmes reste un problème majeur. Une grande partie de l'échantillon vit une situation stable : 48 % vit seul, 43 % vit en couple et/ou avec un enfant.

- Consommation de drogues : l'initiation à la première injection est précoce : en moyenne 22,4 ans. 26 % sont mineurs et 9 % ont même moins de 15 ans ! A 25 ans, ils sont déjà 63 % à pratiquer des injections ; ce qui veut donc dire qu'il existe un grand écart entre la première injection et le moment où ils entrent en contact pour la première fois avec le programme d'échange. Il semblerait également selon l'auteur que les jeunes UDI aient été initié beaucoup plus tôt aux injections que les UDI plus âgés (qui ont pratiqué leur première injection bien plus tard). Enfin, pour Windelinckx (2012), les premières années d'injection étant les plus à risques de contracter un virus, et l'âge moyen du premier

contact avec les programmes/structures d'échange s'élevant à 35 ans, cela suppose que le projet n'atteint pas toujours la population cible. Il est donc urgent de cibler le plus rapidement les nouveaux 'injecteurs' via notamment un travail de 'rue'. Malheureusement, comme le signale Windelinckx (2013) dans son tout dernier rapport consacré à l'année 2012, les associations et les travailleurs de rue n'ont que peu accès à cette population très jeune qui dès lors n'a qu'un accès limité à la prévention. Enfin, la population ciblée par le programme consomme de manière régulière : 32 % pratique des injections quotidiennement, 29 % plusieurs fois par semaine. La polyconsommation reste de mise (en moyenne, consommation de 4 produits dont au moins 2 par injection). Quant au lieu de consommation, un grand nombre d'injections se pratique en lieu sûr (à la maison ou chez des amis, soit respectivement 67 % et 35%) (Windelinckx, 2013). Cependant, de nombreuses données semblent indiquer que les injections se pratiquent également à l'extérieur (52,7 %) : dans la rue, dans les cafés, dans les centres d'accueil de nuit, auprès des dealers, etc.

- Comportements à risque : d'après le rapport 2013, 60 % des répondants signalent ne pas avoir partagé de matériel d'injection durant la dernière injection ; ce qui semble suggérer tout de même que les 40 autres % l'ont peut-être fait ... Autre fait marquant, s'il apparaît que les pratiques de partage de seringues sont en nette régression (sans doute liée aux nombreuses campagnes de sensibilisation), le partage des cuillères et autre(s) matériel(s) reste de mise pour de nombreux consommateurs. Un travail de sensibilisation reste donc à opérer à ce niveau bien précis.

- Echange de seringues : 80 % des personnes se disent satisfait du projet d'échange de seringues. Le respect de l'anonymat et la mise en confiance sont fortement appréciés par les usagers. Les principales voies d'accès au matériel sont les points d'échange et les organismes de soutien. Cependant, 73 % des consommateurs se rendent également dans les pharmacies³ pour se procurer leur matériel d'injection. Les amis sont également un canal privilégié pour acquérir du matériel d'injection et, pour Windelinckx (2012), un travail important reste encore à faire pour mieux cibler la population à atteindre dans le cadre de ces programmes d'échange. Selon le rapport 2013, il semble que les consommateurs de 'deuxième ligne' restent un public particulier qui mérite que l'on s'y intéresse de plus près. En effet, 64 % des répondants signalent connaître 'quelqu'un d'autre' qui pratique des injections intraveineuses mais qui ne sollicite aucun contact avec le 'programme' et surtout les services qu'il propose. Autre inquiétude, 10 % des personnes interrogées signalent connaître des mineurs UDI. Ces mineurs, peu connus des services d'aide et de soutien, ni même des travailleurs de rues, doivent faire l'objet de toutes les attentions. Les raisons invoquées pour ne pas 'rejoindre' le programme (peur de la police, penser devoir fournir des données personnelles, ne pas oser, être gêné, etc.) témoignent du fait que des efforts de sensibilisation doivent encore être fournis pour pouvoir atteindre ce groupe particulier et les intermédiaires.

- Salle de consommation : les résultats issus du rapport 2013 témoignent de l'intérêt de poursuivre une réflexion concernant la mise en place de salles de consommation. En effet, parmi les 223 UDI questionnés en 2012, 163 souhaiteraient pouvoir bénéficier de salles de consommation. Parmi eux, 56 % l'utiliseraient de manière quotidienne (une à deux fois par jour), 24 % de manière hebdomadaire et 33 % au moins une fois par mois.

- En Fédération Wallonie-Bruxelles, les [opérations boule de neige](#) (BdN) permettent également l'obtention d'un certain nombre de données, même si cela se fait de manière moins systématique (et organisée) qu'en Flandre (Sputruilprogramma/étude qualitative annuelle).

Des consommateurs de rue que l'on appelle 'jobistes' sont ainsi formés de manière à ce qu'ils puissent dispenser auprès de leur pairs des messages de prévention divers : prévention des maladies infectieuses (HIV, Hépatite C), comportements à risques liés à la consommation du drogue injectable, etc. Cependant, il convient d'interpréter les données recueillies avec une extrême prudence puisque la population d'échantillonnage est le 'reflet du réseau social' tissé par le jobiste et ne sera pas donc

³ Selon l'auteur toutefois, certaines provinces ne bénéficient du soutien que d'une, voire deux pharmacies.

représentative de tous les consommateurs de rue. (Sacré et al. 2010)

En 2007, 34 % des personnes qui ont été interrogées dans le cadre des opérations BdN est âgé de plus de 35 ans, 25 % est âgé de 25 à 29 ans, 21 % est âgé de 18 à 24 ans et 18 % de 30 à 35 ans. Les jeunes consommateurs (moins de 18 ans) sont peu rencontrés lors de ces opérations BdN. Autre fait inquiétant, alors qu'entre 2000 et 2007, une femme pour deux hommes était rencontrée ; en 2009, seule une femme sur quatre est désormais touchée via les opérations BdN. (Sacré et al. 2010). Près d'un tiers des personnes rencontrées en 2007 signale avoir un travail rémunéré et deux tiers ont un domicile fixe. Cependant, une personne sur cinq n'est pas en ordre de sécurité sociale.

- Avec le soutien de la région Wallonne, une [recherche action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogue par injection](#) a été réalisée en 2010 par Modus-Vivendi et Eurotox. (Sacré et al. 2010). Cette recherche avait comme objectif principal l'amélioration du dispositif de réduction des risques ainsi que son accessibilité pour les usagers de drogues injectables. Trois publics plus spécifiques étaient particulièrement visés par cette recherche : les femmes, les migrants et les jeunes.

Les objectifs spécifiques suivants étaient définis :

- identification des usagers de drogues injectables (qui sont-ils ; profil, type et mode de consommation ; émergence de nouveaux publics) ;
- identification des risques encourus par ces usagers ;
- identification des acteurs mais également des actions, des stratégies et des outils mis en place par ces intervenants en contact avec les UDI ;
- identification des besoins mais aussi des faiblesses du dispositif actuel ;
- formulation de pistes et de recommandations.

Un questionnaire auto-administré a été distribué à 266 structures œuvrant dans le champ de la réduction des risques (suivant des critères de sélection précis et identifiés d'une revue de littérature) comme par exemple des maisons d'accueil et abris de nuit, les urgences hospitalières, les pharmacies, les partenaires de relais sociaux. Des entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de professionnels de terrain, régulièrement en contact avec les UDI, plus particulièrement en contact avec les femmes, les populations d'origine étrangère et les jeunes). Enfin, des focus-group ont été organisés avec des pharmaciens inscrits dans le dispositif d'échange et de distribution de seringues mais également auprès de pharmaciens qui se sont désengagés du dispositif et des pharmaciens qui n'ont jamais fait partie de ce dispositif ; l'objectif étant de mieux cerner le pourquoi du choix (ou du non-choix) et les difficultés rencontrées par les pharmaciens en contact avec une population UDI.

Les principaux résultats issus de cette recherche montre qu'au niveau de l'accessibilité du matériel d'injection, la situation n'est pas idéale. Le manque de disponibilité de matériel (seringue et/ou stéricup et/ou coton désinfectant et/ou flapule d'eau stérile et/ou acide ascorbique) ne permet pas toujours de répondre aux objectifs de distribution de matériel d'injection stérile complet et donc au programme de réduction des risques. Les auteurs du rapport signalent toutefois que les usagers ont également une part de responsabilité ; certains consommateurs ne prenant en effet pas toujours l'entièreté du matériel disponible (en plus des seringues) empruntent alors du matériel d'injection déjà usagé ! Le message de sensibilisation 'une seringue par shoot' semble donc avoir été bien assimilé par les usagers de drogue injectable à contrario de celui concernant le matériel connexe. Un autre fait marquant identifié par les auteurs du présent rapport concerne le manque d'accessibilité des différentes structures qui ne sont pas ou peu accessibles en soirée et les week-end. Les horaires d'ouverture ne semblent donc pas toujours adaptés « *aux rythmes de vie décalés des usagers* ».

L'accès limité au matériel d'injection en milieu rural ou semi-rural est également significatif, obligeant ainsi les usagers à se procurer le matériel d'injection via les pharmacies (problèmes de stigmatisation, d'anonymat mais également réticence des pharmaciens à s'impliquer dans un dispositif d'échange). Cependant, les difficultés ne concernent pas uniquement l'accessibilité du matériel mais également l'accès aux meilleures conditions d'utilisation du matériel d'injection. En effet, mettre à disposition du matériel d'injection qui ne pourra pas être correctement utilisé (certains usagers signalent ne pas savoir où pouvoir réaliser leur injection dans des conditions d'hygiène optimales) déforce quelque peu tous les efforts entrepris dans le cadre d'un programme de réduction des risques.

Les auteurs concluent en insistant sur la nécessité de favoriser une prise en charge globale, tant dans ses dimensions sociales et économiques, de même que le travail avec les pairs (travail de proximité, opération BdN par exemple, etc.) et la participation des usagers aux structures. Un intérêt tout particulier doit être accordé aux populations plus spécifiques comme les mineurs, les femmes, les migrants et les personnes d'origine étrangère qui sont bien souvent exclues des circuits classiques de prévention et de soutien.

3e. Pratiques à risques

Elles concernent tant le partage du matériel d'injection (seringues, cuillères, filtres, eau, garrots) que les pratiques de tatouage et de piercing mais également les comportements sexuels à risques. Sacré et al. (2010) rappellent la difficulté de se procurer du matériel stérile le WE et en soirée, augmentant/favorisant ainsi le risque de partage. Près de 61 % des répondants ayant participé aux opérations BdN en 2009 déclarent avoir utilisé au moins une fois une seringue usagée au cours des six derniers mois (avec pour la moitié, l'utilisation d'une seringue appartenant à autrui). 31 % utilise leur propre seringue, 27,6 % celle d'une autre personne et plus rarement 2,1 % utilise une seringue trouvée en rue. En ce qui concerne le reste du matériel d'injection, 66 % déclare avoir réutilisé du matériel usagé au cours des 6 derniers mois.

Le tatouage et le piercing sont également identifiés comme pratiques à risque et particulièrement répandues auprès des populations jeunes mais aussi des consommateurs de drogues injectables. Cependant, les données chiffrées sont rares et ne permettent pas d'établir la prévalence de ce type de pratiques auprès des 'injecteurs' ni même le lien potentiel entre ce type de pratique et la consommation de drogues injectables.

Quant aux comportements sexuels, Sacré et al. (2010) rappellent que « *la perte de vigilance sous l'influence du produit et/ou le mode de vie instable et/ou encore le manque d'accès aux préservatifs sont responsables de prises de risque accrues lors de rapports sexuels chez les usagers de drogues* ». Certains usagers ont d'ailleurs des relations sexuelles simplement en vue d'obtenir les substances souhaitées. Le milieu de la prostitution est régulièrement confronté à la consommation de drogues. Toujours dans le cadre des opérations BdN, il a été établi que parmi les personnes rencontrées, près d'un quart déclare avoir eu entre 2 à 5 partenaires durant les six derniers mois et 7,4 % plus de six et, parmi ces 7,4 %, 73,1 % déclare avoir eu des relations non-protégées.

5° Conclusions

Au terme de cette première partie de revue de littérature consacrée aux programmes d'échange de seringues, plusieurs constats s'imposent. Le premier, et non des moindres, concerne le recueil de données chiffrées relatives à la consommation de drogues en Belgique.

Plus précisément, l'absence d'enquête de prévalence à l'échelle nationale (et le manque de coordination des structures existantes) ne permet malheureusement pas d'obtenir les taux de prévalence des usagers de drogue injectable sur le territoire belge ; seules existent l'enquête de santé par interview (Health Interview Survey - HIS) et l'enquête 'Santé et bien-être des jeunes' (Health

Behaviour in School-aged Children) menées toutes deux tous les 4 ans mais qui ne permettent d'obtenir que des informations très générales et peu informatives concernant les prévalences et pratiques réelles de consommation. Cependant, d'autres sources d'informations existent : des indicateurs tels que les demandes de traitements pour problèmes liés à un abus/dépendance ou encore les données liées aux traitements de substitution ; les données chiffrées issues du milieu carcéral et/ou policier, les informations recueillies via le milieu festif ou par le biais des dispositifs mis en place (programme d'échange) sont autant d'indicateurs objectifs permettant d'établir une approximation de la situation.

Retenons également l'existence de différence notable au niveau du recueil de données entre les pratiques dans le nord du pays et celles initiées en Fédération Wallonie-Bruxelles. En Flandre, des coordinateurs provinciaux (ainsi que des centres) sont identifiés pour chaque province. De plus, une évaluation annuelle du projet 'Spuiruilprogramma' est réalisée. Dans le même temps, une recherche qualitative est menée tous les ans auprès d'un échantillon de plus ou moins 220 usagers de drogue injectable (UDI) permettant ainsi de dresser annuellement un 'profil' des consommateurs. En Fédération Wallonie-Bruxelles, des données sont également recueillies via l'asbl 'Modus Vivendi' et, via les 'Opérations Boules de Neige', des opérations ponctuelles (et donc moins systématiques qu'en Flandre) de rencontre entre consommateurs permettent d'obtenir un certain nombre de données.

Certains auteurs, comme par exemple Sacré (2010), attirent toutefois l'attention sur l'existence de biais (au niveau des données chiffrées), notamment liés aux populations marginalisées qui ne fréquentent guère les structures mises en place mais également liés à la 'clandestinité' des injections.

Un second constat, tout aussi interpellant, concerne les populations dites fragilisées qui n'ont que peu 'accès' au dispositif d'échange existant. Qu'il s'agisse des femmes encore trop peu concernées par les programmes d'échange et qui dès lors fréquentent peu les structures d'aide et de soutien (problème en lien avec la parentalité, comment assurer son rôle de parents, accès aux services de santé sexuelle, etc.) ou de très jeunes consommateurs initiés précocement aux drogues injectables mais qui ne rejoignent les programmes d'échanges que bien tardivement (grand écart entre le moment où ils commencent ce mode de consommation et le moment où ils bénéficient des structures d'échange ; or exposés très tôt, ils sont plus à risque dans les premiers mois); quant aux SDF et aux immigrés, ils font souvent l'objet d'une stigmatisation récurrente et cela même s'ils bénéficient d'un accès aux structures (problèmes liés à la langue et à la culture, etc.).

Au niveau du dispositif mis en place tant dans le nord que le sud du pays, des problèmes d'accessibilité liés aux horaires décalés des injecteurs sont relevés de même qu'une accessibilité en milieu rural plus problématique. Enfin, lorsque les usagers de drogue injectable fréquentent les structures mises à leur disposition et se procurent ainsi le matériel adhoc, un travail reste encore à faire concernant l'utilisation correcte du matériel connexe d'injection : cuillères, coton, eau, etc.

L'intérêt porté aux 'pratiques' d'emprunt des seringues usagées (ou aux refus) ne doit pas nous faire oublier d'investiguer les facteurs sous-jacents à l'intention de toujours utiliser des seringues neuves et cela aussi bien dans le cadre de la participation - ou non - à un programme d'échange de seringues. Un travail complémentaire sur les représentations sociales des usagers de drogue injectable devrait permettre de mieux appréhender ces freins et résistances.

En conclusion, les programmes d'échange de matériel d'injection ont permis de démontrer toute leur raison d'être ; ils représentent également des opportunités importantes pour communiquer avec les usagers de drogue injectable et ce principalement en ce qui concerne la réduction des risques. Dès lors, à l'avenir, il s'agira de poursuivre les efforts de développement de projets qui intègrent les populations fragilisées (notamment les populations de femmes et les minorités) mais qui visent également à favoriser le contact précoce avec les structures existantes (notamment pour les jeunes). Une collaboration avec des médiateurs interculturels et un travail en réseau avec les structures socio-sanitaires existantes devraient également contribuer à favoriser une meilleure approche globale de prise en charge.

6° Bibliographie

Deprez N., Antoine J., Asueta-Lorente J-F., Bollaerts K., Van der Linden T., Van Bussel J-Ch., (2011), Belgian National Report on Drugs 2011, OD Public health and Surveillance, Scientific Institute of Public Health, Brussels , Belgium , 346 pages.

De Ruyver B., Lemaître A., Born M., Ponsaers P., Pauwels L., Vander Laenen F., Vanderplasschen W., Van Malderen S., Chapeau M., Vindevogel S., Cammaert F., Moës A., Devue A., Vandam L., (2009), 'Do's and don'ts in een integraal en geïntegreerd drugbeleid', Eindrapport, 'Faire et ne pas faire dans le cadre d'une politique intégrale intégrée sur les drogues, Rapport final, 191 pages.

Emmanuelli J., (2004), Politique de réduction des risques : programmes d'échange de seringues, M/S : médecine sciences, vol. 20, n° 5, pp. 599-603.

EMCDDA , in <http://www.emcdda.eu>

Maestracci N., (2010), Eléments d'histoire sur la politique des risques en France, in <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/87/?sequence=28>

Rwubu M., Hogge M. (2011-2012), L'usage de drogues en Fédération Wallonie-Bruxelles, Rapport 2011-2012, 143 pages.

Sacré C., Daumas C., Hogge M. , (2010), Recherche-Action sur les besoins et l'offre de services à destination des usagers de drogues par injection en Région Wallone, 213 pages.

Touzeau D., Courty P., (2012), Opiacés, réduction des risques et polyconsommation, Presse médicale, in Press.

Windelinckx T., (2012), Rapport Evaluation Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2011, 52 pages.

Windelinckx T., Bosschaerts W., (2011), Project Spuitenruil Vlaanderen Werkjaar 2010, Eindrapport Spuitenruil Vlaanderen, 28 pages.

Windelinckx T., (2013), Rapport Evaluation Onderzoek Spuitenruil Vlaanderen 2012, 66 pages.

7° Annexe : Enquête Echange de seringues 2013 (Windelinckx, 2013)

Enquête Echange de seringues 2013

Cette enquête n'est QUE pour les gens qui se sont injectés durant le dernier mois!!!!

T'es-tu injecté de la drogue durant le dernier mois?

Oui
Non

Avec cette liste de questions, nous voulons vérifier si l'échange de seringues fonctionne bien et voir ce que nous pouvons encore améliorer. Cela signifie également que nous comptons sur ta collaboration.

Cette liste de questions est anonyme: ne mets ton nom nulle part.

Quoi que tu répondes, tout reste confidentiel. Encerle ta réponse ou coche la case correcte.

Donne toujours 1 réponse, à moins qu'il ne soit marqué 'plusieurs réponses possibles'. Dans ce dernier cas, tu peux donner plus d'une réponse. Réponds le plus honnêtement que possible.

Données d'identification

41. SEXE:

homme
 femme

42. Age:

J'ai ans.

43. SITUATION DE VIE:

J'ai un propre résidentiel / un maison propre
 Je n'ai aucune résidence propre et suis sans abri

** Je réside/je demeure au code postal

SEUL(E)	<input type="checkbox"/>
AVEC PARTENAIRE	<input type="checkbox"/>
AVEC PARTENAIRE ET ENFANTS	<input type="checkbox"/>
AVEC LES PARENTS	<input type="checkbox"/>
AVEC D'AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE	<input type="checkbox"/>
AVEC DES AMIS	<input type="checkbox"/>
DANS UN SQUAT	<input type="checkbox"/>

JE SUIS SANS ABRI	<input type="checkbox"/>
JE DORS DANS UN ACCUEIL DE NUIT	<input type="checkbox"/>
AUTRE	<input type="checkbox"/>

Attention:

- Par matériel d'injection nous entendons toujours: des aiguilles, des seringues, des cuillers, des filtres et de l'eau;

- L'utilisation commune signifie aussi bien le fait d'utiliser le matériel d'injection en commun que le prêt de ton matériel à quelqu'un d'autre (même à ton partenaire sexuel), ainsi que l'emprunt de matériel d'injection de quelqu'un d'autre (même de ton partenaire sexuel).

1. A QUELLE FREQUENCE AS-TU, DURANT LE DERNIER MOIS, PARTAGE DU MATERIEL D'INJECTION (SERINGUES, AIGUILLES, CUILLERS, FILTRES, EAU)?

- 0
- 1
- plusieurs fois (plus de 2 fois)
- J'ai partagé, mais je ne le sais plus exactement

2. AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AS-TU, DURANT CE DERNIER MOIS, PARTAGE DU MATERIEL D'INJECTION (SERINGUES, AIGUILLES, CUILLERS, EAU)

- 0
- 1
- plusieurs personnes (plus de 2)
- j'ai partagé, mais je ne le sais plus exactement

3. A QUELLE FREQUENCE AS-TU, DURANT LE DERNIER MOIS, DONNE DES SERINGUES UTILISEES (DES AIGUILLES) A QUELQU'UN D'AUTRE?

- J'ai donné des seringues, mais je ne sais plus exactement combien de fois
- Plusieurs fois (plus de 2)
- Rarement (1 fois)
- Jamais (0)

9. A QUELLE FREQUENCE T'ES-TU, DURANT LE DERNIER MOIS, INJECTE AVEC DES SERINGUES (DES AIGUILLES) QUI AVAIENT DEJA ETE UTILISEES PAR QUELQU'UN D'AUTRE?

- Je me suis injecté avec les seringues d'un autre, mais je ne sais plus exactement combien de fois
- Plusieurs fois (plus de 2)
- Rarement (1 fois)
- Jamais (0)

12. A QUELLE FREQUENCE AS-TU, DURANT LE DERNIER MOIS, REMPLI OU FAIT REMPLIR TA SERINGUE AVEC UNE AUTRE SERINGUE QUI AVAIT DEJA ETE UTILISEE PAR UNE AUTRE PERSONNE (LESDITS FRONTLOADING, BACKLOADING OU PARTAGE DE TRAITS)?

- Jamais (0)
- Rarement (1 fois)
- Plusieurs fois (plus de 2)

Je l'ai remplie ou fait remplir, mais je ne sais plus exactement combien de fois

14. A QUELLE FREQUENCE AS-TU, DURANT LE DERNIER MOIS, PARTAGE TA CUILLER AVEC QUELQU'UN D'AUTRE: (UTILISATION COMMUNE DE LA CUILLER:)

Jamais (0)
Rarement (1 fois)
Plusieurs fois (plus de 2)
Je l'ai partagée, mais je ne sais pas exactement combien de fois

16. A QUELLE FREQUENCE AS-TU, DURANT LE DERNIER MOIS, PARTAGE TON FILTRE AVEC QUELQU'UN D'AUTRE: (UTILISATION COMMUNE DU FILTRE:)

Jamais (0)
Rarement (1 fois)
Plusieurs fois (plus de 2)
Je l'ai partagé, mais je ne sais pas exactement combien de fois

14. A QUELLE FREQUENCE AS-TU, DURANT LE DERNIER MOIS, PARTAGE TON EAU AVEC QUELQU'UN D'AUTRE: (UTILISATION COMMUNE D'EAU, D'UN MEME VERRE, POT,FLACON:)

Jamais (0)
Rarement (1 fois)
Plusieurs fois (plus de 2)
Je l'ai partagée, mais je ne sais pas exactement combien de fois

20. A QUELLE FREQUENCE AS-TU, DURANT LE DERNIER MOIS, REUTILISE DE VIEILLES SERINGUES, QUI ETAIENT CONSERVEES DANS UN CONTAINER OU DANS UNE BOUTEILLE OU D'AUTRES CONSOMMATEURS CONSERVENT EGALEMENT LEURS SERINGUES?

Oui, mais je ne sais plus exactement à quelle fréquence
Plusieurs fois (plus de 2)
Rarement (1)
Jamais (0)

***A remplir seulement si tu as eu un contact sexuel le dernier mois:**

5. A QUELLE FREQUENCE AS-TU, DURANT LE DERNIER MOIS, DONNE DES SERINGUES UTILISEES A QUELQU'UN AVEC QUI TU AS EU UN CONTACT SEXUEL?

- Plusieurs fois (plus de 2)
 Rarement (1)
 Jamais (0)
 Je n'ai pas de partenaire sexuel

11. A QUELLE FREQUENCE T'ES-TU, DURANT LE DERNIER MOIS, INJECTE AVEC DES SERINGUES (DES AIGUILLES) QUI AVAIENT DEJA ETE UTILISEES PAR QUELQU'UN AVEC QUI TU AS EU UN CONTACT SEXUEL?

- Je ne le sais plus exactement
 Plusieurs fois (plus de 2)
 Rarement (1)
 Jamais (0)
 Je n'ai pas de partenaire sexuel

21. AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AS-TU, DURANT LE DERNIER MOIS, UTILISE DU MATERIEL COMMUN (SERINGUE, CUILLER, EAU, FILTRE,...) ?

- 0 (personne)
 1 personne
 plus de 2 personnes
 seulement avec le partenaire sexuel

Consommation de drogue

22. QUEL TYPE DE DROGUE T'INJECTES- TU LE PLUS SOUVENT? QUELLE EST TA PREFERENCE? SEULE UNE REPONSE POSSIBLE

Préférence	MAX 1 Réponse
Opiats (héroïne, méthadone, subutex...)	<input type="checkbox"/>
Substances excitantes (cocaïne, amphétamines, speed,...)	<input type="checkbox"/>
Cocktail (speedball, snowball)	<input type="checkbox"/>
Autres: (somnifères, médication, stéroïdes, alcool, hallucinogènes,...)	<input type="checkbox"/>

22BIS. QUEL AGE AVAIS-TU LORSQUE TU T'ES INJECTE POUR LA PREMIERE FOIS?

J'avais ans.

22TRIS. QUEL ETAIT TON PREMIER PRODUIT QUE TU T'INJECTAIS?

- HEROÏNE
- COCAÏNE
- AMPHÉTAMINE:SPEED
- SNOWBALL/SPEEDBALL
- STÉROÏDE
- AUTRE.....

22QUAT. AS-TU POSE CE PREMIER SHOOT TOI-MEME?

- Oui
- Non, quelqu'un d'autre a posé mon premier shoot

22CINQ. TON PREMIER SHOOT FUT-IL EN PRESENCE D'AUTRES?

- Oui
- Non, j'étais seul

22SIX. TOI-MEME AS-TU JAMAIS APPRIS A UN AUTRE A INJECTER?

- Oui
- Non

Drogues	Consommé	Injecté
Héroïne (smack, brune, horse,...)Subutex/subuxone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Méthadone, temgesic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne (coke, blanche,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamine (speed, excitants,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calmants et somnifères (Lexotan™, Valium™, Rohypnol™,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocktail héroïne-cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinogènes (LSD, XTC, champignons, Kétamine, XTC liquide, GHB ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis (shit, herbe, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stéroïdes (Strombaject™, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. COCHE LAQUELLE DES DROGUES SUIVANTES TU AS PRISE le mois dernier et mentionne ET MENTIONNES-Y SI TU T'ES INJECTE CES PRODUITS. PLUSIEURS REPONSES SONT POSSIBLES !:

COCAÏNE-BASE, FREE BASE, CRACK

***CONSOMMES-TU DE LA COCAÏNE-BASE?**

non
oui

- je fabrique de la cocaïne-base avec du bicarbonate de soude
 je fabrique de la cocaïne-base avec de l'ammoniac
 moi-même je ne fabrique jamais de la cocaïne-base mais je participe lorsque mes amis en fument
 j'achète de la cocaïne-base chez un dealer
 autres : (remplir).....

50. SI VOUS CONSOMMEZ DE LA COCAÏNE, (le dernier mois)

LE DERNIER MOIS, JE FUME/JE BASE

- Quotidiennement
 quelques fois par semaine
 quelques fois par mois
 Jamais

23BIS. SI TU T'ES INJECTE LE MOIS DERNIER, OU CONSOMMAIS-TU ALORS? EN QUELLE LOCALISATION ETAIT-CE ? PLUSIEURS REPONSES SONT POSSIBLES !

- A la maison
 Chez des amis
 En rue
 Dans l'assistance ambulatoire aux toxicomanes
 Au café
 Dans un squat
 Chez un dealer
 Dans l'accueil des sans-abri, l'accueil de nuit, ...
 Autres: (remplir).....

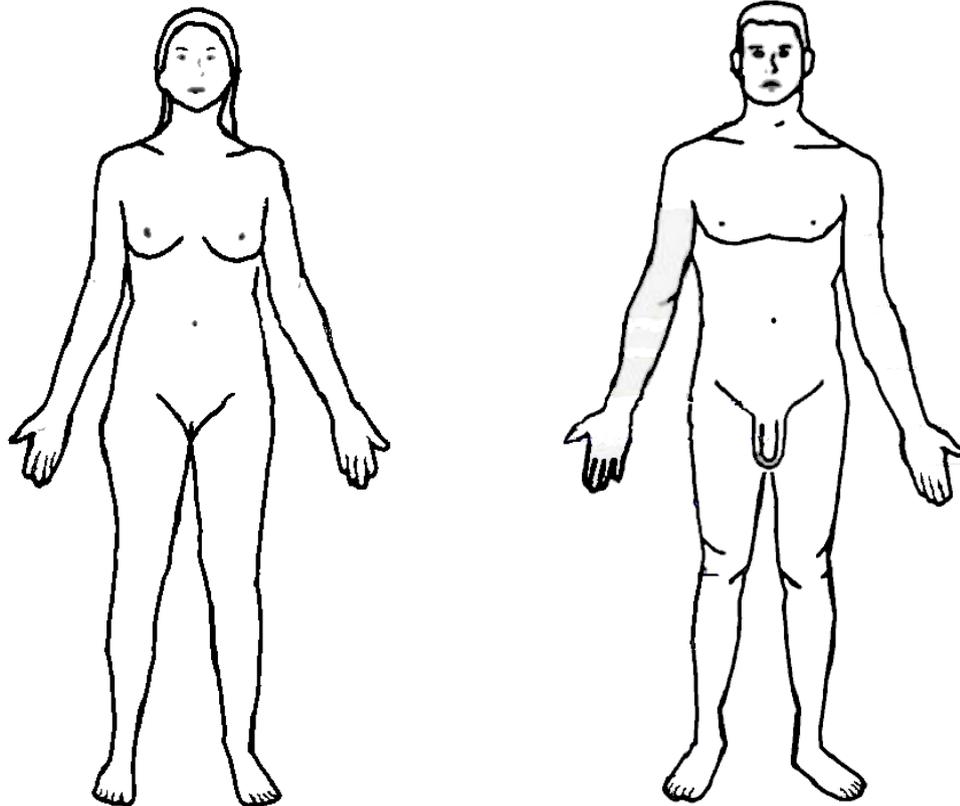
50. SI TU INJECTES, (le dernier mois)

LE DERNIER MOIS JE M'INJECTE

- Quotidiennement
 quelques fois par semaine
 quelques fois par mois
 Jamais

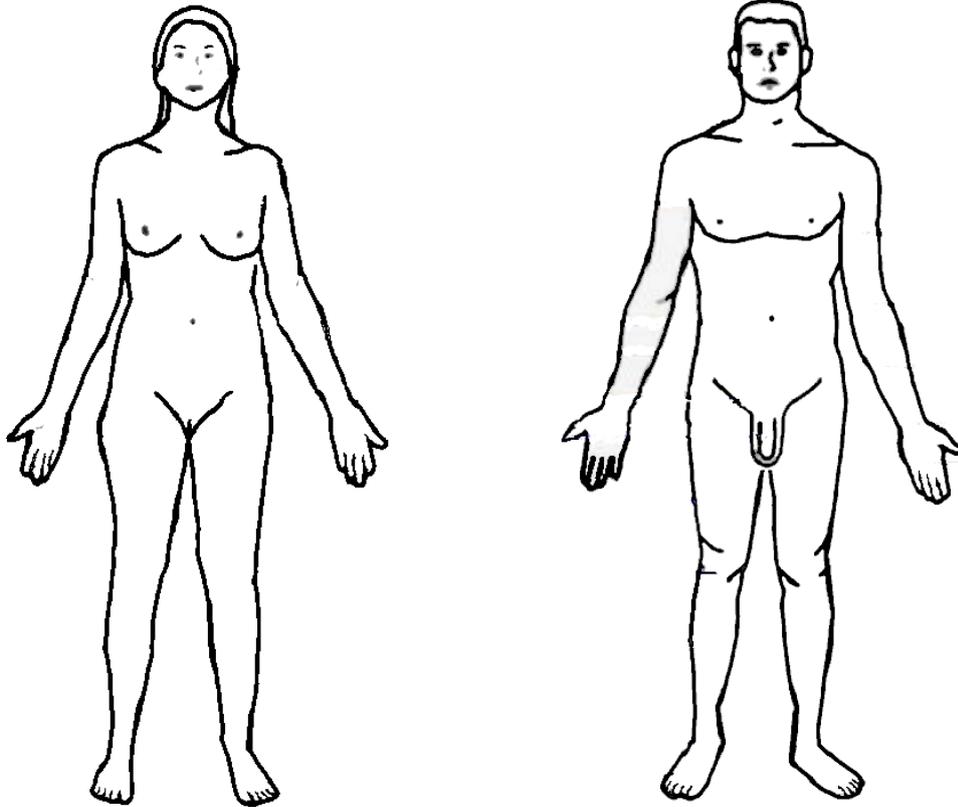
****A QUELS ENDROITS DE TON CORPS T'INJECTES-TU? que vous avez déjà injecté des drogues** (dans le passé)

Prière de les indiquer d'une croix sur le dessin.



****A QUELS ENDROITS DE TON CORPS T'INJECTES-TU? COURANT (Quatre dernières semaines)**

Prière de les indiquer d'une croix sur le dessin.



24. OU VAS-TU CHERCHER GRATUITEMENT (ECHANGE = PAS ACHAT) LES MATERIELS SUIVANTS? (COCHER). PLUSIEURS REponses POSSIBLES

JE VAIS CHERCHER MES SERINGUES GRATUITES A/CHEZ:

- l'échange de seringues séparé
- la pharmacie (échange gratuit. Pas d'achat!!)
- mon dealer
- les travailleurs des coins de rue
- les amis
- l'assistance ambulatoire aux toxicomanes
- autre

24 bis. J'achète mes seringues en pharmacie

- parfois
- régulièrement
- jamais

24 tris. Quel acide utilises-tu pour dissoudre l'héroïne brune ?

- acide ascorbique/vitamine C
- un citron ordinaire
- un flacon de citron
- autre.....

25. POUR QUI VAS-TU CHERCHER LES SERINGUES? (COCHER) PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES

	Moi-même	Amis/famille	Partenaire (sexuel)	Connaissances/étrangers	Pour vendre
Je vais en chercher pour	<input type="checkbox"/>				

25.BIS: DEPUIS COMBIEN DE TEMPS DEJA FAIS-TU USAGE DE L'ECHANGE DES SERINGUES?

- moins de 6 mois
- 6 mois-1 année
- 1 à 2 ans
- 2 à 3 ans
- plus de 3 ans

SALLE DE CONSOMMATION DE DROGUE

UNE SALLE DE CONSOMMATION DE DROGUE EST UN ENDROIT OÙ TU PEUX CONSOMMER TA DROGUE (QUE TU AS ACHETÉE AILLEURS) SOUS SUPERVISION. DES INFIRMIER(E)S, MÉDECINS ET/OU ÉDUCATEURS/ASSITENT(E) SOCIAL(E) SONT PRÉSENT(E)S.

SI UNE SALLE DE CONSOMMATION SERAIT ORGANISÉE DANS TA VILLE, EST-CE QUE TU UTILISERAI CETTE SALLE ?

- oui
- non

COMBIEN DE FOIS IRAIS-TU A CETTE SALLE DE CONSOMMATION?

- une fois par jour
- plusieurs fois par jour
- plusieurs fois par semaine
- une fois pas semaine
- plusieurs fois par mois
- jamais

OÙ PENSES-TU QUE CETTE SALLE DE CONSOMMATION DE DROGUE DEVRAIT ÊTRE SITUÉE DANS LA VILLE ?

-
- ...
-
- ...
-
- ...

26. QUE FAIS-TU DES SERINGUES UTILISEES? (COCHER) PLUSIEURS REPONSES POSSIBLES

Je les ECHANGE pour de nouvelles à l'échange de seringues, à l'aide à la toxicomanie, en pharmacie	<input type="checkbox"/>
Je les donne à la pharmacie SANS échange	<input type="checkbox"/>
Je les donne aux travailleurs des coins de rue	<input type="checkbox"/>
Je les porte à l'assistance ambulatoire aux toxicomanes SANS échange	<input type="checkbox"/>
Je les mets dans une bouteille en plastic/canette et je les jette à la poubelle	<input type="checkbox"/>
Je romps l'aiguille, et je la mets à l'arrière de la seringue pour les jeter ensuite à la poubelle	<input type="checkbox"/>
Je la jette à la poubelle sans enveloppe	<input type="checkbox"/>
Je la jette dans la rue	<input type="checkbox"/>
Parfois je ne sais plus très bien	<input type="checkbox"/>
Autre...	<input type="checkbox"/>

Demande de l'information sur les tests et traitements de l'hépatite C dans ton centre d'échange de seringues

Santé

29. AS-TU, DURANT LA **DERNIERE ANNEE**, FAIT DEPISTER LES AFFECTIONS CONTAGIEUSES SUIVANTES :

Affection	OUI	Non
vih/sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hépatite C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuberculose (TBC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. CONNAIS-TU LE RESULTAT?

VIH/SIDA

- JAMAIS infecté
- INFECTE et encore toujours porteur du virus VIH
- Je ne le sais pas

Hépatite B

- JAMAIS infecté
- Infecté AUTREFOIS et GUERI
- INFECTE et encore toujours porteur du virus de l'hépatite B
- Je ne le sais pas

Hépatite C

- JAMAIS infecté
- Infecté AUTREFOIS et GUERI
- INFECTE et encore toujours porteur du virus de l'hépatite C
- Je suis un traitement contre l'hépatite C
- Je ne le sais pas

J'ai suivi un traitement contre l'hépatite C et
 - je ne suis pas guéri
 je suis guéri et je suis récontaminé
 je suis encore toujours exempt d'hépatite C

Je suis guéri spontanément de l'hépatite C et je suis récontaminé
 je suis encore toujours exempt d'hépa C

TBC

JAMAIS infecté
 Infecté AUTREFOIS et GUERI
 INFECTE par la bactérie de la TBC
 Je ne le sais pas

** Cette année, j'ai eu

un abcès d'injection
 plusieurs abcès d'injection
 je n'ai pas eu d'abcès d'injection

** Cette année, j'ai eu

une overdose
 plusieurs overdoses
 je n'ai pas eu d'overdoses

** Connais-tu le Naloxone et à quelle fin il peut être utilisé ? (is het il ou elle ?)

Oui
 Non

Si oui : voudrais-tu pouvoir l'obtenir par l'intermédiaire de l'échange des seringues ?

Oui
 Non

PRESTATIONS D'AIDE

31. As-tu jamais été en traitement dans un programme anti-drogue et suis-tu un programme à présent (plusieurs réponses possibles)?

Maintenant, je suis en traitement chez

Je ne suis PAS en traitement	<input type="checkbox"/>
Programme	Maintenant
Traitement privé (ex. médecin généraliste)	<input type="checkbox"/>
Centre d'accueil social médical ambulatoire (MSOC/ centre de jour)	<input type="checkbox"/>
Programme méthadone au MSOC, centre de jour, chez le généraliste,...	<input type="checkbox"/>
Autre programme anti-drogue: lequel? (remplir)	<input type="checkbox"/>

Si tu n'es pas en traitement ou si tu n'a pas de suivi, quel en est la cause ?

- Je ne veux pas
- Je pense que: Je ne suis pas admis
- Je pense que c'est parce que je suis un sans papier

- Je pense que Je ne suis pas en règle avec ma mutuelle
- Je ne les connais pas, je ne sais pas ce qui existe, je ne sais pas où me rendre
- J'y ai eu de mauvaises expériences
- Je n'en ressens pas la nécessité
- Je n'en ai pas besoin
-

AVANT J'ETAIS en traitement

Je n'ai jamais été en traitement	<input type="checkbox"/>
Programme	Autrefois
Traitement privé (ex. médecin généraliste)	<input type="checkbox"/>
Centre d'accueil social médical ambulatoire (MSOC/ centre de jour)	<input type="checkbox"/>
Programme méthadone au MSOC, centre de jour, chez le généraliste,...	<input type="checkbox"/>
Section psychiatrique dans un hôpital de médecine générale (un service PAAZ)	<input type="checkbox"/>

Hôpital psychiatrique/clinique de sevrage/detox	<input type="checkbox"/>
Centre d'intervention de crise	<input type="checkbox"/>
Communauté thérapeutique	<input type="checkbox"/>
Autre programme anti-drogue: lequel? (remplir)	<input type="checkbox"/>
.....	

Distribution/échange de seringues

32. Ou as-tu reçu l'information sur les points d'échange de seringues?

- Assistance ambulatoire (aux toxicomanes)
- Travailleurs des coins de rue
- Ami
- Organisation de toxicomanes, "junkiebond" (= union des junkies)
- Dealer
- Médias (krant-TV)
- Pharmacien
- Autres

32 bis: Connais-tu d'autres consommateurs qui s'injectent sans faire usage du projet d'échange de seringues?

J'en connais:	oui	non
Un	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plusieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des mineurs (min 18 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

As-tu des suggestions comment nous pourrions entrer en contact avec eux ou comment ils peuvent apprendre à connaître le projet d'échange des seringues ?

.....

.....

.....

.....

.....

33.quat. Sais-tu que tu peux obtenir des renseignements et des conseils à l'échange des seringues?

- oui
- non

33. Es-tu content de?

	OUI	Non	Ca m'est égal
Les heures d'ouverture des points d'échange de seringues séparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'échange de seringues dans l'assistance ambulatoire aux toxicomanes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'endroit des points d'échange de seringues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accessibilité des points d'échange de seringues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les renseignements et les conseils que tu reçois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La clarté de l'information dans les dépliants de prévention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le matériel d'injection que tu peux y obtenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'anonymat et la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Utilises-tu les seringues que tu reçois à l'échange des seringues :

- pour une injection
- pour plus d'une injection
- il peut bien arriver que je les utilise plusieurs fois

34 bis: Si tu réutilise tes propres seringues

- Je les réutilise sans faire quelque chose de spécial
- Je ne les réutilise qu'après les avoir lavées (cleanen)
 - avec de l'eau
 - avec de l'eau de javel (et de l'eau)
- Je n'utilise toujours mes seringues/aiguilles qu'une fois

* **Utilises-tu les matériels suivants que tu peux obtenir à l'échange des seringues ?**

	toujours	parfois	jamais
35. Eau stérile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Lingettes de désinfection (swabs) pour désinfecter ta <u>peau</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 bis, CUILLERS STERILES (SPOONS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 tris filtres/sterifilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37..Lingettes de désinfection (swabs) pour désinfecter ta <u>cuiller</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37bis Je lave mes mains avant d'injecter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* **Emmènes-tu du papier aluminium de l'échange des seringues ?**

- Oui
 Non
 Parfois

Pourquoi/pour quelle raison

38. PEUX-TU ACHETER AISEMENT DES SERINGUES CHEZ LE PHARMACIEN DANS TA VILLE, DANS TA PROXIMITÉ, DANS TON QUARTIER?

- Oui
 Non
 En fait, je ne sais pas

En moyenne cela me coûte ...€ par paquet de 10 seringues

39. Quelles heures d'ouverture pour un échange de seringues seraient les meilleures pour toi? Cocher UNE possibilité au MAXIMUM

- heures de jour (9 - 18.30 heures)
 heures de soirée (18.30 - 22 heures)

- heures de nuit (22 - 02 heures)
 autres (lesquelles?)

Encore un dernier effort:

**SEULEMENT REMPLIR SI TU SUIS UN PROGRAMME DE
METHADONE/SUBUTEX/SUBUXONE :**

44. Suis-tu un programme de méthadone maintenant?

- oui
 non

44bis: J'utilise

- methadone
 subuxone/subutex

45. Si tel est le cas, où ?

- Msoc
 De Sleutel (centre de jour)
 Médecin généraliste / Psychiatre
 autre : le(a)quel(le)?

46. As-tu consommé durant les 4 semaines dernières un complément d'héroïne? (Si tu suis un programme méthadone depuis moins d'un mois, tu ne peux qu'indiquer ta consommation d'héroïne depuis le départ de ton programme méthadone).

- oui
 non

47. Si tel est le cas, le fais-tu ? (une réponse possible)

- quotidiennement
 quelques fois par semaine
 une fois par semaine
 moins d'une fois par mois

48. Si oui : comment utilises-tu ?

- Je fume/chinois sur aluminium uniquement mon héroïne
 J'injecte uniquement mon héroïne
 Je fume de temps en temps, et j'injecte de temps en temps

48-50. Si tel est le cas, quelles sont les trois raisons principales à la consommation de ton (complément d') héroïne ? (cocher trois réponses au maximum)

	MAXIMUM 3 COCHER
J'ai raté ma méthadone (perdu, j'étais en retard, elle a été volée,...)	<input type="checkbox"/>
Je consomme en combinaison avec la cocaïne (speedball,snowball)	<input type="checkbox"/>
Ma dose de méthadone est trop basse	<input type="checkbox"/>
J'aime l'effet de l'héroïne	<input type="checkbox"/>
Je l'ai reçue (gratuitement) de quelqu'un	<input type="checkbox"/>
Une mauvaise nouvelle (dépression, crise, sans abri,...)	<input type="checkbox"/>
Une bonne nouvelle (une raison pour faire la fête)	<input type="checkbox"/>
La méthadone ne me rend pas 'ivre'	<input type="checkbox"/>
Autres: Quelles?	

MERCI DE TA COLLABORATION!!!!
L'équipe d'échange des seringues.