



**REFERENTIEL**  
POUR LES DISPOSITIFS D'ÉDUCATION  
AUX RISQUES LIÉS À L'INJECTION

---

DÉLÉGATION ÎLE-DE-FRANCE, PARIS





# **REFERENTIEL**

**POUR LES DISPOSITIFS D'ÉDUCATION  
AUX RISQUES LIÉS À L'INJECTION**

---

**DÉLÉGATION ÎLE-DE-FRANCE, PARIS**

# SOMMAIRE

## **INTRODUCTION**

- 1. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION**
- 2. CADRE LEGAL DES DISPOSITIFS DE TYPE ERLI**
- 3. LES OBJECTIFS D'UN DISPOSITIF DE TYPE ERLI**

OBJECTIF PRINCIPAL

OBJECTIFS D'INTERVENTION

## **4. DESCRIPTION DU DISPOSITIF ERLI**

### 1. ORGANISATION GLOBALE DU DISPOSITIF

- 1.1. *Définir le cadre*
- 1.2. *Les contextes d'intervention*
- 1.3. *L'organisation de l'espace*
- 1.4. *La gestion du temps*
- 1.5. *Disponibilité du dispositif*
- 1.6. *L'intervention en binôme*

### 2. DÉVELOPPEMENT DU DISPOSITIF

- 2.1. *Faire connaître le dispositif*
- 2.2. *Le processus d'inclusion*
- 2.3. *Le déroulé d'une séance*
- 2.4. *Les séances en présence de deux usagers*
- 2.5. *Les cas particuliers*
- 2.6. *Le bilan individuel de l'utilisateur*

### 3. MISE EN PLACE D'ATELIERS COLLECTIFS

### 4. CRÉATION D'OUTILS FACILITANT L'ACTION DES INTERVENANTS

## **5. SUIVI DE L'ACTIVITE**

### 1. LES TEMPS D'ÉCHANGE SUR LE DISPOSITIF

### 2. SUIVI DE L'ACTIVITÉ ET OUTILS DE RECUEIL DE DONNÉES

### 3. LA GESTION DES SORTIES DU CADRE

- 3.1. *Les sorties du cadre de l'utilisateur*
- 3.2. *Les sorties du cadre des intervenants*

## **6. LES RECOMMANDATIONS SANITAIRES**

1. LES RECOMMANDATIONS SANITAIRES EN LIEN AVEC LES RÉACTIONS DES USAGERS
  - 1.1. *La gestion des overdoses et l'utilisation de la Naloxone*
  - 1.2. *La gestion des « bad trip »*
  
2. LES RECOMMANDATIONS SANITAIRES EN LIEN AVEC LA SÉCURISATION DES ESPACES
  - 2.1. *L'hygiène des espaces*
  - 2.2. *La gestion du matériel souillé*
  
3. LES RECOMMANDATIONS SANITAIRES À DESTINATION DES INTERVENANTS
  - 3.1. *La vaccination*
  - 3.2. *La gestion des accidents d'exposition au sang*
  - 3.3. *La trousse de 1ers secours*

## **7. RESSOURCES**

1. RESSOURCES HUMAINES
  - 1.1. *L'équipe ERLI*
  - 1.2. *Composition de l'équipe ERLI*
  - 1.3. *Formation des équipes*
  
2. RESSOURCES FINANCIÈRES
  
3. LES OUTILS

## **ANNEXES**



## INTRODUCTION

Ce référentiel s'inscrit dans la démarche de capitalisation et de diffusion de l'expérience des équipes de Médecins du Monde acquise à travers la pratique d'Accompagnement A l'Injection (AAI) réalisée dans les missions Rave depuis le début des années 2000 et le programme d'Education aux Risques Liés à l'Injection (ERLI) développé, par MdM, Sida-Paroles et Gaïa Paris entre septembre 2009 et juillet 2016.

A travers l'analyse du programme ERLI relatée dans un rapport de capitalisation interne présenté en janvier 2017 et sur la base des expériences de terrain de MdM et de ses partenaires, ce référentiel présente l'expérience et les recommandations de MdM sur les dispositifs de supervision de consommation que MdM appelle l'approche ERLI. Ce référentiel a pour objectif de préciser les bonnes pratiques et de partager avec les professionnels de la Réduction des Risques les questionnements suscités par ce type de dispositif.

Il est important de rappeler que les usagers rencontrés dans le cadre de l'expérimentation de Médecins du Monde, à Colombes au sein du CAARUD de Sida Paroles et à Gare du Nord au sein du CAARUD mobile de Gaïa Paris, ne sont pas représentatifs de l'ensemble des usagers de drogues sur le territoire. En effet, les profils des usagers, la typologie des territoires et les produits consommés varient d'un espace à un autre. Ainsi, les leçons apprises sur la base de l'expérience de MdM et de ses partenaires sont propres aux contextes dans lesquels elles ont émergées. Il est donc nécessaire d'adapter ce référentiel aux situations rencontrées.

Il est également important de rappeler que la plupart des consommateurs de produits psychoactifs ne rencontrent pas de difficultés dans la gestion de leur consommation. Les structures de RdR travaillent, souvent, avec les personnes les plus en difficulté.

## 1. PHILOSOPHIE D'INTERVENTION

Avant d'aborder les dimensions opérationnelles du dispositif, il apparaît nécessaire de préciser certaines notions clés qui doivent guider l'intervention.

L'approche ERLI s'inscrit dans la philosophie d'intervention de la Réduction des Risques, c'est-à-dire d'intervenir avec les usagers de produits et auprès d'eux, en partant de leur pratiques et leurs demandes dans le but de leur proposer des services de santé adaptés à leurs besoins, tout en travaillant à faire évoluer leur statut social et légal. Les risques sont envisagés globalement en termes de répercussions sanitaires, sociales et économiques, et incluent aussi l'impact du cadre légal et des politiques publiques sur les individus ainsi que dans les communautés et dans l'ensemble de la société. La réduction des risques se veut pragmatique et humaine. Elle repose sur le non-jugement de l'autre et l'acceptation des différents « modes de vie » et pratiques des personnes rencontrées.

La pratique de l'injection relève du rite chez certains usagers, dans le sens où elle est constituée d'une pratique réglée, d'une périodicité, d'un ordre prescrit que l'usager a lui-même construit et qui comporte une dimension symbolique forte. Ainsi la pratique de l'injection est inscrite dans une régularité de fonctionnement (temps et espaces), une répétition des gestes, des paroles et des codes mis en place et une identité formelle de situation où les enjeux varient peu et qui constitue des repères sûrs. Ainsi, faire évoluer la pratique de l'injection d'un usager implique qu'il questionne et qu'il accepte de modifier toutes les dimensions de son rite. Ceci demande un effort particulier à l'usager et ne peut se faire rapidement. Les rites changent mais cela prend du temps car il faut déconstruire puis reconstruire du sens.

L'approche ERLI propose aux usagers d'effectuer ce travail autour de leur pratique d'injection en étant accompagné par des intervenants. Il est donc nécessaire qu'un contrat moral soit acté entre l'usager et les intervenants : les intervenants s'engagent à adopter une posture d'intervention basée sur l'écoute active, le non-jugement et l'acceptation des pratiques de l'usager et l'usager s'engage à adopter une posture d'ouverture à l'échange avec les intervenants. C'est en évoluant au sein de ce contrat moral selon les modalités définies ensemble que les échanges de savoirs entre usagers et intervenants et les évolutions sur la pratique pourront être mis en œuvre.

## 2. CADRE LEGAL DES DISPOSITIFS DE TYPE ERLI

Le dispositif ERLI, tel que développé par Médecins du Monde et ses partenaires, s'inscrit dans la loi de modernisation du système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016 (article 41). Cette loi institue notamment la supervision de consommation : Art. L. 3411-8.

« I. - La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

II. - Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

5° Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

III. - L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal.

IV. - La politique de réduction des risques et des dommages s'applique également aux personnes détenues, selon des modalités adaptées au milieu carcéral. »

Le dispositif ERLI s'intègre, par ailleurs, aux activités des CAARUD en faisant partie intégrante de leurs missions de RdR, telles que définies dans le Code de la Santé publique :

- Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogues et complétant le Code de la santé publique,
- Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques auprès des Usagers de Drogues (CAARUD) et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Le dispositif ERLI s'intègre également aux activités des CSAPA en faisant partie intégrante de leurs missions de RdR, telles que définies dans le Code de santé publique :

- Circulaire DGS/SD 6B n°2006-119 du 10 mars 2006 relative au renouvellement des autorisations des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et à la mise en place de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).
- Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie,
- Circulaire DGS/MC2 n° 2008-79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie et à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

Le partage d'informations entre professionnels dans le cadre d'un dispositif ERLI est défini par le décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

### **3. LES OBJECTIFS D'UN DISPOSITIF DE TYPE ERLI**

#### OBJECTIF PRINCIPAL

Réduire les morbidités et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse (problèmes infectieux : VIH et VHC notamment, complications bactériennes, overdoses, détérioration du capital veineux, etc.).

#### OBJECTIFS D'INTERVENTION

- Entrer en contact avec les usagers les plus à risque : les injecteurs nouveaux ou récents, et les injecteurs les plus marginalisés qui sont peu ou pas en lien avec des structures médicosociales et favoriser l'ouverture d'un dialogue sur les risques liés à la pratique de l'injection.
- Renforcer les capacités des usagers à adopter des comportements de prévention, c'est-à-dire :
  - Améliorer leurs connaissances sur les risques liés à l'injection ;
  - Agir sur leurs représentations et faire évoluer leur perception des risques ;
  - Promouvoir l'utilisation d'autres modes de consommation à moindre risque que l'injection lorsque cela est possible et souhaité par les usagers.
- Favoriser l'accès aux autres dispositifs et services proposés par les structures dans le cadre de l'accompagnement global de l'utilisateur.
- Repérer les pratiques à risques et les facteurs de vulnérabilité, en assurant une veille sur les pratiques, les produits et les modes de consommation.

## 4. DESCRIPTION DU DISPOSITIF ERLI

### 1. ORGANISATION GLOBALE DU DISPOSITIF

#### 1.1. Définir le cadre

Un dispositif ERLI consiste en une approche éducative individuelle théorique et pratique au cours de séances d'accompagnement où l'utilisateur utilise le produit qu'il consomme habituellement sur la base d'un canevas défini entre intervenants et usager. Il est donc primordial de définir le cadre global du dispositif ainsi que le canevas des séances avec les usagers en amont du démarrage du dispositif.

Pour permettre l'adhésion de tous les intervenants à la formalisation du cadre, il apparaît nécessaire au préalable de leur permettre de partager leurs représentations et leur vision du dispositif. Cette démarche doit pouvoir être réalisée en équipe et passe par des temps d'échange et de discussion pour travailler ensemble sur les représentations de chacun sur un tel dispositif et de l'impact qu'il peut avoir sur la structure. Être témoin de pratiques de consommation, en particulier de l'injection, n'est pas une démarche anodine. Cette approche renvoie tout individu à plusieurs interrogations autour de la relation au produit, à l'injection et au corps, au plaisir ou plus généralement à la gestion des émotions. Ces différents aspects doivent pouvoir être discutés en amont puis régulièrement au sein d'une équipe. Diverses techniques d'animation d'échanges peuvent être mobilisées pour faciliter ce travail.

Le dispositif ERLI doit également s'articuler avec les autres dispositifs proposés par la structure et les liens entre les dispositifs doivent être pensés en amont pour permettre une prise en charge holistique des usagers.

Il apparaît également nécessaire d'associer, tant que possible, les usagers à la construction du cadre d'intervention du dispositif et notamment au canevas des séances. L'ensemble des usagers de la structure doit pouvoir participer à leur élaboration qu'ils soient utilisateurs du dispositif ou non. Diverses techniques peuvent être mobilisées telles que le focus groups, le questionnaire, l'échange lors de Conseil de Vie Sociale (CVS) ou autres espaces de parole.

Le cadre du dispositif et le déroulement des séances retenus pourront ainsi être portés collectivement par tous les intervenants et les usagers de la structure, qu'ils participent ou non aux accompagnements. Le travail préalable évoqué permettra à l'équipe de construire une vision collective commune indispensable pour présenter un dispositif cohérent et permettre l'adhésion de tous (intervenants et usagers) au cadre défini. Cela sera également garant d'une meilleure appropriation du dispositif par tous.

#### 1.2. Les contextes d'intervention

Proposer un dispositif ERLI implique, pour les structures, d'avoir une bonne connaissance de son contexte d'intervention. Ainsi, avant de fixer les modalités de réalisation, il apparaît nécessaire d'identifier avec précision les différentes typologies d'usagers qui fréquentent la structure mais aussi la typologie des usagers présents autour de la structure mais qui ne la fréquentent pas. La structure doit également réfléchir à son inscription dans le territoire où elle se trouve. Ceci implique notamment de connaître avec précision son environnement, les partenaires présents et leurs activités, les scènes de deal et de consommation, etc. Pour synthétiser ces informations, les équipes peuvent s'appuyer sur les outils de diagnostic territorial, de mapping des acteurs ou d'analyse SWOT.

## L'EXPÉRIENCE DE MDM ET SES PARTENAIRES

L'approche ERLI a été initiée en milieu festif dans le début des années 2000. Ce contexte particulier est marqué par la présence d'une variété importante de produits avec des effets ne permettant pas toujours l'échange et la discussion, par des usagers favorisant la poly-consommation, l'expérimentation et sujets à des états de fatigue, de déshydratation et de sous-alimentation, par le tabou important auquel est soumise la pratique de l'injection et par des conditions d'hygiène dégradées (accès à l'eau et à l'électricité limité, manque d'espace propice).

Par la suite, l'approche a été développée par MDM et ses partenaires dans différents contextes. Sur le territoire de la Gare du Nord à Paris, le dispositif a été développé en CAARUD mobile avec l'association Gaïa Paris, auprès d'un public hétéroclite constitué d'usagers issus de milieux différents. Des usagers très précaires et d'autres insérés socialement, des usagers relativement âgés (40 ans et plus) et de plus en plus de personnes jeunes (moins de 25 ans) en voie de marginalisation, issues des milieux festifs, des usagers migrants (principalement originaires d'Europe de l'est) et quelques slameurs. Parmi ces usagers certains pratiquent l'injection depuis longtemps d'autres sont plus novices dans la pratique. Ce contexte d'intervention est celui d'une scène ouverte de deal et de consommation, marquée par une pression policière intense et la présence de multiples dispositifs. Sur la commune de Colombes (Hauts de Seine), le dispositif a été développé sur l'espace d'accueil du CARRUD Sida-Paroles auprès d'un public constitué d'usagers principalement masculins, issus de la communauté maghrébine des anciens bidonvilles de Nanterre. Il s'agit de personnes relativement âgées (50 ans et plus) qui ont une pratique d'injection de longue date.

L'expérimentation sur le lieu de vie des personnes (appelée intervention en « outreach ») a été réalisée de manière ponctuelle, à plusieurs reprises. L'expérimentation de l'approche ERLI en outreach permet de travailler avec les usagers sur leurs pratiques d'injection en conditions réelles, au plus proche de leurs habitudes et en lien avec l'environnement dans lequel ils injectent habituellement. Dans ce contexte, la place des intervenants est modifiée et les interventions sur les lieux de vie des personnes doivent être discutées en amont avec les usagers concernés afin de définir clairement les conditions et le cadre de ces accompagnements.

### 1.3. L'organisation de l'espace

Pour permettre un développement et une utilisation optimale du dispositif, il est nécessaire de définir des espaces dédiés. L'expérience a montré qu'il est important de séparer l'espace de discussion de celui de réalisation de la séance en elle-même. En effet, une fois entrés dans la salle permettant la consommation, les usagers peuvent être moins enclins à l'échange préalable nécessaire à la réalisation de la séance. De plus, la création d'un espace de discussion, séparé de l'espace de réalisation de la séance, permet également une certaine convivialité entre les usagers fréquentant le dispositif, notamment lors des moments d'attente.

L'espace ERLI doit être situé dans un espace sécurisé. Il est préférable que ce soit une pièce fermée, isolée de la vue du public et qui permette une sortie d'urgence en cas d'intervention des services spécialisés (pompiers, SAMU). Cet espace, suffisamment éclairé, doit disposer de :

- Un système d'alarme en cas d'urgence,

- Une table et des sièges,
- Un point d'eau avec distributeur de savon liquide et essuie-main,
- Des armoires pour le stockage du matériel et des outils.

Des espaces dédiés à l'attente et au repos doivent également être proposés. Il n'est pas forcément nécessaire que ce soit des espaces d'attente et de repos dédiés au dispositif. Ces espaces peuvent être mutualisés avec d'autres (ex : attente et repos au sein du lieu de vie proposé par la structure).

Enfin, les structures doivent définir les modalités d'accès aux différents espaces du dispositif (ex : salle d'attente en libre accès, salle ERLI accessible uniquement en présence des intervenants et pour la réalisation d'une séance). Ces modalités doivent prendre en compte le fonctionnement global de la structure et les modalités d'accès des autres dispositifs de la structure.

#### *1.4. La gestion du temps*

Le dispositif ERLI, lorsqu'il est proposé dans un CAARUD ou un CSAPA, doit être intégré aux activités de la structure. Ainsi, il est essentiel de définir les plages horaires durant lesquelles les usagers peuvent accéder au dispositif. Si le dispositif n'est pas accessible durant la totalité des horaires d'ouverture de la structure, un calendrier des horaires du dispositif devra être réalisé et rendu visible pour l'ensemble des usagers de la structure.

Il est également nécessaire de définir une heure limite d'acceptation de la dernière séance en lien avec l'heure de fermeture du dispositif. Il est recommandé d'accepter la dernière séance au minimum 45 min avant la fermeture du dispositif. Cela permet à l'utilisateur, comme aux intervenants, de disposer d'un temps suffisant pour la réalisation de la séance, du briefing et du débriefing.

Il est également essentiel que chaque structure définisse un processus d'inscription en cas d'affluence sur le dispositif (ex : inscription par ordre d'arrivée ou système de priorisation en fonction des besoins). S'il y a affluence sur le dispositif, il est nécessaire d'organiser la gestion de l'attente, notamment en lien avec l'espace disponible (existence d'une salle d'attente ou non). Diverses méthodes peuvent être mobilisées telles que l'auriculothérapie et la sophrologie.

#### *1.5. Disponibilité du dispositif*

L'accès au dispositif ERLI se fait lorsqu'un usager en fait la demande ou lorsqu'un intervenant de la structure le propose.

Les usagers doivent être informés des modalités mises en place par la structure pour pouvoir bénéficier du dispositif, via un affichage par exemple. Il est recommandé d'afficher la liste des intervenants habilités à réaliser des séances ERLI afin qu'ils soient connus des usagers. Ainsi, les usagers peuvent solliciter librement les intervenants.

## 1.6. L'intervention en binôme

Il est fondamental que les accompagnements soient réalisés par un binôme composé de deux intervenants formés. Le binôme permet d'assurer la sécurité des usagers et des intervenants et une implémentation qualitative du dispositif.

Il permet notamment :

1. La sécurité des usagers et des intervenants
2. Le passage de relais en cas de difficulté
3. La mitigation des prises de risques éventuelles
4. Une meilleure observation des pratiques et une complémentarité des regards et analyses
5. Une meilleure communication au sein des équipes du dispositif

Pour fonctionner de manière optimale, chaque intervenant doit être prêt à intervenir en complémentarité avec un collègue, ce qui implique une confiance réciproque entre les intervenants. Il appartient à chaque binôme de définir en amont de la réalisation d'une séance les modalités d'intervention au sein du binôme.

Le binôme instaure une situation de trio (deux intervenants et un usager) qui peut ne pas être naturelle pour l'usager comme pour les intervenants. Un équilibre doit donc être recherché afin que l'usager ne se sente pas confronté à deux personnes extérieures mais plutôt en présence d'intervenants avec des compétences, des personnalités et un vocabulaire différents et donc vecteurs de richesse supplémentaire.

## L'EXPÉRIENCE DE MDM ET DE SES PARTENAIRES

**Les intervenants ayant réalisé des accompagnements dans le cadre du programme ERLI de MdM et de ses partenaires ont tenté d'analyser les différents modes de fonctionnement des binômes. Ainsi, il apparaît que les binômes peuvent fonctionner selon deux modalités. La première modalité consiste à ce qu'un intervenant du binôme conduise l'entretien et la séance pendant que le second reste dans l'observation. La seconde modalité consiste à ce que les deux intervenants participent à part égale à la séance selon les opportunités amenées par la discussion. Il appartient à chaque binôme de définir les modalités d'interactions qu'il lui conviendra en fonction des compétences de chacun.**

**Les modalités de fonctionnement des binômes dépendent de l'expérience et de la relation entre les intervenants mais aussi de la relation de chacun des intervenants avec l'usager. En fonction de cela, il sera plutôt pertinent de mobiliser l'une ou l'autre des modalités. Il est essentiel que les intervenants du binôme soient attentifs à la qualité de l'échange durant la séance.**

## 2. DÉVELOPPEMENT DU DISPOSITIF

### 2.1. Faire connaître le dispositif

Afin que les usagers connaissent et se saisissent du dispositif, il est souvent nécessaire en amont de travailler entre usagers et intervenants sur les réticences que le dispositif suscite chez les usagers. Il appartient aux équipes d'argumenter et d'échanger avec les usagers afin de répondre à des éventuelles craintes ou questionnements.

## L'EXPÉRIENCE DE MDM ET DE SES PARTENAIRES

**Dans le cadre de l'expérimentation, les équipes des partenaires Sida Paroles et Gaïa Paris ont rencontré diverses formes de réticences de la part des usagers. La liste ci-dessous n'est pas exhaustive mais permet d'avoir un aperçu de cette question :**

- La consommation de produits est formellement interdite dans les structures et l'instauration d'un dispositif ERLI, instaure une certaine autorisation de la consommation qui peut être difficile à comprendre pour les usagers. Les contradictions entre la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé et la loi n° 070-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite de substances créées des interrogations légitimes auxquelles la structure doit se préparer à répondre.
- L'injection peut être une pratique taboue, que les usagers ont l'habitude de taire et/ou de cacher. Accepter de mettre cette pratique au centre d'une conversation et d'un dispositif peut être déstabilisant pour les usagers.
- Le fait de participer au dispositif implique pour les usagers d'être identifiés par les intervenants comme par les autres usagers comme injecteurs. Parfois, les usagers ne s'identifient pas eux-mêmes comme injecteurs et ne souhaitent pas l'être.
- Certains usagers se pensent experts de la pratique d'injection et ne souhaitent pas confronter leurs pratiques à l'observation des intervenants par peur de perdre confiance sur leurs pratiques.
- Le fait de réaliser une séance signifie que l'utilisateur est en possession de produit. Cela peut amener certains usagers à craindre d'être confronté à des tensions avec d'autres usagers.
- Certains usagers ne souhaitent pas modifier leurs pratiques et/ou ne perçoivent pas l'intérêt de travailler sur leurs pratiques. Cela a été particulièrement observé chez les usagers avec des pratiques d'injection de longue date.
- Certains usagers peuvent remettre en question la légitimité des intervenants à accompagner l'injection, notamment lorsqu'il s'agit d'intervenants débutants, ne pratiquant pas eux-mêmes l'injection.

**Un travail préalable entre intervenants et usagers est donc nécessaire pour réduire les réticences auprès des usagers au démarrage du dispositif. Il est important de rappeler que les réticences des usagers seront moindres s'ils sont eux-mêmes associés à la définition du dispositif. Une fois le dispositif en place, il est important que celui-ci puisse être présenté en détail aux nouveaux usagers des structures, lors de l'entretien d'accueil par exemple.**

**Enfin, il est important de noter que le « bouche à oreille » joue un rôle important dans l'acceptation du dispositif par les usagers. En effet, le discours que les usagers peuvent tenir sur le dispositif influence fortement les autres usagers. Ainsi, lors de l'expérimentation du dispositif ERLI, Médecins du Monde et ses partenaires ont constaté un impact important du « bouche à oreille » entre usagers sur la promotion du dispositif et donc sur sa fréquentation.**

## *2.2. Le processus d'inclusion*

Pour permettre un développement optimal du dispositif, chaque structure doit définir un processus d'inclusion des usagers dans le dispositif. Ce processus doit être connu par tous les intervenants de la structure, qu'ils soient intervenants sur le dispositif ou non. L'inclusion peut apparaître comme une étape longue ; la réalisation de l'entretien d'inclusion, la lecture, la compréhension et la validation des documents d'accueil (notice d'information, consentement) par l'utilisateur nécessitent du temps. C'est une étape néanmoins importante car elle permet de poser clairement le cadre et les objectifs du dispositif. Il est notamment primordial de présenter aux usagers les différences entre le dispositif proposé et une salle de consommation à moindre risque. Les documents d'accueil peuvent servir de support aux intervenants. Des jeux de rôle entre intervenants peuvent être réalisés pour les aider à se familiariser avec les documents

### **Les critères d'inclusion**

Il appartient à chaque structure de définir les critères qu'elle souhaite appliquer au dispositif qu'elle développera. Cependant, il apparaît essentiel que ces critères soient définis en fonction des acteurs en présence et notamment en fonction des pratiques des usagers, de la posture des autorités de tutelles, de l'état du réseau partenarial (notamment services d'urgence et de secours) mais également en fonction du niveau de compétence des équipes en termes de formation et d'expérience.

Les critères d'inclusion peuvent être absolus ou relatifs et doivent être parfaitement intégrés par les équipes.

### **L'entretien d'inclusion**

Afin d'accéder au dispositif ERLI, les usagers doivent réaliser un entretien individuel avec deux intervenants. L'entretien d'inclusion est donc un préalable indispensable à l'entrée sur le dispositif ERLI et à la 1<sup>ère</sup> séance. Cet entretien doit avoir lieu dans un espace confidentiel, où l'utilisateur se sentira libre d'aborder les thématiques en lien avec ses consommations, son état de santé générale, son histoire et sa pratique d'injection.

Cet entretien a pour objectif de :

- Présenter le dispositif ERLI à l'utilisateur, à savoir :
  - o Présenter les objectifs, les conditions, les modalités et les règles du dispositif à l'utilisateur,
  - o Informer l'utilisateur qu'il peut arrêter sa participation au dispositif à tout moment,
  - o Informer l'utilisateur des outils de suivi et d'évaluation qui sont utilisés lors de chaque séance en précisant l'utilisation faites des informations recueillies le concernant. Il est précisé que les informations collectées sont totalement anonymes et lui appartiennent,
  - o Informer l'utilisateur sur les modalités d'inclusion dans le dispositif,
- Faire un premier bilan des consommations et des pratiques de l'utilisateur,
- Déterminer si l'utilisateur accepte le contrat moral du dispositif et se sent en capacité d'échanger sur ses pratiques.

### **Le recueil du consentement**

Pour préciser le cadre du projet, les intervenants peuvent lire le consentement avec l'utilisateur et ils doivent s'assurer que le document est bien compris par l'utilisateur.

Le document de consentement reprend les points essentiels qui doivent être transmis à l'utilisateur :

- Les séances permettent une observation des pratiques et un échange. Le temps de la discussion peut avoir lieu durant la pratique ou après, en fonction du souhait de l'utilisateur. Cette question sera posée à l'utilisateur par les intervenants lors de chaque séance.
- L'objectif de ce dispositif est l'amélioration des pratiques et la réduction des risques associés à l'injection. Il ne s'agit pas d'une seule mise à disposition d'un espace pour injecter.
- Si la personne se présente sous une empreinte de produits jugée trop importante par les intervenants, l'équipe doit pouvoir se réserver le droit de refuser la réalisation d'une séance.
- Une présentation récapitulative des jours/horaires et modalités d'accès au dispositif est indiquée.
- Des informations concernant la pratique de l'utilisateur sont recueillies à chaque séance et tout au long de la participation au dispositif. L'utilisateur est libre de récupérer ces informations à tout moment, sur simple demande.

Après s'être assurés de sa pleine compréhension par l'utilisateur, les intervenants invitent l'utilisateur à signer le document de consentement. Par sa signature, l'utilisateur accepte le cadre du dispositif, les règles à y observer et le fait que les informations sur sa pratique vont être recueillies. Le recueil du consentement est primordial et permet d'acter le contrat moral entre l'utilisateur et la structure sur le dispositif.

## **Validation de l'inclusion**

Il appartient à chaque structure de définir les modalités de validation de l'inclusion de l'utilisateur dans le dispositif. A l'issue du processus d'inclusion, la validation de l'inclusion de l'utilisateur dans le dispositif doit lui être signifiée.

## **L'EXPÉRIENCE DE MDM ET DE SES PARTENAIRES**

**Lors de l'expérimentation menée par Médecins du Monde et ses partenaires, le fait que l'utilisateur ait répondu au questionnaire d'inclusion et signé la lettre de consentement validait son inclusion dans le dispositif et permettait donc la réalisation de la première séance.**

### *2.3. Le déroulé d'une séance*

#### **Briefing entre intervenants avant séance**

Avant chaque séance les intervenants constituant le binôme sont invités à prendre un temps de briefing seuls avant d'entrer en séance avec l'utilisateur. Ce temps d'échange entre professionnels permet aux intervenants de prendre connaissance des éléments importants relatifs à l'utilisateur et aux séances précédentes de l'utilisateur, s'il y en a déjà eu. Ce temps leur permet également de s'accorder sur un mode de fonctionnement de leur binôme en fonction de leurs relations professionnelles, de leurs expériences et des relations que chacun entretient avec l'utilisateur.

#### **Informations requises avant chaque séance**

Certaines informations sont requises avant de procéder à une séance ERLI. Ces informations sont recueillies à l'aide d'une fiche de séance préalablement définie par les équipes.

Les informations minimums requises sont les suivantes :

- Les produits licites ou illicites consommés sur les dernières 24h, y compris les médicaments, prescrits ou non
- Le produit qui sera consommé, la quantité si elle est facilement définissable (valable surtout pour les médicaments prescrits ou détournés),
- Le nombre d'injections prévues correspondant à une session d'injection pour l'utilisateur
- Le site d'injection envisagé et les potentielles difficultés habituellement rencontrées,
- L'objectif visé pour la séance (sauf dans le cas de la première séance qui est principalement une séance d'observation et des possibilités de travail ensemble lors de futures séances).

Ces informations permettent d'identifier des contre-indications relatives à bénéficier d'une séance et à définir l'option didactique la plus pertinente en fonction de l'objectif visé pour la séance.

Les intervenants informent également l'utilisateur que toutes les informations importantes permettant sa prise en charge seront communiquées aux services d'urgence, en cas de besoin, conformément aux modalités de partage d'informations entre professionnels de santé et du champ médico-social.

## L'EXPÉRIENCE DE MDM ET DE SES PARTENAIRES

**L'échange qui a lieu en début de séance peut être une occasion d'échanger sur la nature et la composition des produits consommés par l'utilisateur, qu'ils soient injectés ou non. Les intervenants peuvent notamment proposer à l'utilisateur l'analyse de drogues. Plusieurs structures proposent ce dispositif comme outil de réduction des risques en France et peuvent donc être sollicitées pour réaliser une analyse de produits sur simple demande des usagers. Il existe une réelle complémentarité entre les dispositifs ERLI et d'analyse de drogues.**

### **Contre-indications absolues et refus de séance**

Si, à l'issue de l'entretien préalable, des informations faisant apparaître un risque trop élevé pour l'utilisateur ou pour les intervenants sont identifiées, les intervenants doivent pouvoir refuser la réalisation de la séance afin de protéger l'utilisateur, les intervenants et le dispositif. Cette décision doit être expliquée à l'utilisateur.

Les équipes doivent également se réserver le droit de refuser une séance à tout moment et notamment dans les cas suivants :

- Si les intervenants ne sont pas disponibles.
- Si l'équipe est en nombre insuffisant pour animer les autres dispositifs de la structure.
- Si un utilisateur présente un comportement inadéquat, ou s'il se présente sous l'emprise d'un ou de plusieurs produits psychoactifs jugée trop importante par les intervenants. Il s'agit d'une évaluation subjective qui doit être assumée par l'équipe.
- Là encore, la décision doit être expliquée aux utilisateurs concernés.

### **Contre-indications relatives et rôle de la négociation**

Il est important de mener un entretien rapide avec l'utilisateur avant d'entrer en séance afin de définir avec lui les objectifs de la séance. Cet entretien peut parfois faire émerger des contre-indications relatives. Les contre-indications relatives correspondent à des situations (pratiques d'injection ou consommation de certains produits) qui ne sont pas souhaitables a priori car comportant des risques trop importants d'un point de vue médical.

Ces contre-indications doivent être discutées entre l'utilisateur et les intervenants, il s'agit alors d'une négociation. Aux termes de la discussion, les intervenants conviennent avec l'utilisateur de réaliser ou non la séance. Il peut alors être convenu que la réalisation de la séance est soumise aux respects de certains points négociés pendant la discussion.

## L'EXPÉRIENCE DE MDM ET DE SES PARTENAIRES

**Lors des séances, la négociation peut intervenir sur différents sujets.**

**La négociation sur le produit consommé : il s'agit d'identifier si le produit a déjà été consommé par l'utilisateur et si les intervenants présents sont en capacité d'accompagner une consommation de ce produit, aussi bien au regard de leurs expériences que de leur formation.**

**La négociation sur la quantité de produit consommée : si la quantité envisagée par l'utilisateur est jugée trop importante par les intervenants, il peut y avoir une négociation sur la quantité. Cette négociation doit prendre en considération les habitudes de l'utilisateur, son état de fatigue, les consommations précédentes, etc. enfin, certains usagers ont pour pratique de « flirter » avec l'overdose et l'accompagnement de l'overdose peut enfin être un choix éducatif fait par les intervenants et l'utilisateur.**

Cécilia (les prénoms ont été modifiés), âgée d'une trentaine d'années est une habituée du dispositif ERLI qu'elle fréquente depuis plusieurs années. Elle injecte régulièrement du Skenan®, inhale du crack occasionnellement et consomme des benzodiazépines (Lexomil®) très fréquemment, voire quotidiennement sur certaines périodes. Elle est régulièrement hospitalisée en psychiatrie. Cécilia tend à reprendre l'injection de Skenan® dans les jours qui suivent ses sorties d'hospitalisation. Il arrive fréquemment qu'elle fasse des overdoses.

Un soir, Cécilia se présente sur l'unité mobile du dispositif ERLI, située à Gare du Nord (Paris). Elle déclare sortir de l'hôpital psychiatrique après plusieurs mois d'hospitalisation. Elle souhaite réaliser une séance. Elle déclare ne pas avoir consommé de Skenan® depuis de nombreuses semaines et avoir consommé des benzodiazépines (Lexomil®) en grande quantité. Son état de conscience est altéré, elle est confuse dans ses propos et a tendance à s'endormir en parlant. Elle souhaite réaliser une injection de 200mg de Skenan® pendant la séance.

Face au risque important d'overdose, l'équipe entame une négociation avec elle, en vue de réaliser une séance avec 50 mg de Skenan®. Cécilia refuse. L'équipe tente alors une négociation en vue de différer la réalisation de la séance. Elle refuse également et annonce à l'équipe qu'en cas de refus d'une injection de 200 mg sur l'unité mobile, elle réalisera cette injection seule dans un parking.

Après concertation en équipe, il est décidé de lui proposer de préparer deux seringues de 100 mg chacune, d'injecter lentement et si possible en faisant une pause à la moitié de la première seringue afin de réévaluer l'état de conscience et l'effet de la première injection pour décider si la deuxième injection peut être envisagée. Elle accepte cette proposition.

Elle prépare ses seringues comme prévu malgré ses difficultés à effectuer la préparation (endormissement et somnolence, difficulté de communication avec les intervenants). Elle réalise la première injection et, contrairement à ce qui avait été négocié, elle injecte la totalité du contenu de la seringue. Quelques minutes après, l'effet des opiacés apparaît et Cécilia s'endort de plus en plus, sans même avoir pu retirer la seringue de son bras. Les intervenants sont obligés de la stimuler pour la maintenir éveillée et qu'elle puisse retirer

elle-même la seringue de son bras. Puis, l'équipe lui propose de retourner sur l'espace accueil, ce qu'elle accepte.

Cécilia reste dans l'espace d'accueil, régulièrement stimulée par les intervenants et d'autres usagers présents. Bien que moins sédaturée, elle reste incohérente et désorientée. Au moment de la fermeture du dispositif (environ 6h après la réalisation de la séance), Cécilia est invitée à quitter le camion pour se rendre aux urgences, ce qu'elle refuse. Elle demande alors à récupérer la deuxième seringue. Une nouvelle négociation est tentée mais elle refuse toutes les propositions.

Face à cette situation, la coordinatrice du dispositif est jointe par téléphone et décide de venir sur place. Arrivée sur l'unité mobile, la coordinatrice tente à nouveau une négociation, sans succès. La coordinatrice fait alors le bilan suivant : Cécilia est restée sous surveillance sur l'unité mobile plus de 6h et sachant que la durée des effets de la morphine en intraveineuse est de 4 à 5h ce qui est confirmé par l'amélioration de son état au cours du temps, le pic d'effet est dépassé. Elle reste sous les effets de l'importante dose de Lexomil® qu'elle a consommée et dont la durée d'action est plus longue. Cependant, lors des derniers échanges, elle répond à toutes les questions sans qu'il soit nécessaire de répéter ou de la stimuler physiquement. Sa seringue lui est remise et Cécilia quitte le dispositif.

**La négociation sur le point d'injection utilisé : certains usagers sollicitent régulièrement des points d'injection qui peuvent présenter alors un début d'infection, pas toujours perçue par les usagers. La négociation peut alors porter sur l'arrêt des injections dans ce point afin de permettre une cicatrisation.**

Abdel, (les prénoms ont été modifiés) fréquente le CAARUD de Sida Paroles depuis de nombreuses années. Il est sous Méthadone et injecte très régulièrement de la cocaïne. Face à sa difficulté à trouver des veines sur les bras, il réalise ses injections dans la veine jugulaire, au niveau du cou. Il sollicite très fréquemment l'équipe pour des accompagnements.

Suite à une séance ayant été interrompue à la demande des intervenants en raison des difficultés rencontrées par Abdel pour injecter dans le cou, un entretien est réalisé. Les intervenants reviennent avec lui sur sa demande initiale d'accompagnement, rappelle leurs difficultés lors de la séance précédente et lui font part de leur souhait de ne plus accepter de l'accompagner s'il continue à injecter dans le cou. Il vit mal cette situation et l'équipe lui rappelle qu'elle reste disponible pour échanger sur ses pratiques et rechercher d'autres points d'injection. Après quelques temps, les discussions ont repris et Abdel a accepté de revenir sur le dispositif pour injecter dans d'autres points moins à risque.

Dans le cadre de séances ERLI, les intervenants constatent qu'il y a sous identification des abcès de la part des usagers. En effet, tant que le point n'est pas rouge, chaud et purulent, ils ne considèrent souvent pas être en présence d'un abcès, or cela peut déjà être le cas.

### **Le droit à dire non des intervenants**

Même si les intervenants d'une équipe partagent une culture commune du projet et ont défini ensemble le cadre, chaque intervenant peut faire face à ses propres limites (limite par rapport à une

pratique, à un ressenti vis-à-vis d'un usager). Si les échanges durant la phase de négociation n'aboutissent pas à la construction d'un consensus entre les intervenants et l'usager, chaque intervenant peut mobiliser s'il le souhaite son droit à dire non. Cette possibilité doit être présentée aux usagers lors de l'inclusion et rappelée régulièrement, aux usagers comme aux professionnels, pour éviter tout malentendu ou surprise si la situation devait se présenter.

### **La première séance**

La première séance est particulière. Pour l'usager, elle peut être délicate et déstabilisante car la personne expose souvent pour la première fois sa pratique. La démarche d'observation n'est pas naturelle, notamment lorsqu'il s'agit d'une pratique habituellement cachée. Il s'agit donc de mettre à l'aise l'usager pour qu'il reproduise au mieux sa pratique habituelle, en le rassurant sur les intentions des intervenants : voir et observer les pratiques permet d'évaluer les risques pris la personne, les marges d'évolution possibles et d'individualiser ainsi les messages de réduction des risques afin de construire des messages et des conseils sur la réalité des pratiques de la personne.

Lors de la première séance, il ne s'agit pas tant de donner de l'information, que d'observer, de noter et de réfléchir sur ce qui pourra être travaillé avec l'usager. Le travail engagé est progressif et se fait, dans l'idéal, sur plusieurs séances. La première séance permet d'observer les pratiques de l'usager et de le questionner sur ses pratiques habituelles et les raisons de certaines de ses pratiques. D'autres aspects de l'injection pourront être abordés lors d'une autre séance. Les risques et les messages devront être hiérarchisés en se basant sur les motivations et les priorités définies par l'usager.

Au cours de l'expérimentation du projet ERLI, il est arrivé que certains usagers tentent de modifier leur pratique dès la première séance. Ceci s'est montré contre-productif, certains n'ayant pas réussi à réaliser l'injection.

Le bilan de cette première séance est primordial. Il permet de partager les impressions et de recevoir les demandes et les attentes de l'usager pour construire avec lui les objectifs des prochaines séances.

### **Les séances de suivi**

A chaque séance de suivi, les intervenants sont invités à reprendre avec l'usager les conclusions des séances précédentes et à définir avec lui un objectif pour la séance en cours. Il est également essentiel de définir, entre intervenants et usager, les modalités d'intervention pendant la séance (échanges pendant la préparation et la consommation ou à la fin de l'injection).

La pratique de l'injection correspond à une succession d'étapes qui seront réalisées pendant la séance :

- Lavage des mains,
- Mise en place de l'espace de préparation à l'injection,
- Présentation du produit aux intervenants,
- Mise en solution du produit,
- Filtration,

- Recherche du point d'injection et désinfection du point d'injection retenu,
- Utilisation du garrot, si nécessaire,
- Introduction de l'aiguille dans la veine et injection du produit,
- Soins post-injection,
- Gestion du matériel souillé.

Ces étapes comportent de multiples gestes techniques et peuvent chacune faire l'objet d'une séance d'éducation aux risques, selon les besoins de l'utilisateur. C'est pourquoi, au début de chaque séance, l'utilisateur définit avec les intervenants des objectifs pour la séance.

## L'EXPÉRIENCE DE MDM ET SES PARTENAIRES

Kamel, (les prénoms ont été modifiés) âgé de 57 ans, ayant une pratique d'injection depuis plus de 20 ans et également fumeur avec une broncho-pneumopathie obstructive. Il est également porteur d'une hépatite C et ne suit aucun traitement. Il est bipolaire et n'est pas suivi sur le plan psychiatrique. Il refuse de prendre un traitement de substitution et injecte 300 à 600 mg de Skenan® par jour (50 à 200 mg par prise). Il fréquente régulièrement le dispositif ERLI.

Malgré plus de 20 ans de pratique d'injection, Kamel a un bon capital veineux, il ne recherche pas spécialement à travailler ses pratiques mais, le plus souvent, un espace tranquille pour réaliser son injection. Il bouscule le cadre régulièrement. Lors des premières séances, il refuse d'alterner ses points d'injection, se moque de respecter les règles d'hygiène de base (se laver les mains, désinfecter, etc.) car il dit ne jamais avoir de complication, ni de difficulté à injecter et ne voit pas l'intérêt de modifier ses pratiques.

Initialement, il a pour pratique d'utiliser le filtre présent dans la Stéricup® qu'il dépiaute pour n'en conserver que la moitié. La question de la filtration est abordée lors des premières séances lorsque l'équipe constate qu'il pense que le filtre retient le VHC. Plusieurs séances sont alors réalisées au cours desquelles il réalise une double filtration (Stérifilt® appuyé sur le filtre présent avec la Stéricup®). Cependant, il n'est pas convaincu et ne l'utilise pas dans sa pratique régulière. Il poursuit l'utilisation du filtre présent avec la Stéricup® malgré les échanges avec l'équipe en séance et en dehors.

Lors d'une séance, suite au constat partagé de la dégradation de son état de santé générale et d'un essoufflement constant dont il est sujet, l'équipe discute une nouvelle fois de l'intérêt de la filtration pour réduire le dépôt de particules fines dans les très petites veines, en particulier celles des poumons. Il essaye alors à nouveau le Stérifilt®. Il constate que l'effet ressenti est le même et regrette de ne pas l'avoir utilisé plus tôt. Par la suite, il fait part à l'équipe du fait qu'il a décidé d'adopter le Stérifilt®. Il dit sentir plus le produit avec ce type de filtration. Lors des séances suivantes, l'équipe constatera une utilisation quasi systématiquement du Stérifilt® et il en demandera régulièrement au niveau de la distribution de matériel.

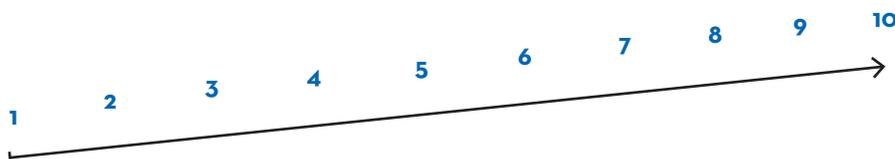
### Le bilan après chaque séance avec l'usager

La conclusion doit permettre de rappeler les points les plus importants d'une séance (bonnes pratiques observées, prise de risques discutées et éléments importants de l'échange), de définir entre intervenants et usager si les objectifs de la séance ont été atteints et, lorsque ceci est possible, de définir les prochains objectifs. Ce moment de la séance est également l'occasion d'aborder avec l'usager l'applicabilité des conseils ou des évolutions des pratiques discutées pendant la séance, dans son contexte habituel de consommation. Les intervenants doivent dans la mesure du possible inciter l'usager à s'exprimer et à formuler ce qu'il retient de la séance écoulée.

Dans cette phase de bilan, les intervenants peuvent s'appuyer sur l'outil de « l'échelle de risques » (voir ci-dessous). Cet outil facilite les échanges entre usagers et intervenants sur les représentations des prises de risque et peut aider à l'identification des facteurs potentiels d'évolution de la pratique vers moins de risque. Cet outil peut ne pas être opportun si de nombreux sujets ont été abordés durant la séance. Les intervenants peuvent également simplement demander à l'usager comment il a vécu la séance et si les éléments apportés par les intervenants ont fait sens pour lui et ont bien été compris. Ceci peut également s'avérer être un point de départ pour discuter ce qu'il pourra être travaillé lors de la ou les prochaines séances.

## L'ÉCHELLE DE RISQUES

Peux-tu te situer sur une échelle de risque entre 0 (aucun risque) et 10 (risques maximum) ?



## L'EXPÉRIENCE DE MDM ET DE SES PARTENAIRES

Laura (les prénoms ont été modifiés), 32 ans, injecte quotidiennement du Skenan®. Elle présente un capital veineux difficile d'accès avec des veines peu apparentes et relativement fines. Devant ses difficultés à injecter dans les bras, elle est passée à la jugulaire depuis quelques années. Elle ne possède qu'un site d'injection qui est très marqué puisque sollicité plusieurs fois par jour.

Elle se présente sur l'unité mobile du programme ERLI à Gare du Nord (Paris) et souhaite intégrer le dispositif afin de partager les difficultés liées à sa pratique. Elle établit avec les intervenants des objectifs de recherche de veines afin de pouvoir alterner ses sites d'injection.

Dès la fin de la première séance, l'équipe lui propose de faire de la recherche de veines avec garrot ce qui met alors en évidence la possibilité d'une alternance des sites d'injection au niveau des bras.

Lors de la deuxième séance, elle souhaite prendre, à nouveau, le temps de chercher des veines pour qu'elle se familiarise avec les différentes techniques de recherche de veines. Elle dit vouloir s'entraîner

seule. L'équipe lui remet un garrot. Trois séances seront nécessaires pour qu'elle décide de tenter une injection dans les bras. Seule, elle a réussi à visualiser le trajet d'une veine sur son bras, elle s'est également entraînée à la pose de garrot et au retrait avec les dents. Elle souhaite être rassurée sur sa pratique. Les intervenants lui proposent de « répéter le geste à blanc » (angle pour pénétrer la veine, positionnement des doigts sur la seringue pour pouvoir réaliser le reflux sans trop bouger, retrait du garrot) avant de s'injecter réellement. Elle adhère à cette proposition. Elle demande à un des intervenants de rester à proximité afin de la guider verbalement sur le geste. Elle réalise sa première injection dans les bras lors d'une séance, sans aucune difficulté. L'équipe l'a revu par la suite à cinq reprises. Elle dit avoir besoin de prendre confiance en elle sur une pratique qu'elle n'a pas eu depuis des années (injecter dans les bras). A chaque fois, la recherche de veines lui est proposée afin qu'elle s'approprie les techniques et qu'elle trouve seule de nouvelles veines. Les premières injections dans les bras ne se font qu'en présence de l'équipe ERLI, seule elle continue à s'injecter dans le cou. Au bout de la 8ème séance, lors du bilan de séance, elle déclare ne plus injecter dans le cou et annonce ne plus avoir besoin de réaliser de séance ERLI car elle considère avoir atteint son objectif.

### **Le débriefing entre intervenants**

Le débriefing entre intervenants est nécessaire à la fin de chaque séance pour faire le point au niveau du binôme sur la séance qui vient de s'écouler. Il s'agit également d'un temps où les intervenants peuvent compléter les outils de suivi consacrés à chaque usager.

Les débriefings donnent également la possibilité aux intervenants d'évoquer leurs ressentis sur la séance passée. Il est important que les intervenants conservent une posture professionnelle et partagent leurs impressions sur la dynamique de la séance, la dynamique de leur binôme et les pratiques de l'usager. Des notes peuvent être prises pour que des points de discussion soient ensuite repris en réunion d'équipe ou en analyse de pratique, notamment lors qu'il n'y a pas consensus entre les deux intervenants.

La confiance et le respect des compétences de chacun sont des aspects primordiaux pour que cette démarche soit possible et que les échanges et les éventuels désaccords puissent être abordés dans un cadre serein.

#### *2.4. Les séances en présence de deux usagers*

Lorsqu'il est établi que deux usagers ont pour habitude de consommer ensemble (couple ou amis qui partagent le produit), il peut être intéressant de réaliser les séances avec les deux usagers. La réalisation de séances en présence de deux usagers passe cependant nécessairement par une inclusion individuelle de chaque usager afin de permettre à chacun de s'exprimer librement sur sa pratique, indépendamment du regard de l'autre usager.

La réalisation de ce type de séances nécessite de clarifier en début de séance les objectifs pour chaque usager, qu'il s'agisse d'une séance visant à l'autonomisation d'un des usagers ou d'une séance visant à réduire les risques d'une consommation partagée.

La consommation en commun, qu'il s'agisse d'un couple ou d'amis, implique souvent des rapports de force ou d'autorité entre usagers. Les intervenants seront particulièrement attentifs à la nature des relations qui unissent les usagers, notamment lors de la première séance afin de permettre un accompagnement optimal de ces usagers.

## L'EXPÉRIENCE DE MDM ET DE SES PARTENAIRES

Bruno (les prénoms ont été modifiés), 46 ans, consomme de manière régulière par voie intraveineuse depuis une dizaine d'années et ne présente pas de difficultés dans sa pratique. Sébastien, âgé de 36 ans, injecte de manière occasionnelle depuis environ dix ans. Sébastien ne réalise pas lui-même ses injections car il a peur des aiguilles et il pense que cela lui permet de mieux maîtriser sa consommation. Ainsi, Bruno et Sébastien ont pour habitude de consommer ensemble.

Lors de la 3<sup>ème</sup> séance, nous observons des tensions entre Bruno et Sébastien. Ce jour-là, Bruno se montre hésitant lorsqu'il réalise l'injection de Sébastien, il n'est pas sûr d'être dans la veine et s'y reprend à 5 reprises avant de réaliser l'injection. Sébastien se plaint de son hésitation alors qu'il lui semble que l'aiguille est dans la veine et pourrait administrer le produit. Sébastien dit avoir mal et a l'impression que Bruno fait exprès. Il décide d'arrêter la séance et préfère ne pas injecter son produit. Il demande alors à l'équipe de l'accompagner pour s'autonomiser et apprendre à faire lui-même son injection. Sébastien reviendra une dizaine de fois, seul, pour améliorer sa technique d'injection. Il souhaite prendre le moins de risque possible et se montre intéressé par l'utilisation du Stérifilt®.

### 2.5. Les cas particuliers

Lors de l'expérimentation, divers cas particuliers ont été discutés et rencontrés. Les paragraphes ci-dessous reviennent sur ces différentes situations.

#### **Des situations qui questionnent souvent mais restent des exceptions**

Les cas particuliers abordés ici sont souvent questionnés par les intervenants, les structures et les autorités mais n'ont pas ou peu été rencontrés dans le cadre de l'expérimentation. Ces situations relèvent de l'exception et ne peuvent servir de base à la définition d'un cadre général.

#### **Les usagers mineurs**

Dans le cadre de la mise en œuvre du programme ERLI, Médecins du Monde et ses partenaires n'ont jamais rencontré de personnes se déclarant mineurs souhaitant intégrer le dispositif en milieu urbain. Quelques mineurs ont été rencontrés en milieu festif. Pour ces usagers, les intervenants ont toujours privilégié l'accompagnement théorique sans consommation. Les personnes mineures nécessitent une attention particulière. Elles sont souvent au début de leurs pratiques d'injection, ont peu de connaissance et présentent des prises de risques importantes.

#### **Les usagers primo-injecteurs**

Les équipes ont rencontré très peu d'usagers primo-injecteurs. Ceci est intervenu principalement en milieu festif. Il est important de préciser que la plupart des usagers rencontrés ont été initiés à l'injection par un tiers. L'accueil des usagers primo-injecteurs nécessite de discuter longuement avec l'utilisateur afin de connaître son parcours de consommation (tous modes de consommation) et de déterminer les motivations qui le conduisent à vouloir pro-

céder par injection. Si l'utilisateur se montre déterminé, il est fort probable qu'il réalise une injection dans les heures ou jours qui suivent l'échange avec les intervenants. Aussi, il s'avère préférable de l'inclure dans le dispositif afin de lui permettre d'adopter des pratiques et des comportements à moindre risque dès le début de sa pratique.

### **L'injection dans les artères**

Il est important de préciser que les usagers n'injectent pas volontairement dans les artères car ceci est extrêmement douloureux. Les usagers rencontrés rapportent avoir ressenti des sensations de décharge électrique et des douleurs aiguës ainsi qu'avoir, par la suite, eu des gonflements des bras (lorsque l'injection est réalisée sur cette partie du corps). Enfin, les usagers ont rapporté avoir identifié que le sang était plus clair et pulsait dans la seringue, faisant parfois remonter le piston. Il est arrivé au cours de l'expérience ERLI, de rencontrer des usagers qui déclaraient s'injecter dans les artères. Mais à la suite des échanges menés avec les intervenants sur leurs pratiques et après avoir assisté à une injection, il s'avère qu'il y a souvent confusion entre artère et grosse voie veineuse.

### **Les femmes enceintes ou qui allaitent**

Ces cas se sont présentés très rarement sur le dispositif ERLI. Les équipes ont rencontré quelques femmes enceintes, souvent au début de leurs grossesses et qui exprimaient le souhait de diminuer voire d'arrêter l'injection. Les équipes n'ont jamais rencontré de femmes qui injectaient en allaitant. Il est important de préciser que les risques bactériens et viraux restent très importants pour les femmes enceintes qui injectent avec notamment un risque de transmission virale à l'enfant et/ou l'apparition de complication dans le déroulement de la grossesse. Les risques encourus par les femmes enceintes qui injectent dépendent du produit qu'elles consomment. Concernant les consommations d'opiacés, il est important pour la santé des bébés est que les femmes ne connaissent pas de périodes de manque d'où la nécessité d'orienter ces usagères vers des structures qui permettent un suivi adapté. Les risques liés à la toxicité des produits doivent être évalués en fonction des produits consommés par la femme enceinte.

### **Des situations particulières et observées régulièrement sur le dispositif**

#### **Les usagers injecteurs qui n'ont jamais injecté eux-mêmes**

Ces situations ont été régulièrement observées sur le dispositif en raison de l'acceptation des séances à deux usagers. En effet, nombre de séances à deux usagers sont motivées par la perspective d'un des usagers d'acquiescer une autonomie et de réaliser l'injection sans l'aide d'un tiers. L'accompagnement vers l'autonomisation implique d'accompagner l'utilisateur dans la construction de sa propre pratique d'où l'importance de hiérarchiser les messages de prévention en fonction de sa situation, ses besoins, ses demandes, de l'état de ses connaissances et de son environnement de consommation.

## Les usagers ayant des problèmes de santé mentale

Il est important de préciser qu'une partie des usagers rencontrés dans le cadre du programme ERLI consomment pour stabiliser leur santé mentale. De plus, le dispositif amène les usagers à se livrer sur leur parcours de vie et donc sur des éléments très intimes qui relèvent parfois de leur santé mentale. Il est donc important que les équipes soient prêtes à accueillir ce type d'usagers et bénéficient d'un maillage partenarial permettant l'orientation vers des structures d'accueil et d'accompagnement psychologique. L'accueil des usagers présentant des problèmes de santé mentale doit amener les intervenants à être particulièrement vigilants aux interactions entre les produits et les médicaments. Les intervenants doivent également apporter une attention particulière aux usagers qui sortent d'hospitalisation ou qui sont sujets à des modifications de traitement, cela pouvant avoir une incidence sur les risques qu'ils encourent. Enfin, la nature des produits consommés doit être analysée pour permettre un accompagnement adapté. Ce type d'usagers peut parfois présenter des discours incohérents aux intervenants, il est donc essentiel de créer une relation de confiance avec eux afin de créer les conditions d'une communication en confiance avec les intervenants. C'est en étant le plus près possible de la réalité de leur état d'esprit et de leurs consommations (traitements et produits) que les intervenants peuvent accompagner les usagers avec des problèmes de santé mentale dans un cadre sécurisant pour tous.

## L'EXPÉRIENCE DE MDM ET DE SES PARTENAIRES

Marouane (les prénoms ont été modifiés) est un usager qui a déjà réalisé plusieurs accompagnements à l'injection avec différents intervenants du dispositif. Ces derniers ont constaté une tendance paranoïaque suite à ses consommations de cocaïne. Lors d'une séance, au cours de la préparation de son produit, Marouane questionne les intervenants sur leur profession et découvre que l'un des membres du binôme est infirmière. Il se montre étonné de la présence de ce type de professionnels dans le cadre du dispositif. Quelques minutes après l'injection, les intervenants constatent que Marouane présente des hallucinations visuelles et auditives qui semblent l'effrayer. Il se réfugie derrière un tabouret dans un coin de la pièce, ce qui a pour conséquence de bloquer la porte et de rendre toute sortie impossible. Les intervenants incitent l'usager à décrire ce qu'il ressent. Marouane sort alors une paire de ciseaux de son sac. Il alterne entre des moments de repli et des moments de défense pendant lesquels il brandit ses ciseaux. Il semble plus dans la peur d'une éventuelle attaque que dans une volonté d'agresser les intervenants. Après 10 minutes de discussion, il accepte de sortir de la pièce tout en restant méfiant.

Le lendemain, Marouane a exprimé le besoin de reparler avec l'infirmière. Il exprime alors son angoisse de la veille, s'excuse et explique avoir été déstabilisé par la présence d'une infirmière. Il pense que sa présence a majoré son angoisse, il dit avoir eu peur d'elle et de ce qu'elle aurait pu lui « infliger ». Marouane convient alors avec l'équipe que cette intervenante ne participera plus au binôme lors de ses séances.

Par la suite, d'autres accompagnements ont pu avoir lieu avec d'autres membres de l'équipe et un passage au sniff a été proposé à l'usager qu'il a accepté. Il a dit alors mieux gérer sa consommation de cocaïne et ressentir moins de paranoïa.

**Les usagers qui « se charcutent »  
(insistance avec conséquences négatives sur le capital veineux et le corps).**

L'expérience du programme ERLI a permis d'identifier que pour certains usagers ce type de pratique (« le charcutage ») fait partie de leur rituel et que cela concourt à leur plaisir. Pour ces usagers-là, il est particulièrement délicat de modifier cette pratique. Certains ne le souhaitent d'ailleurs pas. Lorsqu'il est identifié que cette pratique fait partie de leur rituel d'injection, il est nécessaire d'en discuter entre intervenants et usagers et de convenir conjointement de travailler sur d'autres aspects de l'injection. Si la pratique est trop extrême, les intervenants peuvent faire part de leurs difficultés à en être témoin à l'utilisateur et ainsi mettre un terme à l'accompagnement. Dans certains cas, cette pratique est la conséquence d'un manque de connaissances du système veineux ou des techniques de l'injection par l'utilisateur. Les intervenants privilégient alors des séances axées sur la recherche de veines ou sur des explications techniques accompagnées de démonstrations. Ces pratiques peuvent également être la conséquence d'un manque de dextérité de l'utilisateur (maladie, traitement amenant des tremblements, maladresse, handicap, etc.). L'accompagnement de ces usagers est alors axé sur la recherche de solutions individuelles adaptées aux problématiques et aux capacités de la personne.

**Les usagers qui découvrent un nouveau produit**

Ce type de situation survient principalement en milieu festif car il s'agit d'un environnement propice à l'expérimentation et où une variété importante de produits est disponible. L'accompagnement des usagers qui découvrent un nouveau produit implique que les intervenants qui réalisent la séance connaissent le produit et les effets qu'il produit et soient en capacité d'anticiper les réactions possibles de l'utilisateur.

*2.6. Le bilan individuel de l'utilisateur*

Un bilan individuel doit être réalisé avec l'utilisateur sur un temps hors séance ERLI afin de prendre du recul. La fréquence de réalisation de ces bilans individuels doit être adaptée à chaque utilisateur en fonction des besoins et des évolutions constatés. L'objectif des bilans individuels est de :

- Revenir sur les représentations de l'utilisateur (en référence à l'entretien de pré-inclusion),
- Revenir sur les objectifs fixés, identifier des difficultés et redéfinir les objectifs (s'il y a eu lieu),
- Réaliser un retour des observations des intervenants quant à ses pratiques et évolutions constatées,
- Identifier la capacité de l'utilisateur à mettre en pratique les conseils reçus dans le cadre de son contexte de consommation habituel en dehors du dispositif ERLI,
- Revenir sur la pertinence et la qualité des séances réalisées,
- Echanger avec les intervenants sur le dispositif, les freins et les leviers,
- Evaluer la capacité de l'utilisateur à transmettre ses savoir-faire si quelqu'un le lui demande et

s'il est conduit, lui-même, à aider une autre personne à s'injecter,

- Rappeler si besoin les objectifs du dispositif et clarifier le flou entre espace de consommation et ERLI,
- Mettre fin à la participation au dispositif si l'utilisateur le souhaite ou mettre un terme à l'accompagnement si les intervenants le jugent nécessaire. Ceci peut être un arrêt provisoire ou définitif.

### **3. MISE EN PLACE D'ATELIERS COLLECTIFS**

En parallèle de la réalisation de séances ERLI, il apparaît nécessaire de mettre en place des ateliers collectifs au sein de la structure pour compléter le dispositif. Ces ateliers, adressés à tous les usagers de la structure, doivent permettre d'aborder les questions relatives aux produits et aux modes de consommation, notamment les modes de consommation auxquels le dispositif ERLI ne répond initialement pas tels que l'inhalation, le sniff et le plug. Il appartient à chaque structure de définir les modalités et la fréquence de ces ateliers collectifs en fonction des besoins, du public et du fonctionnement de la structure.

## **4. CRÉATION D'OUTILS FACILITANT L'ACTION DES INTERVENANTS**

Il existe un panel d'outils relatifs à l'injection qui peuvent être mobilisés par les intervenants et les usagers lors de séances ERLI. Cependant, il peut parfois s'avérer nécessaire pour une structure de développer ses propres outils en fonction du public, du territoire d'intervention, des pratiques couramment observées, etc. Pour être pertinents et objectifs, les outils doivent impérativement être développés en collaboration avec les usagers et les professionnels à qui ils s'adressent.

## 5. SUIVI DE L'ACTIVITE

### 1. LES TEMPS D'ÉCHANGE SUR LE DISPOSITIF

Une réunion d'équipe spécifiquement dédiée au suivi du dispositif ERLI doit être programmée par les structures. La fréquence des réunions d'équipe est à définir par chaque structure en fonction de ses habitudes et de ses besoins. Une fois par mois semble cependant le minimum recommandé pour permettre un suivi pertinent du dispositif et de ses usagers. Ces réunions sont l'occasion de partager en équipe les réalités opérationnelles du dispositif et d'assurer une information de tous sur les évolutions du dispositif.

Les intervenants doivent pouvoir bénéficier d'un espace de parole pour échanger sur leurs expériences et les questions soulevées et notamment sur les difficultés rencontrées dans l'exercice des séances ERLI. L'option qui semble la plus adaptée pour ce type d'exercice est l'analyse de pratiques, animée par un intervenant extérieur. La fréquence des séances d'analyse de pratiques devra être adaptée aux besoins des structures et à la fréquentation du dispositif par les usagers. Cependant, un minimum d'une séance de 2h tous les deux mois est recommandé.

L'analyse de pratiques se fonde sur l'analyse des expériences professionnelles d'un groupe de professionnels exerçant la même pratique. Elle repose sur le postulat que l'expérience professionnelle est source de construction de savoirs. Le travail d'analyse de pratiques vise à la prise de conscience des actions réalisées afin de formaliser une pratique.

Si les équipes font face à des difficultés relationnelles entre professionnels sur le dispositif, un outil de régulation doit pouvoir être mobilisé. La régulation d'équipe permet de gérer les relations entre les membres d'une équipe, les tensions et les incompréhensions. Le contenu des discussions porte davantage sur les émotions personnelles, les ressentis qu'une analyse de pratiques qui vise principalement les postures et attitudes professionnelles. La régulation d'équipe peut comprendre une supervision individuelle où chaque professionnel peut alors exprimer librement ses ressentis, sans la présence des autres intervenants.

Ces temps d'échanges sont essentiels et permettent de :

- Maintenir une cohésion d'équipe,
- Echanger sur l'impact des accompagnements sur les intervenants,
- Travailler sur la différence entre dispositif de type ERLI et salle de consommation,
- Identifier les bonnes pratiques, les partager entre intervenants et construire un savoir collectif,
- Revenir sur les situations délicates pour dégager des conduites à tenir,
- Consolider les relations entre intervenants et faciliter l'intégration de nouveaux intervenants dans les équipes.

La mise en œuvre d'un dispositif ERLI doit s'accompagner de la mise en place d'une cellule de crise. N'importe quel intervenant de la structure, qu'il soit intervenant sur le dispositif ou non, doit pouvoir saisir cette cellule qui fonctionne en dehors de processus décisionnels habituels. Il appartient à

chaque structure de définir le mode de saisie et la composition de cette cellule.

En cas de survenue d'un événement traumatique sur le dispositif, la structure doit être en mesure de proposer aux intervenants un suivi psychologique aux intervenants qui le souhaitent.

En parallèle, des temps dédiés à la formation continue doivent être aménagés. Ces temps de formations peuvent être animés par des structures spécialisées ou par les intervenants expérimentés. L'objectif est d'aborder différentes thématiques en lien avec l'injection afin de partager un niveau de connaissances commun mais aussi une philosophie d'action commune. Ces temps de formation continue permettent également à l'ensemble de l'équipe d'approfondir ses compétences spécifiques à l'injection.

## 2. SUIVI DE L'ACTIVITÉ ET OUTILS DE RECUEIL DE DONNÉES

Pour permettre d'assurer un suivi du dispositif ERLI, il est essentiel que les structures définissent des outils de suivi ou que le dispositif soit intégré aux outils de suivi existants dans la structure. Ces modalités de suivis devront prendre en considération le fait que l'anonymat des usagers doit être garanti sur le dispositif.

- **Outil de suivi et de transmission par usager** : Chaque usager doit disposer de son support de suivi (classeur, cahier ou autres). Ce support contient la lettre de consentement, le questionnaire d'inclusion, les fiches séances et les fiches de bilan individuel. Cet outil permet le suivi individuel de chaque usager. A terme, cet outil constitue le dossier de l'utilisateur que celui-ci peut récupérer à tout moment (comme il en a été informé lors de son inclusion dans le dispositif).
- **Suivi informatique de l'activité** : Ce suivi permet de suivre l'activité du dispositif, d'évaluer son fonctionnement et donc de faciliter l'intégration du dispositif ERLI aux évaluations annuelles des structures.
- **Outil de gestion des stocks** : Afin d'assurer un suivi et d'éviter les ruptures de stock, un inventaire des stocks du matériel du dispositif ERLI doit être réalisé régulièrement (base mensuelle recommandée). Cela permet également d'évaluer l'impact du dispositif ERLI sur les stocks globaux de la structure.

Les données recueillies doivent ensuite être analysées par les équipes. Cela peut être notamment réalisé lors de la rédaction des rapports d'activités annuels. L'analyse des données doit permettre de formaliser les observations en lien avec la veille sur les pratiques, les produits et les modes de consommation. A cette occasion, les informations et les savoirs recueillis par les intervenants auprès des usagers, pendant les séances et les temps d'échanges hors séances, pourront être formalisés. Cela permettra notamment de programmer en équipe mais aussi avec les usagers les activités annexes telles que la création d'outils, la définition d'ateliers thématiques, etc.

### 3. LA GESTION DES SORTIES DU CADRE

La mise en œuvre d'un projet de type ERLI entraîne nécessairement un questionnement permanent qui peut conduire à une remise en cause du cadre initialement défini, que ce soit par les intervenants ou les usagers. Ces sorties de cadre doivent impérativement être discutées en équipe et avec les usagers concernés. Ces questionnements et discussions permettent de réaffirmer ou de faire évoluer le cadre et de consolider la confiance entre les intervenants, les usagers et la structure.

#### 3.1. Les sorties du cadre de l'utilisateur

Il arrive que ce qui a été défini entre les intervenants et l'utilisateur ne soit pas respecté. Dans certains cas, il s'agit d'une simple adaptation, communément admise par l'utilisateur et les intervenants et ceci n'entraîne pas de questionnement particulier ou de tension. Cependant, il appartient aux équipes de verbaliser explicitement ces adaptations à l'utilisateur. En revanche, dans d'autres cas, il est nécessaire de reprendre ce qui avait été négocié avec l'utilisateur. Cette reprise est plus facilement réalisée après l'injection car il est particulièrement délicat d'interrompre une injection en cours. Il s'agira alors de comprendre les raisons qui ont amené l'utilisateur à ne pas respecter les conditions de la négociation et à enfreindre le cadre. Les intervenants doivent alors verbaliser cette sortie de cadre à l'utilisateur et préciser ce qui ne peut être accepté. Il s'agit de revenir avec l'utilisateur sur le sens donné au cadre et aux règles définies par l'équipe en rappelant qu'en le laissant transgresser le cadre, les intervenants ne seront plus dans une posture d'accompagnement. La survenue de sortie du cadre par un usager peut être l'occasion de lui proposer un bilan individuel.

#### 3.2. Les sorties du cadre des intervenants

Lorsqu'une sortie du cadre d'un intervenant intervient, le binôme a pour obligation d'en faire part à l'utilisateur sur le moment et au responsable du dispositif dès la sortie de séance. Il est fortement recommandé au responsable du dispositif de réaliser un entretien individuel avec chaque intervenant du binôme afin de déterminer les raisons qui ont mené à cette sortie de cadre. Par la suite, il est également recommandé de discuter en équipe afin de déterminer s'il s'agit d'un écart ponctuel ou d'une difficulté rencontrée ou si la situation est révélatrice d'un besoin d'adaptation du cadre. Cet échange en équipe doit également permettre de définir ce qui sera communiqué à l'utilisateur lors de sa prochaine séance. Aux termes de ces échanges, le responsable du dispositif peut interrompre, ponctuellement ou définitivement, la participation de l'intervenant au dispositif.

Il est essentiel de rappeler que le cadre doit être compris comme un élément protecteur de tous, intervenants et usagers, garant de l'atteinte des objectifs du dispositif et de l'équité des accompagnements. Lorsqu'un intervenant sort du cadre, il engage la responsabilité collective de toute l'équipe et il peut mettre en difficulté les autres intervenants par la suite. Enfin, une sortie de cadre doit d'avantage être perçue comme une opportunité d'améliorer la pratique collective que comme une erreur.

## 6. LES RECOMMANDATIONS SANITAIRES

### 1. LES RECOMMANDATIONS SANITAIRES EN LIEN AVEC LES RÉACTIONS DES USAGERS

#### 1.1. *La gestion des overdoses et l'utilisation de la Naloxone*

Il est important de préciser que ce type d'évènement survient très rarement. Cependant les équipes doivent être préparées à les gérer lorsqu'ils surviennent.

Une overdose est une utilisation excessive d'un produit entraînant des troubles physiques et mentaux graves, pouvant entraîner la mort. Ce terme, souvent associé à l'usage d'héroïne, comprend aussi bien les surconsommations de stimulants, d'autres dépresseurs du système nerveux, de médicaments et de toutes autres substances consommées. Les overdoses de stimulants sont souvent imprévisibles et non dose-dépendantes.

Pour rappel, les stimulants sont des substances qui intensifient l'activité cérébrale et le rythme cardiaque. Les stimulants les plus communément consommés sont la cocaïne, la MDMA et les amphétamines. Les dépresseurs du système nerveux central sont, quant à eux, des substances qui réduisent l'activité cérébrale et la tension. Les dépresseurs du système nerveux central les plus communément consommés sont les opiacés, les benzodiazépines, le cannabis et l'alcool.

Chaque structure doit définir un protocole d'intervention en cas d'overdose. Ce protocole doit être connu de tous les intervenants, qu'ils réalisent ou non des accompagnements et il doit être affiché dans les différents espaces de la structure (salle d'attente, espace ERLI, etc.). Les numéros de téléphone d'urgence (pompiers, SAMU, police, etc.) et ceux des personnes de la structure à prévenir doivent impérativement figurer sur le protocole.

En cas d'overdose aux opioïdes, et uniquement dans ce cas, la Naloxone peut être utilisée. La Naloxone est un médicament appelé « antagoniste des opioïdes ». Il est utilisé dans le cas de surdose d'opiacés pour contrer la dépression du système respiratoire. C'est un médicament dont l'effet est court et s'estompe entre 20 et 90 minutes. Cette demi-vie plus courte que les opiacés peut être responsable d'un redémarrage des effets des opiacés nécessitant une ré-administration de la Naloxone.

A contrario, si trop de Naloxone est administrée, ceci peut induire un syndrome de manque chez l'utilisateur. Il est donc nécessaire de surveiller pendant au moins deux heures, toute personne ayant reçu de la Naloxone.

Les structures qui peuvent avoir recours à la Naloxone doivent impérativement s'en munir pour pouvoir l'administrer en cas de besoin.

## L'EXPÉRIENCE DE MDM ET DE SES PARTENAIRES

### Exemple de protocole de gestion des overdoses

#### Gérer l'urgence

Un intervenant réalise les premiers gestes de secours en fonction de la situation.

Si l'utilisateur a encore une aiguille plantée dans son corps, l'intervenant devra la retirer et la mettre à distance pour éviter tout accident d'exposition au sang. Cette seringue pourra être conservée pour des analyses ultérieures en cas de doute sur la composition du produit. Un conteneur spécifique est prévu à cet effet.

Un second intervenant enclenche l'alarme et appelle les secours.

Un des intervenants apporte immédiatement le défibrillateur automatique externe et s'assure que l'entrée est accessible et débloquée.

Un intervenant réalise l'inventaire des effets personnels de l'utilisateur et s'assure qu'ils sont stockés en lieu sûr.

#### Gérer les autres usagers (si incident au niveau du lieu d'accueil)

Information des autres usagers et fermeture de la structure : mobiliser les usagers formés pour aider l'équipe.

#### Accueillir les secours

Information à transmettre aux secours : rappeler la nature de la structure (CAARUD, CSAPA), ce que la personne a consommé et depuis combien de temps.

Transmettre toutes les informations susceptibles d'aider à la prise en charge de la personne (nom, prénom, âge, sérologies, traitements, etc.).

Accueillir les forces de l'ordre (en cas de violence ou sinistre).

#### Prévenir un responsable de la structure

L'équipe doit prévenir en priorité un membre de la direction lors de la survenue d'un incident.

#### Actualiser le cahier des incidents et réaliser un débriefing d'équipe

Consigner l'incident dans le cahier.

Débriefing en équipe et identifier les bons réflexes et les éléments qui peuvent être améliorés.

Définir en équipe le discours et les informations qui seront transmises aux usagers.

#### Procédures post-urgence

Réouverture de la structure une fois l'urgence passée et si l'équipe est en capacité de le faire.

Retour informel aux usagers de la situation.

Organisation d'une réunion exceptionnelle pour faire un retour concerté aux usagers de la structure.

#### Retour de la personne sur la structure

Faire le point et réaliser un entretien RdR.

Faire une récolte et réaliser une analyse du produit, si possible.

### 1.2. La gestion des « bad trip »

La gestion des bad trip consiste à effectuer de la réassurance auprès de la personne. La réassurance est un terme issu du monde de l'assurance, qui a été adopté depuis plusieurs

années par les acteurs de la RdR et recouvre la définition suivante : il s'agit d'un accompagnement visant à soutenir un usager présentant les signes d'un « bad trip ». Il ne s'agit pas d'un procédé unilatéral ou de minimiser les effets du produit mais d'aménager avec la personne des repères pour amorcer un « retour » sécurisé et sécurisant. La gestion des « bad trip » doit être réalisée par des intervenants formés.

## 2. LES RECOMMANDATIONS SANITAIRES EN LIEN AVEC LA SÉCURISATION DES ESPACES

### 2.1. *L'hygiène des espaces*

L'hygiène des espaces est primordiale dans le cadre d'un dispositif ERLI et notamment dans la salle où sont réalisés les accompagnements. Ainsi, après chaque séance, les intervenants doivent nettoyer l'espace de réalisation des injections (table et chaises) en utilisant un détergent-désinfectant pour surface. Si des projections de sang se trouvent au sol, les intervenants doivent également laver le sol avec un détergent-désinfectant.

### 2.2. *La gestion du matériel souillé*

Le matériel souillé, en contact avec le sang de l'usager (aiguille, seringue, tampon sec, etc.) doit être déposé après utilisation par l'usager, dans un conteneur jaune DASRI (cartonné ou plastique dur), situé au plus près de l'espace d'injection et dont le niveau maximal de remplissage est régulièrement vérifié.

Les autres déchets non souillés par le sang (papier absorbant pour le séchage des mains, plastique d'emballage des ustensiles stériles, etc.) peuvent être jetés dans un sac poubelle ordinaire, qui sera jetée à la fin de chaque journée.

Si les usagers utilisent des garrots fournis par le dispositif, chaque garrot doit être nettoyé après chaque utilisation. Après l'utilisation, le garrot est manipulé par les intervenants avec des gants et plongé dans une solution désinfectante pendant 15 minutes au minimum. L'usager peut également lui-même déposer le garrot dans la solution désinfectante pour éviter aux intervenants la manipulation du garrot après réalisation de la séance.

## 3. LES RECOMMANDATIONS SANITAIRES À DESTINATION DES INTERVENANTS

### 3.1. *La vaccination*

Pour devenir intervenant sur un dispositif ERLI, certaines vaccinations sont obligatoires, d'autres sont fortement recommandées.

### **Les vaccinations obligatoires :**

- Diphtérie, tétanos, poliomyélite (DTP) : il s'agit d'un vaccin obligatoire pour tous en France. Les adultes doivent avoir reçu au moins trois doses. Les rappels chez l'adulte sont recommandés aux âges fixes de 25 ans, 45 ans et 65 ans, puis tous les 10 ans à partir de 65 ans.
- L'hépatite B : il s'agit d'un vaccin obligatoire en France pour toute personne qui, dans un établissement ou un organisme de soins ou de prévention, exerce une activité susceptible de présenter un risque d'exposition au sang et autres produits biologiques soit directement (contact, projections), soit indirectement (manipulation et transport de dispositif médicaux, de prélèvements biologiques, de linge ou de déchets d'activité de soins à risques infectieux). Cette immunisation vise en premier lieu à protéger les intervenants et permet de protéger les usagers vis-à-vis de la transmission du virus par un intervenant.
- Antituberculeux BCG : il s'agit d'un vaccin obligatoire pour les personnes qui, au sein des établissements, sont susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux (dispensaires, centres de soins, centres et consultations maternelle infantile, structures de prises en charge des personnes porteuses du virus de l'immunodéficience humaine ou des personnes usagères de drogues, les structures d'accueil même temporaire de personne en situation de précarité, etc.).

### **Les vaccinations recommandées :**

- Rougeole : Les intervenants nés depuis 1980 doivent avoir reçu deux doses du vaccin trivalent ROR. Les personnes nées avant 1980, non vaccinées et sans antécédents de rougeole recevront une dose du vaccin trivalent ROR. Pour l'ensemble des intervenants, si les antécédents de vaccinations ou de rougeole sont incertains, la vaccination peut être pratiquée sans contrôle sérologique préalable.
- Coqueluche : A l'exception des jeunes adultes ayant reçu une vaccination contre la coqueluche au cours des cinq dernières années, un rappel coquelucheux avec le vaccin quadrivalent DtcaPolio est recommandé, à l'occasion du rappel diphtérie, tétanos et poliomyélite, fixé à l'âge de 25 ans.
- Grippe saisonnière : Cette vaccination est recommandée chaque année aux personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes à risques (femmes enceintes, professionnels de santé et autres professionnels à risques).
- Varicelle : Cette vaccination est recommandée pour les intervenants sans antécédents de varicelle ou dont les antécédents sont incertains et dont la sérologie est négative qui exercent les professions suivantes (professionnels en contact avec la petite enfance, professionnels des services accueillant des personnes immunodéprimées, avec des maladies infectieuses, etc.).

### 3.2. La gestion des accidents d'exposition au sang

Afin de se prémunir de la survenue d'un accident d'exposition au sang (AES), des mesures de protection doivent être observées :

- Le lavage et/ou la désinfection des mains systématiques entre deux accompagnements et après le retrait des gants,
- Port de gants lorsque les mains de l'intervenant présentent des lésions et systématiquement lors du nettoyage des surfaces,
- Ne pas re-capuchonner les aiguilles, ni les désadapter à la main nue et dépôt immédiat de tout matériel souillé dans le conteneur adapté qui doit être situé le plus près possible de l'espace de réalisation de l'injection,
- Transport du matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine dans des emballages étanches fermés,
- Nettoyage et désinfection avec de l'eau de javel ou autre désinfection approprié des surfaces souillées par des projections de sang ou de tout autre produit d'origine humaine.

En cas de survenue d'un accident d'exposition au sang (AES), l'intervenant devra suivre la procédure suivante:

- Peau : piqure, coupure ou projection sur peau lésée :
  - Ne pas faire saigner mais laisser saigner passivement
  - Nettoyer immédiatement à l'eau et au savon et rincer
  - Faire tremper ou désinfecter localement avec du dakin ou de l'alcool à 70° au moins 10 minutes
- Muqueuse : (bouche, nez)
  - Rincer abondamment au sérum physiologique ou à l'eau pendant au moins 10 minutes
- Œil
  - Laver au sérum physiologique ou à l'eau pendant au moins 10 minutes

Lorsque c'est possible demander à la personne source son accord préalable pour réaliser les prélèvements afin de connaître son statut sérologique (VIH, VHB, VHC), idéalement au service des urgences, en même temps que la personne victime de l'accident d'exposition au sang.

Après avoir averti le médecin référent des urgences par téléphone, pour que la prise en charge soit effective dans les 4h suivant l'exposition, la personne exposée doit se rendre au service des urgences. Le médecin évaluera le risque et prendra l'éventuelle décision d'un traitement post exposition. Le premier bilan biologique (sérologies et bilan biologiques de base) sera prélevé à l'hôpital.

Par la suite, la structure doit consigner l'accident dans un registre prévu à cet effet et la direction doit en être informée dans les 24h ouvrables afin d'assurer le lien avec la médecine du travail et la société d'assurance.

Un document précisant la procédure à suivre en cas d'accident d'exposition au sang doit être affiché dans les différents espaces de la structure où un tel accident peut survenir (ex : salle ERLI, infirmerie, cuisine, etc.).

### *3.3. La trousse de 1<sup>ers</sup> secours*

Enfin, nous recommandons de mettre à disposition des intervenants une trousse de premier secours dans la salle ERLI, en cas de besoin. Cette trousse devra contenir les éléments suivants : compresses stériles (10), antiseptique non coloré et non iodé (Chlorhexidine en dosette) - (5), bandages différentes tailles (10), sparadrap (2), pansements simples différentes tailles (20), ciseaux (1), gants à usage unique (1 boîte), solution hydroalcoolique mains (1), couvertures de survie (3), sérum physiologique en dosette (10)

La trousse de secours devra être revue et mise à jour régulièrement pour éviter la présence de produits périmés.

## 7. RESSOURCES

### 1. RESSOURCES HUMAINES

Le bon déroulement d'un dispositif de type ERLI demande des ressources humaines spécifiquement dédiées et formées.

#### 1.1 L'équipe ERLI

La composition de l'équipe d'intervenants ERLI doit être établie très clairement au sein de la structure. Les usagers et les professionnels de la structure doivent être informés de la liste des personnes retenues pour intervenir sur le dispositif.

Un entretien individuel avec chaque membre de l'équipe, en présence des responsables de la structure doit être réalisé. Lors de cet entretien, le cadre d'intervention est présenté à l'intervenant qui fait part de sa volonté d'intégrer ou non le dispositif. Si l'intervenant souhaite intégrer le dispositif, sa capacité à mener à bien sa mission est évaluée par les responsables de la structure lors de l'entretien.

Lors de la mise en œuvre du dispositif, des points d'étapes doivent être réalisés avec les intervenants participant au dispositif. La direction de la structure peut procéder au retrait temporaire ou définitif d'un intervenant, si elle le juge nécessaire, notamment en cas de mise en danger pour elle-même, pour ses collègues et/ou pour un usager. Lors de l'entretien annuel, une attention particulière doit être portée sur la participation de l'intervenant au dispositif ERLI.

Les intervenants ne doivent jamais rester seuls face à une question ou une interrogation. La structure doit favoriser la libre parole et toutes les questions sont légitimes. Les intervenants doivent pouvoir en discuter lors de réunions, de séances d'analyse de pratiques ou individuellement. Ils doivent être informés des procédures permettant de solliciter le responsable du dispositif ou toutes autres personnes en cas de besoin.

#### 1.2 Composition de l'équipe ERLI

Afin d'assurer un développement optimal du dispositif ERLI au sein des structures, il est important que chaque membre de l'équipe connaisse son rôle et ses responsabilités.

- Un référent du dispositif doit être nommé : il assure la bonne mise en œuvre du dispositif et est garant du respect des règles et des protocoles. Il est également l'interlocuteur privilégié pour les intervenants et les usagers. Il peut également être intervenant sur le dispositif.
- Les intervenants ERLI doivent être identifiés au sein de la structure : ils opèrent la réalisation opérationnelle du dispositif et s'engagent à respecter et à faire respecter les règles de fonctionnement du dispositif. Ils permettent également de faire le lien vers les autres dispositifs de la structure.

### 1.3 Formation des équipes

Il est impératif que les intervenants aient suivi une formation ERLI avant d'assurer le développement du dispositif ERLI. Celle-ci doit allier formation théorique et pratique. La formation théorique doit aborder à minima les modules suivants :

- RdR : histoire et principes,
- La posture d'intervention et la pratique des entretiens en lien avec la pratique et les outils du counseling, de la relation d'aide et de l'entretien motivationnel,
- Effets, méfaits des produits et modes de consommation,
- Le matériel, la préparation et la réalisation d'une injection,
- Fonctionnement du corps humain et techniques de recherche de veines,
- Complications liées à la pratique d'injection,
- Les grandes classes de médicaments psychotropes et initiation sur les interactions les plus à risques,
- ERLI : dynamique, objectifs et définition du cadre,
- Gestion des urgences (PSC1) et des overdoses incluant l'utilisation de la Naloxone,
- Gestion des situations difficiles,
- Alternatives à l'injection (sniff, inhalation, plug),
- Maladies infectieuses (VIH, VHB, VHC),
- Droits et implication des usagers.

Il existe différents organismes de formations en France qui peuvent être sollicités pour répondre aux besoins en formation théorique des structures (Croix-Rouge Française, Protection Civile, AIDES, la Fédération Addiction (FA), instituts de formation privés, etc.).

La formation pratique doit se dérouler en plusieurs phases. Dans un premier temps, l'intervenant en formation doit pouvoir observer des séances ERLI réalisées par un binôme puis, dans un second temps, l'intervenant en formation réalise lui-même des séances, en binôme avec un professionnel expérimenté.

Enfin, la formation entre structures, notamment via les structures qui développent déjà des dispositifs de type ERLI peut être pertinente et adaptée.

Tout intervenant n'ayant pas reçu de formation ERLI ne peut assurer la réalisation de séances.

Les intervenants doivent également être formés à l'ensemble des outils utilisés sur le dispositif (outils de suivi des usagers, de recueil de données du dispositif, conduites à tenir, etc.).

## 2. RESSOURCES FINANCIÈRES

Un dispositif de type ERLI est un dispositif abordable mais qui implique des coûts minimums pour garantir un cadre sécurisant pour les usagers et les intervenants. Il appartient à tous, structures et autorités sanitaires, de se donner les moyens de mettre en place des dispositifs efficaces qui permettent de garantir cette sécurité.

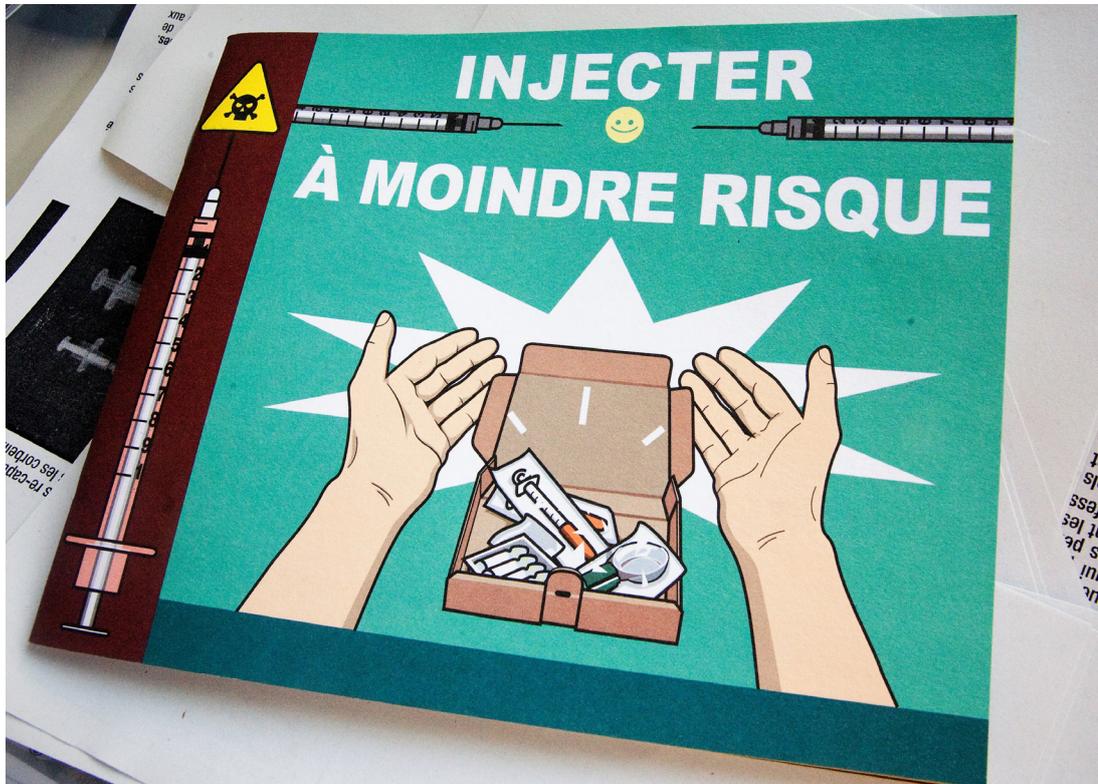
## 3. LES OUTILS

Cette partie présente certains des outils utilisés par les intervenants durant le développement du programme ERLI entre 2009 et 2016. L'objectif n'est pas de proposer une liste exhaustive des outils autour de l'injection mais plutôt de proposer une présentation des points d'intérêts et des éléments saillants dans l'utilisation de ces outils.

Tous les outils présentés permettent la réduction des risques liés à l'injection et peuvent être supports d'échanges et de discussions entre les intervenants et les usagers. L'utilisation de ces outils doit s'accompagner le plus possible d'explications, de démonstrations pratiques et parfois d'analogies et de métaphores, notamment lorsqu'il s'agit de notions abstraites ou relatives à des éléments invisibles à l'œil nu, pour permettre une meilleure compréhension et appropriation des messages par les usagers.

Toute modification dans le matériel disponible doit se faire en collaboration avec les usagers. L'adoption d'un nouvel outil ou d'une nouvelle pratique implique l'entraînement à la manipulation (à blanc, sur soi à distance d'une consommation, sur le bras anatomique)

## INJECTER À MOINDRE RISQUE

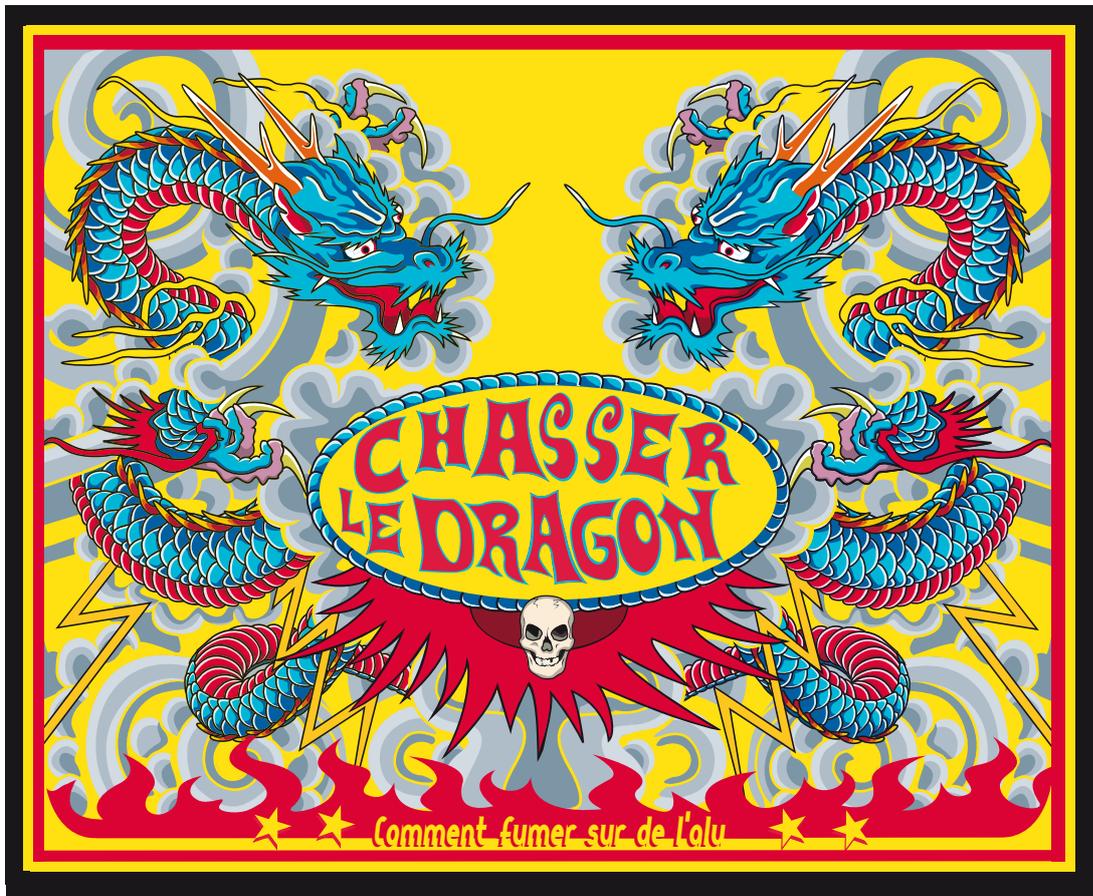


Cet outil présente la globalité des gestes techniques de l'injection et notamment la technique optimale pour introduire l'aiguille dans la veine et la placer avant injection. Il a été conçu par Life Line Publication et adapté par Médecins du Monde, Gaïa Paris, Proses et Sida Paroles (graphisme A Longue Durée).

### LA PAILLE

Cet outil permet de mettre en évidence l'importance de l'angle de l'aiguille par rapport à la veine, au moment de l'insertion puis de la manière dont il faut abaisser l'angle avant d'appuyer sur le piston. Il permet aussi d'illustrer le risque de transpercer la veine et donc d'augmenter la dégradation de la veine. Enfin, il permet d'illustrer qu'appuyer sur le piston sans bouger nécessite un bon angle de positionnement de l'aiguille.

## CHASSER LE DRAGON



Cet outil explique les techniques permettant de fumer sur une feuille d'aluminium. Il a été conçu par Life Line Publication et adapté par Médecins du Monde, Gaïa Paris, Proses et Sida Paroles (graphisme A Longue Durée).

# EAU, INJECTION ET RISQUES INFECTIEUX

**PEU DE RISQUES !**

**Fiole non ouverte d'eau stérile (eau PPI)**  
Ces fioles, destinées à l'injection, sont à usage unique. Elles sont sans danger si elles ne sont pas partagées.

**Eau froide du robinet**  
L'eau froide du robinet est généralement saine en France.

**Eau chaude du robinet**  
La chaleur peut favoriser le développement des bactéries: l'eau froide est moins risquée.

**Eau des toilettes**  
Cette pratique présente un risque infectieux très important. Le risque ne peut être réduit qu'en utilisant l'eau de la chasse.

**Eau stagnante (flaque...)**  
Il vaut mieux récupérer de l'eau de pluie.

**RISQUES IMPORTANTS !**

**Fiole d'eau partagée**  
Le risque d'infection virale est très important si quelqu'un a déjà utilisé la fiole.  
**JETEZ LES FIOLES UTILISÉES**

**Verre d'eau partagé**  
Cette eau peut contenir des virus (VIH, hépatite C...), particulièrement si elle a été utilisée pour rincer une seringue.

**Eau bouillie**  
Cette eau est d'assez bonne qualité. Une grande partie des bactéries sera tuée après quelques minutes d'ébullition.

**Eau en bouteille neuve**  
Bien que potable, cette eau peut présenter un taux important de bactéries.

**Eau de fiole ouverte**  
Une fois ouverte l'eau n'est plus stérile: les bactéries se multiplient très rapidement.

Cet outil est adapté à la présentation et à l'aide à la compréhension des différences entre bactéries et virus. Il a été conçu par Life Line Publication et adapté par Médecins du Monde, Gaïa Paris, Proses et Sida Paroles (graphisme A Longue Durée).

# PUISQUE LA RECHERCHE DE VEINES, CE N'EST PAS AUSSI SIMPLE QUE ÇA :



**À RETENIR**

Veine visible = FAUX AMI

Veine palpable = INJECTION REALISABLE

Conseil : Fermer les yeux et essayer de repérer le trajet de la veine sous vos doigts.

TROUVER UN ENDROIT CALME. RESTER PATIENT. Les techniques peuvent prendre du temps.

ARTÈRES ≠ VEINES. Informez-vous

CONSOMMATION DE COCAÏNE (sniffée, injectée, fumée) = Veines contractées, plus difficiles à trouver.

Clara Cal, Joanne Ladele, Hubert Gordon, Mabil Pichard - Mise en page : Suzanne Albert



**LA GRAVITÉ (POSITIONNEMENT)**

Garder sa main en dessous du niveau du cœur facilite l'afflux du sang dans les extrémités, remplissant plus facilement les veines.

- ✓ Ne pas surélever la main
- ✓ Garder le bras tendu vers le bas (principe de la gravité)



**CHALEUR**

Les veines de surface participent à la régulation de la température de notre corps. Quand il fait chaud les veines superficielles se dilatent.

- ✓ Pièces chauffées
- ✓ Bain ou douche chaude
- ✓ Se passer les bras sous l'eau chaude



**FRICTION ALCOOL**

L'application d'alcool pharmaceutique ou de tampon alcoolisés entraîne une dilatation des veines, augmentant leur taille.

- ✓ Frotter énergiquement la zone avec le tampon alcool
- ✓ Asperger la zone avec de l'alcool pharmaceutique ou avec de la solution hydro alcoolique

L'alcool est inflammable. Attention avec la cigarette. La Chlorhexidine ne dilate pas les veines



**ACTIVITÉ SPORTIVE**

L'activité physique ou les mouvements musculaires accélèrent le rythme du cœur, les veines se gorgent plus vite de sang avec une pression plus importante.

- ✓ Serrer et desserrer la main plusieurs fois
- ✓ Bouger le bras (moulinet)
- ✓ Marche rapide ou toute autre activité physique



**GARROT**

La pose du garrot entraîne une suppression donc un grossissement des veines.

- ✓ Poser le garrot de manière à l'enlever facilement avant de réaliser l'injection
- ✓ Plusieurs techniques de pose existent, demander conseil

Garrot enlevé = bras préservé  
Garrot échangé = risque transmission VHC



Cet outil présente les différentes techniques mobilisables par les usagers pour identifier des veines et permet de souligner l'importance du toucher dans le choix de la veine. Il a été développé dans le cadre du programme ERLI par Médecins du Monde et Sida Paroles.

## LA « BOITE À MEUGE »

---



Cet outil permet de travailler sur l'estimation des quantités en lien avec les volumes selon les différents aspects des produits (poudre fine, poudre épaisse et cailloux). Il a été développé par Sida Paroles.

## POSTER SUR LA FILTRATION

---



Cet outil permet de travailler sur l'efficacité des différents modes de filtration. Il a été développé par Sida Paroles.

## LE TABLEAU DE PRÉSENTATION DU MATÉRIEL

---

Cet outil est fortement recommandé car il permet aux usagers de visualiser la totalité du matériel existant et disponible à la distribution. Il favorise également l'échange sur le matériel et la comparaison.

## LE POSTER DE PRÉSENTATION DES AIGUILLES

---

Cet outil permet de comparer les différentes longueurs et diamètres des aiguilles. Il a été développé par Exchange Supplies.

## LE POSTER SUR LA DÉTÉRIORATION D'UNE VEINE

---

Cet outil permet d'illustrer la détérioration progressive d'une veine suite à sa surutilisation par injection et permet de traduire les expressions couramment employées par les usagers : « *j'ai plus de veines* », « *mes veines disparaissent* ». Si une veine est totalement sclérosée (bouchée), des petites veines prennent le relais autour de la veine bouchée mais elles sont plus fragiles et plus profondes. Cet outil a été développé par Exchange Supplies.

## LE MODULES 3D DE PRÉSENTATION D'UNE VEINE ET D'UNE ARTÈRE

---



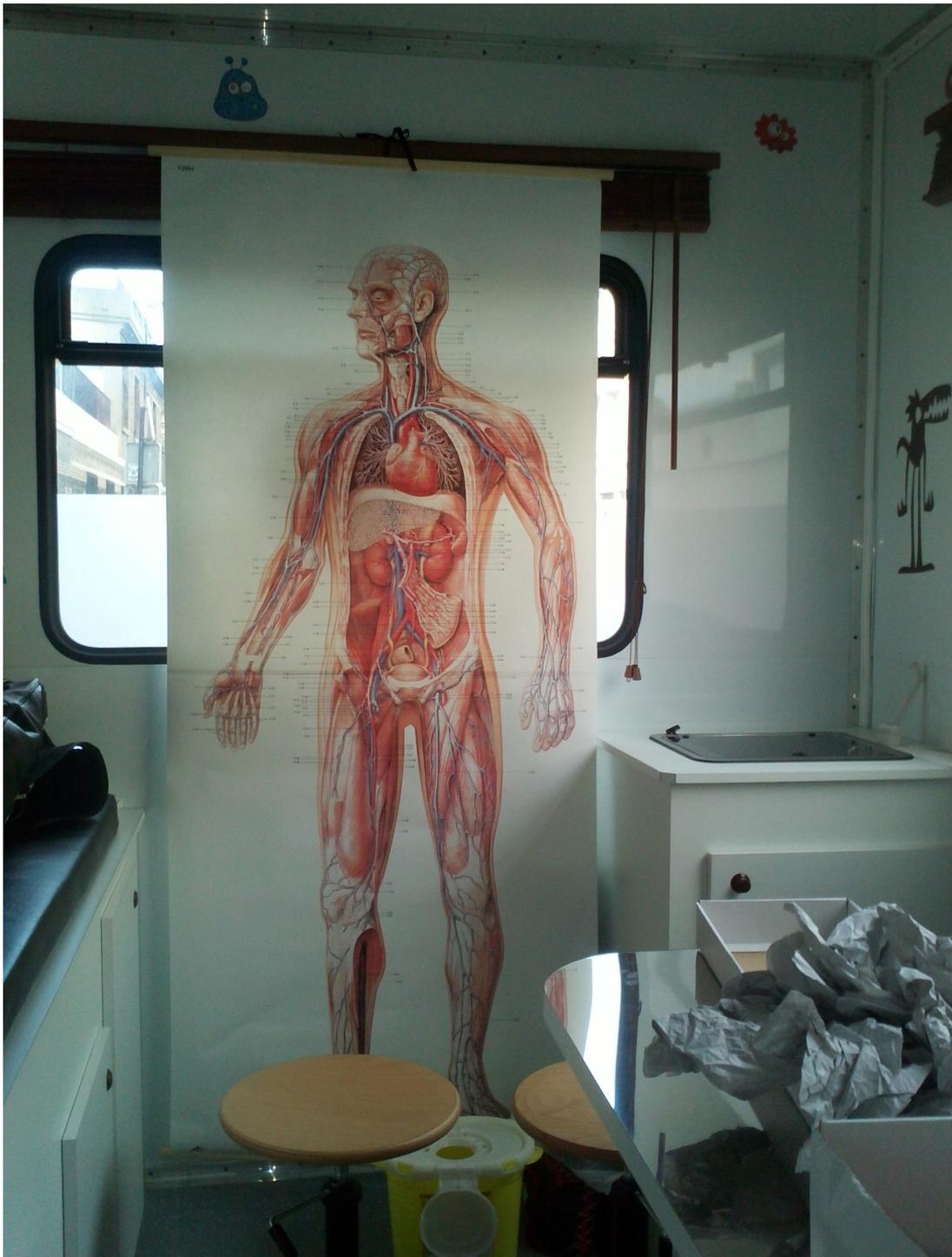
Cet outil permet d'expliquer les différences entre veine et artère.

## La différence entre veines et artères appliquée à la pratique de l'injection

Artères	Veines
Sang riche en oxygène	Sang pauvre en oxygène
Sang qui sort du cœur et circule toujours vers les extrémités (mains, pieds, tête)	Sang qui circule toujours des extrémités vers le cœur
<i>« Injecter dans le bon sens » signifie respecter le sens de la circulation du sang dans les veines c'est-à-dire toujours en direction du cœur.</i>	
Sang rouge clair	Sang rouge sombre
<i>Lors de l'injection, au moment du reflux, la couleur du sang peut être un bon indicateur pour savoir s'il s'agit d'une veine ou d'une artère. La couleur du sang peut néanmoins varier d'un individu à un autre et peut fluctuer en fonction de son état de santé.</i>	
Lorsqu'elles sont atteintes : saignent abondamment et par jets (très difficile d'arrêter le saignement => nécessite une longue compression)	Lorsqu'elles sont atteintes : ne saignent pas abondamment et par écoulements
Les parois sont très épaisses et musculées.	Les parois sont fines et fragiles.
<i>La pénétration d'une artère est très difficile et douloureuse du fait de l'épaisseur des parois alors que l'aiguille pénètre facilement les veines.</i>	
L'injection en artérielle est très douloureuse.	L'injection en veineux est peu douloureuse.
Ne contiennent pas de valves.	Contiennent des milliers de valves permettant au sang de ne pas stagner dans les veines et de retourner plus facilement vers le cœur.
<i>L'injection à « contre sens » endommage ces valves et facilite alors la formation de caillot de sang et par conséquent l'apparition de phlébite</i>	
Pouls détectable (ça pulse sous les doigts)	Pas de perception du pouls
<i>La détection du pouls constitue un bon indicateur pour différencier les veines des artères</i>	
Profondes pour la plupart (hormis certaines : exemple de l'artère radiale située au niveau du poignet ou l'artère carotidienne située au niveau du cou)	Profondes ou superficielles
<i>Du fait de la profondeur, il est presque impossible d'atteindre une artère avec une insuline</i>	

Cet outil permet d'expliquer les différences entre veine et artère et le rôle des valves dans les veines. Il a été développé par Jeanne Latallerie (infirmière sur le programme ERLI de Médecins du Monde)

## LE POSTER SUR LA CIRCULATION SANGUINE DANS LE CORPS HUMAIN



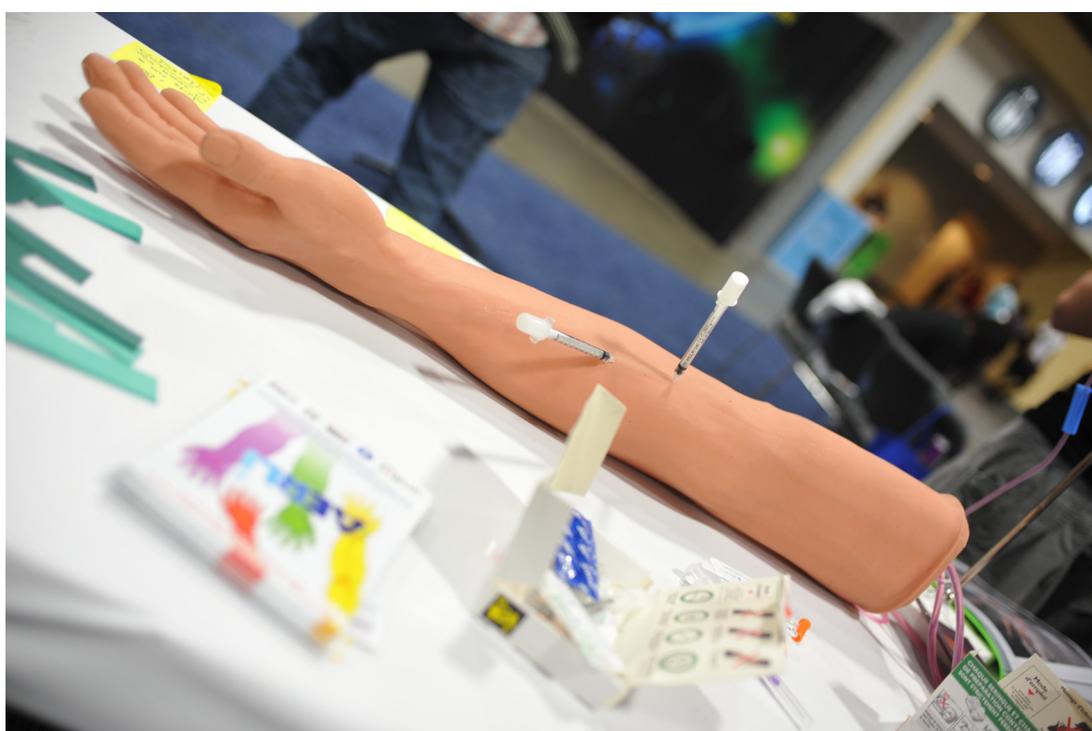
Cet outil permet d'illustrer le fait que tout être humain a des veines et des artères dans tout le corps et qu'il s'agit de systèmes parallèles. Il permet de travailler sur les différents sites d'injection et les risques associés.

## LE BRAS ANATOMIQUE



Il s'agit d'un outil qui peut être utilisé à différents effets.

- L'utilisation individuelle avec un usager : ce type d'utilisation en séance doit être préparée en amont et sert souvent d'appui pour travailler la technique d'injection (angle de l'aiguille, reflux, position de l'aiguille par rapport à la veine, manipulation de la seringue pour les personnes n'ayant jamais injecté, etc.).
- L'utilisation en ateliers collectifs : ce type d'utilisation sert à ouvrir l'échange et les discussions en proposant aux usagers de montrer de quelle manière ils pratiquent l'injection.
- L'utilisation avec des intervenants : ce type d'utilisation se fait notamment en formation. Elle permet aux intervenants de réaliser une injection et de prendre conscience de sa complexité technique, en particulier à une main.



## LA POUDRE ET LE GEL GLITTER BUG

---

La poudre et le gel ne s'utilisent pas de la même manière et ne répondent pas aux mêmes objectifs. La poudre vise à mettre en évidence le risque du manu portage par la lumière noire (ex : mettre de la poudre sur ses mains ou sur un objet et serrer la main ou faire passer l'objet, puis constater à la lumière noire les mains ou les objets phosphorescents). Le gel vise, quant à lui, à mettre en évidence l'importance d'un lavage de main efficace par la lumière noire (ex : se mettre du gel sur les mains, observer à la lumière noire, se laver les mains selon ses habitudes, passer de nouveau à la lumière noire).

## LE COLORANT UTILISÉ COMME MARQUEUR DE LA PRÉSENCE VIRALE TYPE VHC

---



Les colorants utilisés sont disponibles en pharmacie (solution de Milian, éosine, fluorescéine). Le colorant représente le virus (modélisation) et met en évidence la contamination par vase communiquant d'un outil à l'autre. L'utilisation de cet outil demande une préparation préalable.

L'utilisation de cet outil présente deux intérêts :

- Il aide les intervenants à se mettre à la place de l'utilisateur et à percevoir la complexité de la manipulation du matériel.
- Il aide les usagers et les intervenants à comprendre que malgré une manipulation précautionneuse, le colorant se disperse facilement sur les mains ou dans l'environnement.



## ANNEXES

ANNEXE 1 : Exemple de questionnaire d'inclusion

ANNEXE 2 : Exemple de questionnaire de séance

ANNEXE 3 : Exemple de fiche de bilan individuel

-----

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au référent du dispositif :  
Sida Paroles 92 - 8 rue Victor Hugo - 92700 Colombes

Les écrits en rouge servent de guide à l'intervenant pour assurer une cohérence dans notre manière de comprendre les questions. Il est primordial de documenter ce que la personne a l'intention de faire.

## INCLUSION

**1. Date :** |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_| (jj/mm/aa)

**2. Nom/Pseudo :** .....

**Noms des membres de l'équipe :**

1) \_ \_ \_ \_ \_

2) \_ \_ \_ \_ \_

**3. Genre :** m Homme m Femme m Transgenre

**4. Mois/Année de naissance :** |\_|\_|/|\_|\_| (mm/aa)

## PRATIQUE DE L'INJECTION

5. A quel âge as-tu pour la toute première fois, eu recours à l'injection de drogues ou médicaments, même si tu n'as pas continué après ?

|\_|\_| ans

Si cela fait moins d'un an, depuis combien de mois ? |\_|\_| mois

6. Bilan des consommations au cours du dernier mois (30 derniers jours)

PRODUITS	CONSOUMATIONS							
	Prise(s) quotidienne(s)	Plusieurs fois par semaine	Occasionnellement	Jamais	Modes de consommation			
					Avalé	Sniffé	Fumé/ inhale	Injecté
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	///	///	<input type="radio"/>
Cannabis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	///	<input type="radio"/>	///
Héroïne/rabla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	///	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaïne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	///	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Crack/free base/ coke basée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	///	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subutex® (buprénorphine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Méthadone AP-HP®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	///	///	<input type="radio"/>
Skenan® (sulfate de morphine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	///	<input type="radio"/>
Benzodiazépine (Rohypnol®, Tranxène®, Lexomil®, Valium®, Témesta®, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autre(s), précisez : -----	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Autre(s), précisez : -----	<input type="radio"/>							
Autre(s), précisez : -----	<input type="radio"/>							
Autre(s), précisez : -----	<input type="radio"/>							

## **DURANT LES 6 DERNIERS MOIS**

(EN EXCLUANT LES PÉRIODES D'INCARCÉRATION  
OU D'HOSPITALISATION)

**L'intervenant devra garder à l'esprit cette période pour les questions 6 à 24.**

### **7. A quelle fréquence as-tu pratiqué l'injection ?**

- Pratique quotidienne (1 à plusieurs fois par jour)
- Pratique répétée (quelques fois par semaine à quelques fois par mois)
- Pratique occasionnelle (moins d'une fois par mois)

### **8. Dans quel type de lieu/espace t'injectes-tu le plus souvent ? (Plusieurs réponses possibles)**

- Dans un lieu privé (chez toi, des amis, des parents)
- Dans des toilettes publiques                       Dans des parkings
- Dans des caves ou des cages d'escalier             Dans la rue
- Autre, précisez -----

### **9. Est-ce qu'il t'arrive de consommer seul (c'est-à-dire sans aucune autre personne autour de toi) ?**

- Toujours                       Des fois oui, des fois non                       Jamais

**10. T'arrive-t-il d'aider d'autres personnes à injecter ?**

Oui (ne serait-ce qu'une seule fois)  Non

**11. T'arrive-t-il de devoir être aidé par d'autres personnes pour t'injecter ?**

Oui  Non

Si oui, dans quelles conditions (fréquence, Etat...) ? : .....

**12. T'arrive-t-il de:**

- Lécher l'aiguille ?  D'arracher le filtre avec les dents ?  
 De toucher l'aiguille avec un élément non stérile ?

**13. Selon toi, quels sont les risques liés à l'injection ? : .....**

.....

**14. Prends-tu un traitement de substitution aux opiacés ?**

Oui  Non

Si oui, le(s)quel(s) ? (Choix multiples)

TSO	Quelle dose ?	Prescription médicale ?
Méthadone AP-HP®		
« Skenan® »		
Subutex®		
Autre (précisez):		

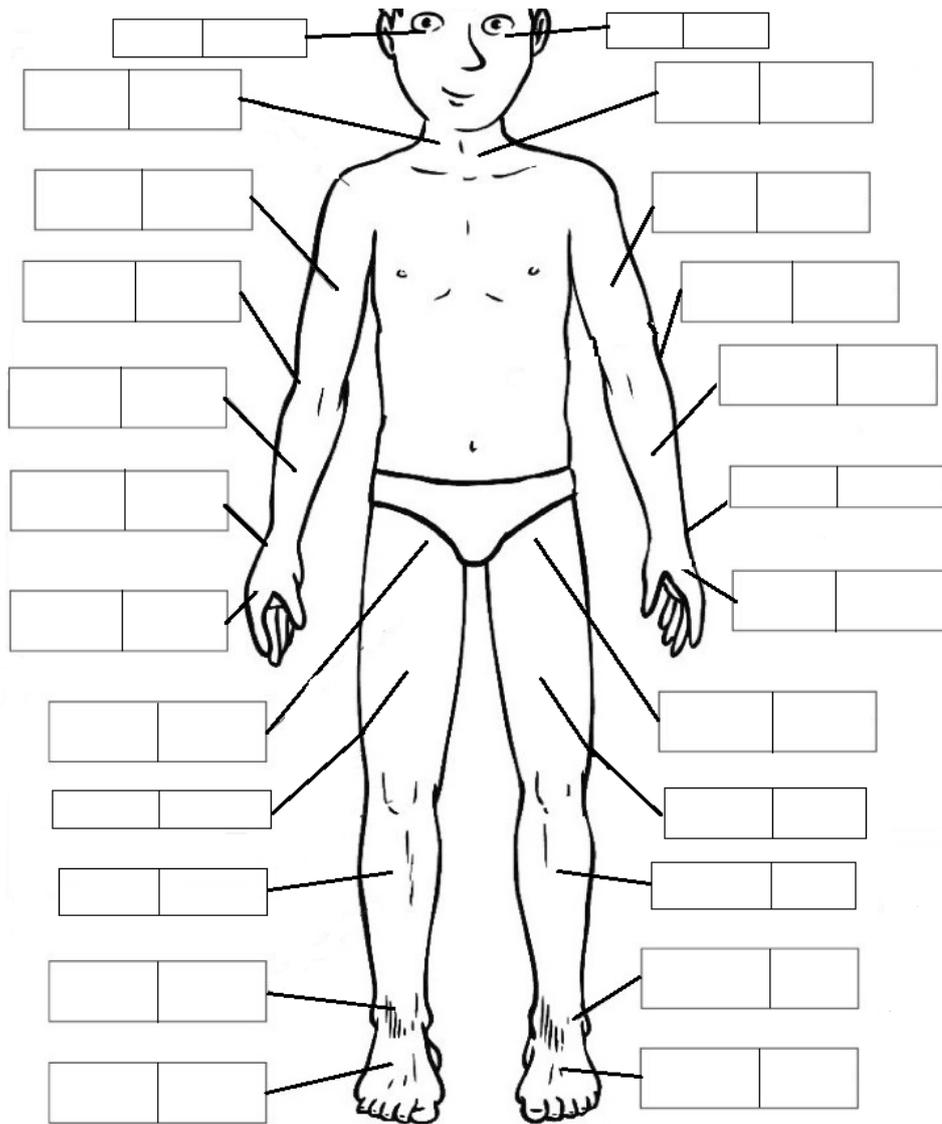
**15. Prends-tu un ou des traitement(s) de santé autre ?**

Oui  Non

Si oui, lequel(s)? .....

.....

**16. Sur quelles parties de ton corps injectes-tu le plus souvent ? (Plusieurs réponses possibles)**



Autre droit:  
.....

Autre gauche:  
.....

**17. Réalises-tu des tirkettes ?**

*Nous parlons de tirkettes lorsque qu'une fois l'injection du produit réalisée, l'usager aspire à plusieurs reprises du sang dans la seringue qu'il se réinjecte. Pour cette question, nous ne parlons pas du reflux sanguin réalisé dans la seringue pour s'assurer que l'aiguille se trouve bien dans la veine.*

- Régulièrement       Quelquefois       Jamais

**18. As-tu déjà eu des problèmes pour trouver tes veines ?**

- Oui       Non

**19. Alternes-tu tes points d'injection ?**

- Oui       Non

**20. Réalises-tu un point de compression après l'injection ?**

- Oui       Non

**21. Désinfectes-tu avant de t'injecter ?**

- Oui       Non

Si oui, qu'utilises-tu (avec quoi ?) et comment ? .....

.....

**22. As-tu fait des abcès ?**

*Définition si besoin : infection locale bactérienne qui se traduit par la peau rouge, gonflée, chaude, parfois avec du pue et une douleur au touché.*

- Régulièrement       Quelquefois       Rarement       Jamais

**A quand remonte ton dernier abcès ?**

- Non applicable       Ne sait pas       \_ \_ \_ \_ \_ (jour(s) ou mois ou année(s))

**23. As-tu fait des poussières ?**

**L'intervenant devra vérifier que la personne sait bien ce qu'est une poussière.**

- Régulièrement
- Quelquefois
- Rarement
- Jamais

**A quand remonte ta dernière poussière ?**

- Non applicable
- Ne sait pas
- \_ \_ \_ \_ \_ (jour(s) ou mois ou année(s))

**24. As-tu déjà fait un malaise suite à une consommation de produits ? (Surdose, overdose, malaise cardiaque, panique, bad trip, etc.) ?**

- Oui, préciser le type de malaise, le/les produit(s) et le mode de conso. :

.....  
.....

- Non

**A quand remonte ton dernier malaise ?**

- Non applicable
- Ne sait pas
- \_ \_ \_ \_ \_ (jour(s) ou mois ou année(s))

## RÉUTILISATION ET PARTAGE DE MATÉRIEL AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS

L'intervenant doit préciser la période à laquelle cela correspond pour la personne. Par exemple, si nous sommes en février, la période des 6 mois correspondant aux mois de septembre à février. Cela aide la personne à se situer dans le temps.

**25. As-tu réutilisé :**

Matériel	Ton propre matériel	Matériel partagé		Fréquence (Parfois, Souvent, Toujours)
		Que tu donnes	Que tu prends	
<b>Seringues</b>				
<b>Cotons</b>				
<b>Eau</b>				
<b>Gamelle/cup</b>				

**26. Que fais-tu de ta seringue utilisée ?**

- Tu la snappe   
  tu la jettes   
  Au récupérateur   
  tu la gardes   
  Autres

**27. Observations/Commentaires :** *(précisez si une pratique concerne uniquement sa/son conjoint)*

.....

.....

.....

.....

.....

## CONCLUSIONS

**28.** Quelles sont les principales difficultés que tu rencontres dans ta pratique d'injection ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**29.** Sur quel(s) aspect(s) de l'injection souhaites-tu aborder/travailler en priorité lors des prochaines séances ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ERLI - QUESTIONNAIRE DE SEANCE

Séance à deux : o

Date : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

Pseudo : .....

Séance N° : .....

Noms des membres de l'équipe :

1) .....

2) .....

## QUESTIONS PRÉ-SEANCE - A DESTINATION DE L'USAGER

1. Quel(s) produit(s) as-tu consommé sur les dernières **24h**  
(y compris les médicaments sur prescription médicale et hors prescription médicale) ?

Alcool :  Oui  Non

Cannabis :  Oui  Non

Produit(s)	Mode de consommation ( <i>plusieurs réponses possibles</i> )			
	Voie orale	Sniffé	Fumé/inhalé	Injecté
<input type="checkbox"/> Héroïne/rabla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Cocaïne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Crack/free base/coke basée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Skenan®	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Subutex® (buprénorphine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Méthadone	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**2. Combien d'injection(s) as-tu fait sur les dernières 24h ? (Cotons compris) .....**

**3. Quel produit envisages-tu pour la session ?**

- Heroïne / Rabla
- Skenan LP, dosage et quantité : .....
- Cocaïne
- Crack / free base / coke basée
- Speed-ball
- Buprénorphine haut dosage (Subutex®), dosage et quantité : .....
- Autre : .....

Si c'est un médicament, précisez son nom et le dosage : .....

**4. Est-ce un produit que tu as déjà testé/consommé ?**

- Oui
- Non

Si collecte pour analyse de drogues, numéro d'échantillon : .....

**5. Quel site d'injection ?**

.....  
.....

**6. Est-ce que tu galères à trouver des veines ?**  Oui  Non

.....  
.....

**7. Peux-tu te situer sur une échelle de risque entre 0 (aucun risque) et 10 (risques maximum) ?**

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10



# PRÉPARATION DU PRODUIT

## Filtration

1. L'usager filtre sa préparation avant d'injecter ?

Oui       Non

Si oui, quel type de filtre utilise-t-il ? (Choix multiple)

- Filtre de cigarette       Filtre du Stéricup       Filtre toupie  
 Stérifilt       Autre, précisez \_ \_ \_ \_ \_

## Contamination du matériel

2. Prise de risques (choix multiple)

Niveau	Type	Cochez
1	Lèche l'aiguille	
2	Arrache le filtre avec les dents	
3	Touche l'aiguille avec un élément non stérile (doigt, fiole d'eau, table, mouchoir, etc.)	
4	Doigt dans la cup lors de la manipulation avant mélange	
	Doigt dans la cup pour appuyer sur le coton et récupérer du produit	
	Manipule le filtre entre ses doigts	
	Mélange de la préparation avec un élément non stérile	

3. Remarques :

.....  
.....  
.....

## PRÉ-INJECTION

1. L'utilisateur trouve-t-il seul son point d'injection ?

Oui       Non

2. L'utilisateur utilise-t-il un garrot ?

Oui       Non

3. L'utilisateur désinfecte le point d'injection avant d'injecter  
avec une lingette d'alcool ou de chlorhexidine ?

Oui, spontanément       Oui, sur proposition de l'intervenant       Non

4. Remarques :

.....  
.....  
.....

## INJECTION

5. Quel site d'injection ?

*Précisez le nombre de tentatives pour chaque site d'injection*

6. Y a-t-il un changement de matériel lors de l'injection (seringue et/ou aiguille) ?

Oui     Non

7. L'utilisateur effectue des tirettes ?

Oui       Non

**Nous parlons de tirettes lorsque qu'une fois l'injection du produit réalisée, l'usager aspire à plusieurs reprises du sang dans la seringue qu'il se réinjecte. Pour cette question, nous ne parlons pas du reflux sanguin réalisé dans la seringue pour s'assurer que l'aiguille se trouve bien dans la veine.**

**8. Si utilisation de garrot, l'enlève t'il avant l'injection ?**

- Oui                       Non                       Non applicable

**9. Réalisation de l'injection (plusieurs réponses possibles)**

- Injection réalisée dans la veine  
 Injection réalisée à côté (en sous-cutané) ou veine éclatée  
 Injection non réalisée

**Pour les injections non réalisées, quelles en sont les raisons ?**

.....

**13. Remarques :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## **POST INJECTION**

(SI PLUSIEURS INJECTIONS,  
DOCUMENTER LES PRATIQUES LES PLUS À RISQUES)

### **1. Si l'injection a été réalisée, comment l'utilisateur arrête-t-il le saignement ? (Choix multiple)**

- Par compression longue, efficace
- Par compression courte et/ou non efficace (le saignement reprend)
- Par frottement et/ou tapotement (pas de compression)
- L'utilisateur lèche le point d'injection
- L'utilisateur ne fait rien de particulier

### **2. Si frottement ou compression, avec quoi ? (Choix multiple)**

- Le tampon sec post-injection ou un coton ou mouchoir propre
- Un tampon alcoolisé
- L'utilisateur utilise son doigt
- Autrement, précisez \_ \_ \_ \_ \_

### **3. L'utilisateur rince sa seringue ou ses seringues utilisées pour la séance ?**

- Oui       Non

### **4. L'utilisateur conserve son filtre et/ou sa cup après utilisation ?**

- Oui       Non

### **5. L'utilisateur se lave les mains avant de partir ?**

- Oui, spontanément       Oui, sur proposition de l'intervenant       Non

### **Si oui, comment ? (Choix multiples)**

- Eau       Savon

Gel hydroalcoolique

Lingette d'alcool

Lingette chlorhexidine

Autrement, précisez : - - - - -

**6. Remarques :**

.....  
.....  
.....  
.....

## CONCLUSION

**Informations importantes/Remarques particulières sur l'accompagnement :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

**Remarques particulières si l'accompagnement a été à deux usagers (prise de risques à deux, ...) :**

<b>Raisons de la consommation à deux</b>	<input type="checkbox"/> Par convivialité <input type="checkbox"/> Pour partager le produit mis en commun <input type="checkbox"/> Pour s'entraider sur la préparation <input type="checkbox"/> Pour s'entraider sur le geste de l'injection <input type="checkbox"/> Pour autre chose : ..... .....
<b>Quel matériel est partagé lors de la consommation ?</b>	<input type="checkbox"/> Produit <input type="checkbox"/> Cuillère <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> Briquet <input type="checkbox"/> Seringue <input type="checkbox"/> Coton/filtre <input type="checkbox"/> Garrot <input type="checkbox"/> Autre chose, précisez : .....
<b>Si un des usagers aide l'autre, quelle étape est concernée par l'interaction entre les deux personnes ?</b>	<input type="checkbox"/> Préparation du produit (même partielle) <input type="checkbox"/> Préparation du filtre <input type="checkbox"/> Recherche de veines <input type="checkbox"/> Désinfection du point d'injection <input type="checkbox"/> Pose de garrot <input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Compression <input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....

.....  
 .....  
 .....

**Thèmes abordés (consommation, complications et prises de risques, prise en charge, orientation, outils pédagogiques utilisés, matériel) :**

<b>Consommation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Qualité du produit (aspect du produit, proposition d'analyse de produits, etc.)</li> <li>o Gestion de la consommation (association de produits, gestion des doses, etc.)</li> <li>o Passage à un autre mode de consommation</li> </ul>
<b>Complications et prises de risques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>oPartage du matériel</li> <li>oLavage des mains</li> <li>oDésinfection des points d'injection</li> <li>oRéutilisation du matériel</li> <li>oFiltration</li> <li>oConservation/utilisation des cotons et/ou fonds de cup</li> <li>o Contaminations virales (VIH, VHB, VHC)</li> <li>o Complications infectieuses bactériennes (poussières, abcès, etc.) et candidoses</li> <li>o Gestion de l'overdose</li> <li>o Gestion du capital veineux, alternance des points d'injection</li> <li>oRecherche de veines durant la séance</li> <li>o Aspect technique de l'injection</li> <li>o Compression post injection</li> </ul>
<b>Prise en charge, orientation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Dépistage/TROD/Fibroscan</li> <li>oPrise en charge médicale (VIH, VHC)</li> <li>o Traitement de substitution</li> <li>oSevrage</li> </ul>
<b>Outils pédagogiques utilisés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Coupe 3D veines et artères</li> <li>o Dessins réalisés par les intervenants</li> <li>o Glitter bug</li> <li>oPhotos macro d'une aiguille réutilisée</li> <li>oSchéma des veines et des artères</li> <li>o Démonstration réalisée par l'intervenant</li> <li>o Aiguille et paille</li> <li>o Pose de garrot</li> <li>o Utilisation du bras anatomique</li> <li>o Poster sur la sclérose d'une veine</li> </ul>

<b>Autres</b>	<input type="checkbox"/> Accès au matériel <input type="checkbox"/> Gestion du matériel et des déchets  <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ _____
---------------	--

.....

.....

.....

.....

.....

**Objectif (s) des prochaines séances :**

.....

.....

.....

.....

.....

**ERLI**  
**QUESTIONNAIRE DE SEANCE**

Date : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

Pseudo : .....

Bilan N° : .....

Nombre de séances réalisées : .....

Noms des membres de l'équipe :

1) .....

2) .....

**1. Comment ça s'est passé pour toi, de manière générale, depuis ton inclusion dans le dispositif ERLI ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2. Quelles sont les principales difficultés que tu rencontres actuellement dans ta pratique d'injection ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Selon toi, quels sont les risques liés à l'injection ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**4. Quelles étaient tes attentes en venant sur le dispositif ERLI ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**5. Le dispositif ERLI proposé répond-il à tes attentes / tes besoins ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**6. Qu'as-tu pensé de la qualité de l'accompagnement proposé par les intervenants du dispositif ?**

**As-tu des commentaires ou suggestions pour améliorer le fonctionnement général du dispositif ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....

**7. As-tu constaté des évolutions dans tes pratiques ?**

*(Si oui, lesquelles ? prise en compte du ou des lieu(x) de consommation habituel(s) en dehors du dispositif)*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**9. Voici les observations de l'équipe concernant ta participation au dispositif :  
Tes pratiques (hygiène, préparation du produit,  
pré-injection, injection et post-injection) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

**Tes prises de risque :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Les évolutions constatées :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**10. Quel(s) aspect(s) de ta pratique souhaites-tu modifier  
ou faire évoluer en priorité pour les prochaines séances ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





**photographes**

*Marie Debrus - Mélanie Quétier - David Seban - Maxime Couturier*

Anne CHEYRON

COMITÉ DE PILOTAGE

François BERDOUGO, Louise BICHET, Marie DEBRUS, Audrey KARTNER, Pascal PEREZ,  
Mélanie QUETIER, Pierre RAMEL, Ernst WISSE

*Novembre 2016*