



Premier ministre

Mission
interministérielle
de lutte contre
les drogues et les
conduites addictives



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



SANTÉ PUBLIQUE :

IMPLANTER DES AUTOMATES D'ÉCHANGE DE SERINGUES

POUR RÉDUIRE LES RISQUES DE CONTAMINATION PAR LE VIH ET LES HÉPATITES

CHEZ LES USAGERS DE DROGUES



Guide pour les communes et les porteurs de projet

Version : septembre 2021

Association SAFE

11 avenue de la porte de la plaine – 75015 Paris

Tél. : 01 40 09 04 45

www.safe.asso.fr – www.rdr-a-distance.fr

SOMMAIRE

① Pourquoi ce guide ?	
Avant-propos du Dr Thomas Néfau, Président de SAFE	page 4
Avant-propos de la Jean-Pierre Couteron, Conseil national du SIDA	page 5
② La politique nationale de réduction des risques	PAGE 6
Qu'est-ce que la politique de réduction des risques liée à l'usage de drogues ?	page 6
Le développement de la politique de réduction des risques en France	page 6
Son inscription dans la Loi	page 7
③ Plaidoyer en faveur de l'implantation d'automates de réduction des risques	PAGE 9
Présentation des automates de réduction des risques	page 9
Les matériels distribués	page 9
Un dispositif développé sur une large partie du territoire et bien maîtrisé	page 10
Un dispositif coût/efficace au bénéfice de la santé publique	page 10
Après 15 ans d'expérience, un bilan très positif dans les communes	page 11
④ Démarche d'implantation d'automates d'échange de seringues	PAGE 12
L'évaluation des besoins	page 13
La mise en œuvre	page 17
Le suivi du projet	page 23
Conclusion	page 26
⑤ Evolution des pratiques de consommation : les distributeurs de kits d'inhalation pour les fumeurs de crack	PAGE 27
Justification de la mise à disposition de kits base par automates	page 27
Installer un distributeur de kits d'inhalation	page 30
⑥ SAFE, une association pour vous aider dans la réalisation de votre projet	PAGE 32
⑦ Annexes	PAGE 33

① POURQUOI CE GUIDE ?

Malgré 20 ans d'expérience française en la matière, l'implantation d'automates de réduction des risques reste encore difficile sur certains territoires, le plus souvent par méconnaissance de l'intérêt de ce dispositif en termes de santé publique, ou par méconnaissance méthodologique pour leur mise en place.

L'objectif de ce guide est d'aider les communes ainsi que les CAARUD et CSAPA volontaires à implanter :

- **des automates distributeurs et collecteurs de seringues pour les usagers de drogues**
- **des automates distributeurs de kits d'inhalation.**

L'implantation d'automates de Réduction des Risques est préconisée par la Direction Générale de la Santé depuis 1996 et a été intégrée dans le Plan Gouvernemental de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives 2013-2017.

Ce programme répond à l'une des priorités de la politique de réduction des risques et des dommages menée par l'État qui est d'accroître l'accessibilité du matériel de réduction des risques, en complément de l'offre proposée par les établissements d'accueil spécialisés que sont les CAARUD et CSAPA.

L'objectif est triple :

- Le dispositif d'automates de réduction des risques vise à assurer une continuité de l'offre de matériels 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24, quand les dispositifs d'accueils et les pharmacies sont fermés.
- Il contribue également à améliorer l'offre de matériels dans des communes qui ne sont pas dotées de lieux d'accueil spécialisés.
- Enfin, il permet un accès anonyme et gratuit aux matériels, pour des usagers qui ne peuvent pas ou ne veulent pas fréquenter les lieux d'accueils et les pharmacies (pour des raisons diverses comme la peur de la stigmatisation, la recherche d'anonymat, etc.).

Dans le cadre d'une mission d'appui à l'implantation et à la gestion des automates qui lui est confiée par la Direction Générale de la Santé, SAFE propose aux collectivités locales et aux équipes de CAARUD et CSAPA qui le souhaitent, un éventail d'outils pour les aider dans cette démarche :

- Un appui méthodologique sur site (aide à la formalisation du dossier, rencontre des partenaires...)
- Une formation technique courte des intervenants
- Et enfin ce guide méthodologique.

Nous espérons qu'il vous sera utile dans vos démarches.

Dr Thomas NÉFAU,

Président de SAFE.

LIMITER L'ACCES AUX SERINGUES, C'EST LIMITER LA RÉDUCTION DES RISQUES, PAS L'USAGE !

La question de l'accessibilité est centrale dans la réduction des risques : rendre le matériel accessible est le principe de base. Et cette accessibilité se joue sur différents registres : **l'accessibilité géographique**, en cherchant à couvrir les différents territoires, en osant des accès différents, automates, pharmacies, CAARUD mais aussi à distance, par l'envoi postal, etc. Ces solutions sont complémentaires et non concurrentes.

Cette première accessibilité, au plus près de celles et ceux qui en ont besoin, se renforce d'une accessibilité sociale. Pour les uns, aller dans une pharmacie n'est pas aussi naturel qu'il peut le sembler. D'autres ne se reconnaissent pas dans les publics précaires, majoritaires dans certains CAARUD et les CSAPA n'offrent pas tous le même niveau d'accessibilité. Les automates sont donc une solution nécessaire, qui fonctionne 24 h/24, reste simple, souvent discrète, et participe d'une égalité d'accès.

Mais l'accessibilité est aussi financière : le coût du Kit et de son financement est un aspect que personne ne peut ni doit aujourd'hui négliger. Il est à mettre en perspective avec le coût des traitements VIH ou encore VHC. Sous cet angle aussi, tout doit donc être fait pour que l'utilisateur puisse se procurer le matériel nécessaire.

Enfin, **la disponibilité a aussi un versant technique** : la solution proposée doit rencontrer les pratiques des usagers, leurs évolutions, en accord avec l'état de la science et les savoirs profanes, pour rester facilement appréhendable pour eux.

La régulation de l'usage ne peut se faire en jouant sur l'accessibilité du matériel. Cette idée, que rendre trop disponible les seringues serait faciliter l'usage, a été à l'origine d'une des plus grandes catastrophes sanitaires de ces 30 dernières années, avec son rôle majeur dans l'accentuation de l'épidémie de sida en France. Elle ressurgit parfois dans la fausse évidence qu'une simple « limitation » du nombre de seringues distribuées abaisserait la diffusion des pratiques d'usage. Il faut combattre cette idée fautive : limiter les seringues, c'est limiter la RDR, pas l'usage.

Comme le rappelle aussi ce guide, la mobilisation commune des acteurs concernés, élus, professionnels de la RDR, qu'ils soient pharmaciens d'officine ou médecins généraliste, salariés d'un CSAPA ou d'un CAARUD, représentant des forces de police, acteurs de la santé publique des ARS ou représentant de la MILDECA, doit aider à continuer de déployer cette réponse que représente l'installation d'automate. C'est la meilleure garantie d'une acceptabilité partagée, nécessaire au succès de ces actions, dans l'intérêt tout aussi partagé des différentes composantes de nos sociétés.

Jean-Pierre COUTERON

Président de la Fédération Addiction

② LA POLITIQUE FRANÇAISE DE RÉDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

La réduction des risques et des dommages (RDRD) à destination des usagers de drogues est une politique nationale, qui est inscrite dans le Code de Santé Publique depuis août 2004.

1. Qu'est-ce que la politique de réduction des risques liés à l'usage de drogues ?

La politique de réduction des risques est l'ensemble des mesures mises en œuvre pour PREVENIR les contaminations par les virus du VIH (SIDA) et des hépatites ainsi que les problèmes et complications découlant de l'usage et de la recherche de drogues, notamment :

- les complications sanitaires liées à l'injection ;
- les problèmes sociaux liés à l'isolement, l'errance et aux différentes ruptures (affectives, sociales, professionnelles...).

Les grandes lignes de la politique nationale de réduction des risques consistent à mettre en œuvre des actions pour :

- faciliter l'accès au matériel stérile d'injection (et autres consommations comme l'inhalation) ;
- accompagner les usagers en situation de dépendance pour ouvrir des opportunités de soin et de sortie de l'usage de drogues ;
- obtenir des bénéfices pour tous (respect de l'environnement et de la population en général).

2. Le développement de la politique de RDRD en France

Le développement de la politique de RDRD repose sur plusieurs principes :

- aller au contact des usagers là où ils se trouvent ;
- accueillir les usagers sans préalable et sans jugement ;
- diversifier les compétences professionnelles pour créer du lien et prendre en charge dans la durée les usagers de drogues, en réduisant autant que faire se peut le nombre de perdus de vue ;
- diversifier et personnaliser les offres de service ;
- assurer la vente libre de matériel d'injection ;
- mettre en place des programmes associatifs d'échange de seringues destinés à atteindre les usagers les plus marginalisés : unités mobiles, lieux fixes, équipes de rue ;
- installer des automates distributeurs et échangeurs de matériels de consommation à moindres risques (matériel d'injection, matériel d'inhalation) en complément d'autres actions et dispositifs de proximité ;
- instaurer des lieux de contact (CAARUD), lieux refuges offrant également des soins de première urgence et proposant une orientation.

3. Son inscription dans la Loi

A. Inscription de la politique de RDRD

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique reconnaît législativement la politique de réduction des risques. Cette loi vise à définir l'objet de cette politique, à affirmer la responsabilité de l'État dans ce domaine et à sécuriser le statut et le financement des structures intervenant dans ce champ en les inscrivant parmi les établissements médico-sociaux.

Dans ce but, l'article L.3121-5 du code de la santé publique issu de la loi du 9 août 2004 précitée crée une nouvelle catégorie d'établissements médico-sociaux : les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) qui relèvent du 9° de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Par ailleurs, la mission de réduction des risques est également inscrite dans le décret fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des CSAPA.

La loi du 26 janvier 2016 précise dans son article 41 les objectifs et les moyens de la politique de réduction des risques et des dommages. Elle étend le périmètre d'action de la politique de réduction des risques et des dommages à l'ensemble des substances psychoactives et non plus seulement aux produits injectables. Enfin, cette même loi autorise l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR).

Textes de référence (fournis en annexes) :

- *Article L.3121-5 du code de la santé publique ;*
- *Articles L.312-1 à L.314-13 du code de l'action sociale et des familles ;*
- *Article 50 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006*
- *Articles R.311-1 à R.311-37 du code de l'action sociale et des familles ;*
- *Articles R.3121-33-1 à R.3121-33-4 du 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 pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique) ;*
- *Décret N°2003-160 du 28 Février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des CSST ;*
- *Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ;*
- *Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 (référentiel RDR) ;*
- *Circulaire n°DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 2 janvier 2006.*
- *Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, articles 41 et 43*
- *Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques pour usage supervisé.*

B. Légalisation de l'accès aux seringues

■ Aspect légal

La décision de faciliter l'accès au matériel d'injection pour les usagers de drogues par voie intraveineuse remonte au décret du 13 mai 1987, pérennisé par celui du 11 août 1989 (vente libre des seringues en pharmacie). Le décret du 7 mars 1995 complète le dispositif en autorisant les associations menant des programmes de prévention à délivrer gratuitement des seringues.

Ces textes règlementaires sont fournis en annexes.

■ Justification

En France, on estime que 150 000 personnes consomment des drogues par voie intraveineuse. Il s'agit d'une pratique à haut risque car chaque étape de la préparation et de la réalisation de l'injection peut favoriser la transmission des virus, notamment ceux de l'hépatite C et du VIH/SIDA.

Pour le VIH, l'échange de seringues réduit très efficacement les risques : en 1999, selon une étude de l'IREP, le taux de prévalence du VIH chez les usagers de drogues se rendant dans les Programmes d'Échange de Seringues est de 20 % alors qu'il était de 40 % en 1995.

L'étude Coquelicot (2011) portant sur des usagers de drogues vus dans les CAARUD estime que la séroprévalence au VIH de ceux-ci est de 10%.

Aujourd'hui le taux d'incidence (nouvelle contamination dans l'année) est de 1%¹.

Toutefois, les efforts en matière de réduction des infections restent à poursuivre : la séroprévalence au virus de l'hépatite C reste très importante dans cette population (de l'ordre de 40%).

C. La responsabilité pour les communes de collecter les seringues usagées

- ✧ Même si le risque de contamination est assez faible, sachant que la prévalence du VIH et des hépatites B et C (VHB et VHC) est importante chez les usagers de drogues, il importe de récupérer les seringues potentiellement contaminées.
- ✧ La présence de seringues sur la voie publique est également très anxiogène pour la population et contribue dans certaines situations à accentuer le sentiment de vivre dans un quartier dégradé.
- ✧ Les seringues utilisées par les usagers de drogues peuvent être trouvées dans des lieux très divers ; la responsabilité des communes peut être engagée dès lors que les matériels sont retrouvés sur la voie publique, dans des squats, etc.

③ PLAIDOYER EN FAVEUR DE L'IMPLANTATION D'AUTOMATES DE RÉDUCTION DES RISQUES

Environ 300 sites de distribution automatique de seringues sont implantés sur le territoire national. Au total, le dispositif d'échange de seringues par automates permet de diffuser environ un million de seringues par an.

1. Que sont les automates d'échange de seringues ?



Paris – Gare de Lyon



Paris – Gare de l'Est



Paris – Bd Sebastopol

Les automates d'échange de seringues sont :

- des distributeurs de matériels d'injection (trousses de prévention de type « Kit + » ou « Kit exper' »),
- des échangeurs de seringues usagées qui délivrent des jetons en contrepartie (les jetons servant à obtenir une nouvelle trousse),
- et des collecteurs de seringues pour déchets de soins à risques infectieux.

2. Quels matériels sont distribués par ces dispositifs ?

Les automates permettent la délivrance de trousses de prévention contenant le matériel complet pour 2 injections à moindres risques, à savoir :

- 2 seringues
- 2 tampons désinfectants
- 2 fioles d'eau injectables
- 2 sets stériles contenant une cuillère, un filtre, et un tampon sec post-injection.

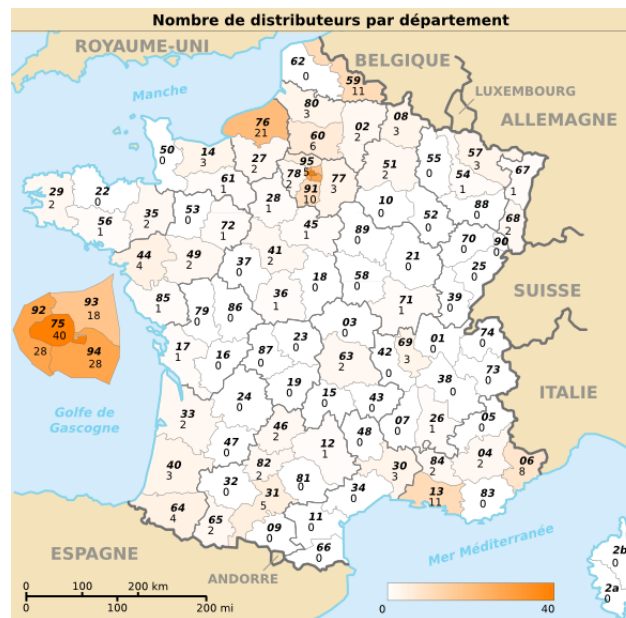
Chaque trousse peut également contenir un préservatif et un message de prévention.

Les trousses contiennent également les coordonnées des services d'aide téléphonique.



3. Un dispositif développé sur une large partie du territoire et bien maîtrisé

Le dispositif d'automates français s'est développé progressivement depuis 1994 ; fin 2015, il comporte 300 sites de distribution, 225 étant aussi équipés de collecteurs de seringues. Ils sont répartis sur 55 départements français :



Ce dispositif permet de distribuer environ 1 million de seringues neuves et de collecter plus de 400 000 seringues usagées chaque année.

Nous ne sommes donc plus dans l'expérimentation ; les choix d'emplacements sont aujourd'hui réalisés méthodiquement et l'action nécessaire autour des automates (approvisionnement, travail technique, travail de médiation, relation avec les usagers) est réalisée dans des conditions optimisées.

4. Un dispositif coût/efficace au bénéfice de la Santé Publique

L'automate est le seul moyen de garantir simultanément la continuité et la gratuité de l'offre de matériel d'injection. C'est donc un outil de santé publique indispensable.

Les automates répondent à quatre exigences :

- proposer un matériel complet (en distribuant un kit et non pas la seringue seule, insuffisamment efficace dans la lutte contre les contaminations bactériennes, fongiques et virales) ;
- assurer la continuité de l'offre 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 ;
- proposer un échange avec les acteurs de terrain pour permettre l'éducation à la santé de l'utilisateur de drogues et si possible une offre de soins ;
- proposer un dispositif souple, qui peut évoluer en fonction de l'évolution des besoins : comme les équipes de rue des CAARUD adaptent les interventions en fonction des lieux de vie et de consommation des usagers, les automates peuvent à terme être déplacés pour répondre au mieux aux besoins. Pour les communes, cela implique un simple déplacement du socle de maintien de l'automate.

Les automates permettent également de toucher des populations qui ne fréquentent aucune autre structure de santé spécialisée :

- les gens très précarisés (sans papiers, ne parlant pas français, squatters...);
- ceux qui ne veulent pas être « repérés » comme usager de drogues par voie intraveineuse (UDVI) et ne vont pas à la pharmacie, en particulier des publics insérés, qui travaillent, ont une famille et souhaitent maintenir leur anonymat...

Ils sont donc complémentaires du dispositif existant : lieu d'accueil et travail de rue des CAARUD, CSAPA, pharmacies, hôpitaux et services sociaux.

5. Après 15 ans d'expérience, un bilan très positif dans les communes

Les premiers automates ont été implantés en 1994 (expériences pilotes dans le département des Hauts-de-Seine, gérées par SAFE).

Après 15 ans d'expérience, nous constatons :

- que les automates fonctionnent toujours correctement ;
- que la quasi-totalité des dispositifs est restée en place, sans poser de difficultés sur le terrain ;
- que les communes, les ARS² et la DGS³ sont satisfaits de cette politique puisque le parc national continue d'être soutenu, financé et développé (en moyenne 15 nouvelles implantations par an).

Nous constatons que pour ces dispositifs :

- ⤴ **le nombre d'usagers de drogues injecteurs ne s'est pas accru (source Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies) ;**
- ⤴ **les usagers de drogues ont davantage accès à du matériel d'injection ce qui réduit les risques liés à leur consommation (infections virales, bactériennes et fongiques notamment) ;**
- ⤴ **... mais la quantité de kits d'injection distribuée augmente, notamment grâce aux automates ;**
- ⤴ **... et la quantité de seringues récupérées augmente, notamment grâce aux automates.**

Conclusion :

- ✓ **les usagers de drogues se protègent mieux**
- ✓ **le dispositif touche des injecteurs qui ne se protégeaient pas (ou pas complètement)**
- ✓ **la population en général est mieux protégée car ces dispositifs permettent de récupérer un nombre important de seringues.**

2 ARS : Agence Régionale de Santé

3 DGS : Direction Générale de la Santé

④ DÉMARCHE D'IMPLANTATION D'AUTOMATES D'ÉCHANGE DE SERINGUES

Préambule :

Une implantation d'automates d'échange de seringues n'est possible qu'à condition de formaliser un projet opportun et pertinent, réalisable et contrôlable.

Les différentes étapes de la démarche permettent de s'assurer que l'on remplit chacune de ces conditions :

- ① Diagnostic : s'assurer qu'il est opportun et pertinent de prévoir l'implantation d'un automate
- ② mise en œuvre : préparer la conception et l'installation, pour que le projet soit réalisable
- ③ suivi : prévoir l'évaluation du fonctionnement et les réajustements pour que le projet soit contrôlable

L'évaluation des besoins

L'objectif de cette phase est de déterminer s'il est opportun et pertinent de prévoir l'installation d'un automate de réduction des risques sur un territoire identifié.

Les questions auxquelles l'étude doit permettre de répondre sont les suivantes :

- 1) Y a-t-il actuellement un besoin qui justifie d'installer un nouveau dispositif de réduction des risques ?
⇒ Pour y répondre, il est nécessaire d'évaluer les besoins locaux des usagers de drogues.

- 2) Manque-t-il des éléments dans l'offre actuelle pour répondre à la demande et aux besoins actuels ?
⇒ Pour y répondre, nous évaluons le système de réponse existant.

- 3) Est-ce que les acteurs locaux sont prêts à accepter une nouvelle composante dans le dispositif actuel, et plus spécifiquement un automate ?
⇒ Pour y répondre, il convient d'évaluer l'opinion des acteurs (aspects positifs et favorables, et obstacles perçus par les acteurs).

On ne peut prévoir l'implantation d'automates que si l'on répond par l'affirmative à ces 3 questions, sur la base d'arguments documentés confirmant l'opportunité et la pertinence de sa mise en œuvre.

L'évaluation des besoins locaux des usagers de drogues

Objectifs : connaître la population d'usagers et ses pratiques

Méthode :

1) Connaître la population

L'étude est basée sur une analyse qualitative et quantitative des actions :

-
- Statistiques des services d'urgence et des hôpitaux
- Statistiques des pharmacies (vente de seringues, autres matériels de consommation, médicaments de substitution aux opiacés,...)
- Statistiques des autres associations œuvrant auprès des usagers de drogues
- Statistiques des interpellations de la police et/ou de la gendarmerie
- Statistiques des services de voirie et espaces verts (seringues usagées et autres traces de consommation en voie publique)

Il convient d'obtenir l'information la plus complète possible sur :

- Le nombre d'usagers de drogues, notamment par voie injectable
- La localisation des principaux lieux de deal et de consommation
- La localisation des pharmacies les plus fréquentées par les usagers de drogues injecteurs, ainsi que celles refusant ou ayant des réticences à distribuer le matériel aux usagers
- Les segments de population d'usagers de drogues les plus à risques (par exemple : les plus éloignés de la prévention, les slamers⁴,...)
- L'état de santé de cette population et notamment la proportion d'usagers infectés par le VIH, le VHC et co-infectés

2) Connaître les pratiques

La recherche est basée sur les éléments suivants :

- Proportion d'usage de drogue par voie intraveineuse et par voie inhalée
- Type de matériels utilisés pour les consommations
- Proportion d'usagers traités par médicaments de substitution (prescrits ou non)
- Types de pratiques (collectives ou individuelles / en espace sécurisé ou en extérieur...)
- Lieux d'accès aux matériels
- Lieux de dépôt, échange et destruction des matériels

Il convient d'obtenir l'information la plus complète possible sur :

- Les pratiques les plus répandues pour la consommation
- Les lieux déjà fréquentés pour l'obtention du matériel
- Les habitudes d'utilisation du matériel
- Les dangers possibles liés aux spécificités locales

⁴ Personnes injectant des drogues dans le cadre de pratiques sexuelles

L'évaluation du système de réponse existant

Objectifs : connaître l'offre en matière de réduction des risques, au regard de la demande

Méthode :

1) Accès à l'information

La recherche est basée sur l'analyse qualitative et quantitative des échanges avec les :

- Pharmaciens
- Porteurs de programmes d'échange de seringues
- Associations de prévention du VIH et des hépatites
- Associations d'auto-support d'usagers de drogues
- Statistiques des centres d'accueil et centres de soins spécialisés
- Urgences hospitalières, les ELSA / ECIMUD
- Réseaux ville-hôpital et les médecins généralistes

Elle prendra également en compte les apports des campagnes de santé publique et des réseaux sociaux.

Il convient d'obtenir l'information la plus complète possible sur la :

- Capacité d'accès à l'information pour la prévention et la réduction des risques ;
- Qualité de l'information et son adaptation à la pratique.

2) Accès aux matériels

L'étude est basée sur l'analyse qualitative et quantitative des actions :

- Diffusion des seringues et Steribox® en pharmacies (avec une analyse complète de l'attitude des pharmaciens sur la vente des seringues et trousse d'injection)
- Automates
- Programmes d'échange de seringues
- Autres sources d'accès aux matériels.

Il convient d'obtenir l'information la plus complète possible sur les :

- Types de matériels auxquels les usagers ont accès sur chaque programme
- Manques de matériels
- Pratiques à risques qui perdurent malgré l'offre de matériels disponible.

L'évaluation de la capacité d'acceptation des automates

Objectifs : connaître les volontés et motivations des élus, des structures sanitaires et sociales du territoire, et de la population à l'égard des automates

Méthode :

1) Connaître les interlocuteurs clés et leurs points de vue

- Lister les opérateurs et personnes ressources pour le projet
- Lister les initiatives municipales, départementales
- S'informer des projets locaux en matière de santé publique et de sécurité
- S'informer sur la perception de l'opinion publique
- Évaluer l'opinion des professionnels concernés (hôpitaux, CAARUD, CSAPA, pharmaciens...)

Au regard de ces éléments, il convient de déterminer si :

- La politique de réduction des risques est connue, comprise et mise en œuvre ;
- Les interlocuteurs clés connaissent les bénéfices démontrés des politiques de réduction des risques en général, et des automates d'échange de seringues en particulier ;
- Des obstacles restent à surmonter.

2) Évaluation de la capacité des acteurs à travailler ensemble

Se rencontrer pour faire connaissance et évaluer l'opportunité d'installer un automate ne suffit pas. Pour que les programmes fonctionnent, il est nécessaire que les acteurs (opérateurs, élus, professionnels de santé...) :

- partagent une perception mutuelle ;
- aient envie de travailler ensemble ;
- soient capables de se coordonner.

3) Repérage des personnes clés du projet

Parmi les acteurs locaux, on cherche à identifier les personnes (physiques et morales) les plus à même de devenir :

- coordinateur du projet,
- gestionnaire du projet.

La mise en œuvre du programme peut par exemple être coordonnée par la commune, et la gestion opérationnelle confiée à un CAARUD ou un CSAPA.

La mise en œuvre

L'objectif de la phase de mise en œuvre est de s'assurer de la réalisation concrète du projet.

Les questions auxquelles l'étude doit permettre de répondre sont les suivantes :

- 1) Peut-on mobiliser les acteurs directement ou indirectement impliqués, et désigner un porteur de projet ?
- 2) Quel est le meilleur emplacement où installer un automate pour mener cette action à bien ?
- 3) Quel processus de gestion efficace permettra de faire fonctionner le nouveau dispositif ?

On ne peut prévoir l'implantation d'automates que si l'on trouve un lieu et toutes les ressources nécessaires au bon fonctionnement du dispositif.

La mobilisation des acteurs

Objectifs : impliquer toutes les parties prenantes dans le projet afin d'obtenir les autorisations administratives et financières, et le concours de tous les partenaires potentiels.

Méthode :

1) Acteurs de la concertation

Les acteurs pouvant être impliqués, selon le contexte local, sont :

- Les élus,
- La Délégation Territoriale de l'ARS et le délégué territorial de la MILDECA,
- Les représentants des forces de police et/ou gendarmerie,
- Les pharmaciens, et éventuellement le Conseil de l'Ordre,
- Les CAARUD, hôpitaux, centres de santé, CSAPA, médecins généralistes ou spécialisés en addictologie,
- Les autres associations de réduction des risques et de prévention.

2) Objet de l'information des acteurs

Les acteurs devront être informés sur les thématiques suivantes :

- Opportunité, complémentarité et acceptabilité d'un nouveau moyen d'accès aux outils de consommation à moindres risques
- L'intérêt local à accroître l'offre de RDR, tant pour les usagers de drogues que pour les riverains
- Nécessité d'une coopération et d'une coordination entre les acteurs, entre les dispositifs

Il est indispensable de tirer les conséquences de ce travail de concertation et d'information :

- Des accords sont-ils possibles ?
- Les autorisations vont-elles être véritablement accordées ?
- Les acteurs sont-ils d'accord pour travailler dans un esprit de concertation sur notre thématique ?

La concertation et l'accord entre tous les acteurs sont indispensables : le dispositif ne peut fonctionner que si les élus, les agents de voirie, la police et/ou gendarmerie... sont impliqués et comprennent les enjeux. Parmi ces enjeux : s'assurer de l'absence de déchets autour des appareils et ne pas interpellé les usagers lors du retrait de trousse de prévention sont des composantes majeures de la bonne acceptation du dispositif par les riverains et les usagers.

3) La désignation d'un porteur du projet

Il est indispensable de mobiliser une structure impliquée, efficace et crédible pour gérer le projet sur le terrain.

Le porteur du projet doit remplir les conditions suivantes pour pouvoir être désigné :

- Être intéressé et compétent en réduction des risques ;
- Connaître la population concernée ;
- Prouver sa capacité à mener une action durable et à l'adapter en fonction des besoins ;
- Disposer des ressources humaines disponibles.

4) Montage du dispositif

Il s'agit de définir le rôle de chacun, son implication et ses responsabilités. En effet, implanter un automate de réduction des risques ne consiste pas en sa seule pose et son approvisionnement / la maintenance d'un équipement mécanique.

On traitera notamment des thématiques suivantes :

- Information des partenaires (CSAPA, médecins, pharmaciens...),
- Dispositif de récupération et d'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés (DASRIA),
- Promotion du dispositif en direction des usagers (flyers d'information, professionnels relais, diffusion de jetons...),
- Relais d'information auprès des riverains.

Ce travail de coordination du dispositif peut être mené par le porteur du projet ou par un partenaire institutionnel (ARS, commune...).

La détermination du lieu d'implantation

Objectifs : trouver un lieu d'implantation permettant de répondre efficacement aux besoins des usagers de drogues, tout en étant acceptable par l'ensemble des parties prenantes.

Méthode :

1) Identifier les lieux les plus à même de répondre aux besoins des usagers

- On se basera d'abord sur les résultats des enquêtes menées lors de l'évaluation du projet et sur les informations détenues par l'ensemble des opérateurs qui connaissent les pratiques des usagers de drogues, la demande et les besoins. Ces éléments vont permettre de déterminer les villes et les quartiers qui doivent bénéficier de tels équipements.
- Puis, pour déterminer un lieu précis, on recherchera un emplacement qui répond au mieux aux conditions suivantes :
 - L'endroit n'est pas isolé ;
 - Il est utilisable discrètement ;
 - Le lieu est passant ;
 - Il est sur le parcours habituel des usagers de drogues ;
 - Il est proche, si possible, de structures partenaires (CSAPA, hôpital, pharmacie...) qui distribuent des jetons et délivrent des messages de prévention.

2) Vérifier la possibilité d'y implanter l'automate

Les questions clés sont les suivantes :

- Est-il possible d'implanter dans un mur ou sur une façade (pharmacie, hôpital...) ?
- Sinon, la mairie est-elle d'accord pour implanter l'automate en voie publique sur un trottoir ? Dans ce cas, les services de voirie valident-ils la possibilité de creuser le trottoir pour y installer le cadre de scellement ?
- Constate-t-on la présence de populations réfractaires (par exemple des riverains en colère) qui risquent de mettre en péril le dispositif ?

Il suffit d'un accord de pose en voie publique ou sur un mur pour que l'installation soit réalisable.

Choisir les automates les mieux adaptés

Objectifs : identifier le dispositif technique nécessaire et définir son coût.

Méthode :

1) Identification du besoin technique

Le choix de la solution technique sera fait en fonction de plusieurs critères :

- La nature de l'équipement : simple récupérateur de seringues sécurisé, échangeur de seringues usagées délivrant des jetons, distributeurs de trousse de prévention. Chacun de ces équipements peut être implanté seul ou couplé avec les autres.
- Les quantités nécessaires : plusieurs tailles de machines sont disponibles, offrant des contenances de 50 à 260 trousse de prévention.
- La place disponible : les équipements présentent des largeurs, hauteurs et profondeurs variables. Sur certains lieux où il y a peu d'espace disponible, les machines les moins encombrantes seront logiquement privilégiées.

2) Définir son coût

Pour pouvoir contacter des fournisseurs et comparer les prix, la demande doit comporter non seulement la désignation du matériel voulu mais aussi la définition de la prestation de service qui l'accompagne, de sorte à ce que l'appel d'offres soit équitable et surtout que le programme ne pâtisse pas des conséquences d'une prestation insuffisante ou inadaptée.

Les éléments du cahier des charges sont les suivants :

- Description du matériel souhaité
- Modalités d'installation des équipements
- Formation à la maintenance des appareils pour le porteur du projet
- Garantie et remplacement des pièces défectueuses
- Maintenance sur site
- Aide à la mise en fonctionnement
- Calendrier

Remarque : il existe peu de fournisseurs d'automates sur le marché français. Certains ne fabriquent qu'un type d'appareil. En 2016, la société MGR est notamment en situation de monopole pour les échangeurs de seringues.

Processus de gestion et d'accompagnement du projet

Objectifs : déterminer les processus d'utilisation, de gestion et de promotion des automates.

Méthode :

1) Définition des rôles et des responsabilités de chacun.

On doit déterminer le rôle et la responsabilité de chacun pour ce qui concerne :

- L'approvisionnement des automates : qui les remplit, les entretient ?
- L'élimination des seringues usagées : qui s'occupe de la collecte des seringues (DASRIA⁵) ?
- La délivrance des messages de prévention et/ou d'information : qui contribue à promouvoir le dispositif et informer sur les risques liés à la consommation ?
- La délivrance de jetons permettant l'usage du dispositif : qui permet aux usagers d'accéder plus facilement aux outils de RDR ?
- La transmission d'information sur les difficultés de fonctionnement : qui remonte l'information pour résoudre au plus vite d'éventuels problèmes tels que surconsommation, panne, manque de jetons, détérioration d'un site, questions de riverains...

Pour éviter tout dysfonctionnement, nous préconisons que le porteur du projet engage chacun des partenaires par convention.

2) Évaluation du coût

Le coût du projet, au-delà des automates, doit tenir compte du dispositif de gestion et d'accompagnement, c'est-à-dire des éléments suivants :

- Coûts des consommables (jetons, kits, pochettes pour pharmaciens, plaquettes d'information...)
- Coût des ressources humaines (approvisionnement, maintenance, travail de réseau...)
- Coût de la maintenance (pièces détachées)

⁵ DASRIA : déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés

Le suivi du projet

L'objectif de la phase de suivi du projet est de mettre en place les outils de contrôle, de sorte à réajuster l'action à mesure de l'évolution des besoins ou du contexte.

Les questions auxquelles nous devons répondre sont les suivantes :

- 1) Le projet mis en place fonctionne-t-il correctement pour répondre aux besoins des usagers sans générer de nuisance ?
⇒ On évalue le travail réalisé au regard des besoins, ainsi que les éventuels dysfonctionnements.

- 2) Est-ce que le fonctionnement du réseau de partenaires peut être amélioré ?
⇒ On évalue les besoins en formation et en animation du réseau.

- 3) Est-ce que l'expérience acquise au niveau local et/ou au niveau national peut permettre d'améliorer la pratique ?
⇒ On évalue nos résultats au regard de ceux d'autres projets comparables.

Cette partie n'est jamais achevée : il est indispensable de contrôler le projet tout au long de sa vie car rien n'est acquis !

L'évaluation du travail réalisé

Objectif : mesurer les résultats pour pouvoir réajuster le projet si besoin

Méthode :

1) Mesure des résultats.

Les équipes opérationnelles recueilleront :

- Les données quantitatives des distributions, échanges, récupérations... et leur évolution,
- Les données épidémiologiques et leur évolution,
- Les données qualitatives (par exemple : changement des représentations, des savoirs, des pratiques...).

2) Recherche des dysfonctionnements

Les équipes opérationnelles recueilleront :

- Les données recensant les incidents et leur fréquence (pannes, distributeurs vides, détériorations...),
- Les plaintes des usagers,
- Les autres plaintes (voirie, riverains, militants...).

L'évaluation des besoins en formation et animation

Objectif : déceler les points faibles du réseau et trouver les solutions à adopter pour y remédier

Méthode :

1) Recherche des besoins de formation.

Les équipes opérationnelles rencontrent-elles :

- Des difficultés organisationnelles ou fonctionnelles ?
- Des difficultés techniques ?

- Des difficultés « culturelles » (adaptation au milieu, aux pratiques...) ?

2) Recherche des besoins d'animation du réseau

Le réseau souffre-t-il d'un manque de :

- Information ?
- Motivation ?
- Coordination ?
- Partenaires ?

Adapter les pratiques

Objectif : échanger avec l'ensemble des partenaires concernés pour adapter ses pratiques

Méthode :

1) Avec qui ?

- Coordination locale
- Participation aux travaux inter-associatifs & institutionnels départementaux, régionaux...
- Échange d'information avec les opérateurs nationaux
- En lien avec des équipes scientifiques impliquées

2) Quelles informations ?

- Évolution des pratiques et savoirs des usagers, et des produits consommés
- Évolution de l'épidémiologie
- Nouvelles méthodes de prise en charge, nouveaux outils de prévention
- État de la recherche

Conclusion

La pertinence et la performance des automates distributeurs de matériels de réduction des risques ont été démontrées depuis 20 ans.

**Ce dispositif continue de se développer sur le territoire national.
Il permet de favoriser la prévention des contaminations chez les usagers de drogues,
sans générer d'accroissement des consommations ni poser de difficultés de voisinage.**

Quand on s'est assuré que le projet est opportun et possible,
que l'on a déterminé dans quelles conditions il est réalisable,
que l'on a organisé les modalités de fonctionnement et de suivi,
alors il est possible d'implanter un automate.

Malgré tout cela, l'installation des machines ne suffit pas.
**C'est le travail régulier du porteur de projet avec l'aide de tous ses partenaires qui
permettra une réelle réussite du projet.**

Une fois lancé, pour assurer la continuité et la pérennité du projet,
le travail de suivi et d'accompagnement doit se poursuivre en permanence.

⑤ EVOLUTION DES PRATIQUES DE CONSOMMATION : LES DISTRIBUTEURS DE KITS D'INHALATION POUR LES FUMEURS DE CRACK

Justification de la mise à disposition de kits d'inhalation par automates

Contexte



La consommation de cocaïne a été multipliée par 3 de 2002 à 2012 (référence), accompagnée du développement de la consommation de free base. De plus, la « scène parisienne » assiste à une augmentation de la consommation de crack, ces dernières années. L'étude Coquelicot a montré que le crack était le premier produit illicite consommé dans le dernier mois (30 % des usagers de drogues) et que la prévalence du VHC chez les consommateurs de crack non injecteurs atteignait 45 %.



Le crack⁶ ou free base sont la forme base de la cocaïne qui la rend fumable. Le « caillou » lorsqu'il est fumé provoque de petits craquements assez sonores, d'où le nom de crack⁷.

Si l'usager ressent immédiatement l'effet du crack, celui-ci est de courte durée (15 minutes) et explique les prises très fréquentes et récurrentes, accentuant bien-sûr les risques et les dommages possibles.

Le crack représente un aspect plus lucratif que la cocaïne.

La population des crackeurs parisiens, d'origine des Antilles, de Guyane et de Martinique a importé son savoir-faire : ces consommateurs sont à 80% des hommes, âgés en moyenne de 38,9 ans et à 14% ayant moins de 30 ans. Ils vivent souvent dans une grande précarité : 53% ont dormi dans un squat ou dans la rue au cours des 6 mois précédant l'étude.



⁶ Crack : On l'obtient en basant le chlorhydrate de cocaïne au moyen d'éther éthylique, de bicarbonate de soude ou plus généralement d'ammoniaque afin d'obtenir une « cocaïne basée » ou free-base sous forme de cristaux.

⁷ Crack : *Drogues, savoir plus risquer moins*, comité français d'éducation pour la santé et de la [mildt](#), juillet 2000 (ISBN 2-908444-65-8)

Quant à leur état de santé, 80% des usagers interrogés déclarent un trouble de santé mentale dans les six derniers mois (dépressions, hallucinations), 11% se disent porteurs du VIH et 41% du VHC. Sachant que sur ce dernier point, l'enquête Coquelicot avait montré en 2006 qu'en réalité **le pourcentage des personnes contaminées par le VHC était bien plus important que déclaré, à savoir 72% des consommateurs de crack du Nord-est parisien**. 80% des usagers présentaient des brûlures et/ou des coupures aux mains, 32% aux lèvres.

La confection rudimentaire de grille avec des fils électriques de cuivre, tampon de laine d'acier et l'utilisation de cutter sont autant d'éléments qui entraînent des lésions comportant des risques de contaminations salivo-manuportées.

Les risques

Les moyens utilisés par les usagers pour fumer ou inhaler le crack ont pu être des plus rudimentaires comme avec des cannettes vides. Les usagers ont majoritairement opté pour un support qu'ils se sont appropriés comme leur propre pipe avec le doseur à Pastis. Non destiné à cet usage, il comporte des risques multiples et notamment de brûlures et de coupures. La chaleur intense de combustion et l'utilisation répétée qui vient avec la dépendance provoquent rapidement des brûlures et plaies sur les lèvres. Le partage rituel et culturel du doseur multiplie les risques de contaminations par VIH et VHC.

Concernant les pratiques à risque, 41% déclarent avoir partagé la pipe à crack lors de leur dernière consommation, 21% ont utilisé un doseur ébréché – donc coupant– et 72% ont partagé leur doseur au cours des 6 derniers mois.

Selon le BC Center for Disease Control de Vancouver, l'hépatite C et le VIH peuvent se transmettre par le partage de pipes à crack et l'utilisation de pipes ébréchées ou cassées : la chaleur intense de la combustion et l'utilisation répétée qui vient avec la dépendance provoquent rapidement des brûlures et plaies sur les lèvres. «La grippe, le rhume, les boutons de fièvre, le VIH, l'hépatite C : si vous coupez votre lèvre sur une pipe que quelqu'un d'autre a utilisée, il y a des risques. » déclare Kailin See, une des responsables du programme.

Les usagers de moins de 30 ans sont particulièrement exposés aux risques. Ils prennent davantage de risques liés à la consommation de crack mais aussi des risques sexuels et se trouvent le plus souvent dans une situation plus précaire que leurs aînés. 75% d'entre eux ont déjà dormi dans un squat ou dans la rue au cours des 6 derniers mois précédant l'enquête.

73% ont partagé leur doseur lors de leur dernière consommation de crack, un doseur ébréché dans 59% des cas.



Un nouvel outil de RDR : les kits d'inhalation, pour diminuer les lésions constatées chez les usagers de crack

Ce constat a poussé les professionnels de la réduction des risques à travailler au développement de kits de prévention pour l'inhalation du crack, avec le soutien d'équipes de recherches.

Actuellement, les besoins en kits d'inhalation ne sont pas couverts, notamment dans les quartiers où l'on enregistre de fortes consommations de crack, ou un accroissement de cette pratique.

Les structures d'accueil ne peuvent faire face et répondre à ces habitudes de consommation, sauf à avoir recours pour certaines à des maraudes en unités mobiles, nécessitant des ressources tant matérielles qu'humaines et donc, limitées malgré leurs efforts.

De plus, l'amplitude horaire et les heures d'ouvertures des structures d'accueil, généralement 5 jours sur 7, ne correspondent pas aux horaires de consommation des crackeurs, principalement la nuit.

Aussi, l'association Safe a commencé à distribuer des kits d'inhalation par le biais des automates depuis 2015. Différents types de matériels peuvent être proposés à la distribution.

Le distributeur de Kits Crack permet de pallier ces carences de façon pérenne.

Il permet une distribution de matériel dans les quantités dont ont besoin les usagers en fonction de leur consommation et de leur pratique.

Il offre cet immense avantage d'être accessible et disponible à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit.

La mise à disposition d'automates pour les crackeurs, c'est aussi leur reconnaître leurs droits d'usagers, en termes d'accès au matériel de RDR, au même titre que les usagers de drogues injecteurs qui bénéficient depuis des années des automates de Kits d'injection.

En expérimentant depuis novembre 2015 ce type de dispositif, la France est le seul pays au monde où la distribution des Kits Crack par automate est gratuite (un dispositif semblable existe au Canada mais est payant). La gratuité des kits permet de répondre aux besoins des usagers et limite du même coup, la revente des matériels.



Installer un automate distributeur de kits d'inhalation

L'installation d'un automate n'a de raison d'être que s'il existe déjà sur ce territoire une consommation, laquelle est souvent liée au lieu de deal. **Pas de scène ouverte ou cachée, pas d'installation d'automate.**

Le lieu où il s'inscrit est le plus souvent connu et repéré par les professionnels, les riverains ou les passants comme un endroit de consommation. Donnant lieu ou non, à des plaintes pour insécurité.

La conception du distributeur de Kits crack repose sur un principe fondamental : le plus discret possible, il doit se fondre dans le mobilier urbain existant du lieu sélectionné.

De volume réduit, discret, il est comparable au distributeur de préservatifs, déjà familier aux riverains et passants qui côtoient ce type de dispositif.

Sa contenance volontairement modérée doit éviter des effets d'appel (affluence et/ou attroupement repérables par les riverains).

Concrètement, la contenance de l'automate est réduite de moitié par rapport aux distributeurs de seringues dans lesquels les kits d'injection sont distribués.

L'automate pourra être accolé au distributeur de seringues, auquel cas il ne nécessitera aucun travaux de voirie. D'autres pourront être installés seuls, sur un mur ou un trottoir.

Tous ces éléments sont réunis pour **conjuguer tranquillité sociale pour les riverains et réduction des risques pour les usagers.**

Éléments techniques

Ce dispositif étant nouveau, il n'y a actuellement qu'un seul fournisseur de distributeurs de ce type : la société MGR, dont les coordonnées sont fournies en annexe.

A noter : ces appareils fonctionnent avec les mêmes jetons que les distributeurs de seringues, pour faciliter l'accès aux matériels pour les usagers et pour simplifier le travail des partenaires qui mettent ces jetons à disposition.



Coûts à prévoir

Les coûts à prévoir pour ce type de dispositif sont :

- achat de l'appareil (entre 450 € et 700 € selon la taille et le besoin ou non d'un pied et d'un socle de scellement) ;
- achat des kits d'inhalation (les coûts sont variables selon les types de matériels retenus) ;
- achat des jetons (selon le nombre de points de diffusion ; prévoir 0,28 € HT l'unité) ;
- création et impression des supports de communication.

Sources & Références :

1. Alexandre Marchand (INS) L'arrivée du Crack en France, entre fantasmes et réalités (SWPS n°70 2013)
2. Enquête InVS CERNEM Marie Jauffret Roustide
3. Canada's first crack pipe vending machines come to Vancouver (ctvnews.ca 2014) with Kailin See, director of the Portland Hotel Society's Drug Users Resource Centre
4. Des distributeurs de pipe à crack à Vancouver P. Chappard et JP Coueron (blog un monde cent drogues février 2014)

⑥ SAFE : UNE ASSOCIATION POUR VOUS AIDER DANS LA REALISATION DE VOS PROJETS

L'association SAFE est subventionnée par la Direction Générale de la Santé pour faciliter le développement de la couverture territoriale de l'offre de réduction des risques, et notamment le parc d'automates d'échange de seringues.

SAFE est à votre disposition pour vous accompagner dans votre démarche d'implantation d'automates et en particulier :

- Présenter le dispositif national ;
- Sensibiliser et rassurer les acteurs locaux ;
- Contribuer à l'évaluation des besoins locaux et au choix des lieux d'implantation les plus appropriés.

SAFE vous propose également :

- Des **formations gratuites** à la maintenance des automates,
- Des **guides techniques** pour gérer ses distributeurs et échangeurs de seringues.

Pour nous contacter :

☎ 01 40 09 04 45

@ contact@safe.asso.fr

⑦ ANNEXES

TEXTES REGLEMENTAIRES

- *Article L.3121-5 du code de la santé publique ;*
- *Articles L.312-1 à L.314-13 du code de l'action sociale et des familles ;*
- *Article 50 de la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006*
- *Articles R.311-1 à R.311-37 du code de l'action sociale et des familles ;*
- *Articles R.3121-33-1 à R.3121-33-4 du 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 pour usagers de drogues et modifiant le code de la santé publique) ;*
- *Décret N°2003-160 du 28 Février 2003 fixant les conditions minimales d'organisation et de fonctionnement des CSST ;*
- *Décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ;*
- *Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 (référentiel RDR) ;*
- *Circulaire n°DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 2 janvier 2006.*
- *Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, articles 41 et 43*
- *Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques pour usage supervisé.*

ADRESSES UTILES

Joindre les fabricants :

Société MGR Monnier Energies
M. Christian MONNIER
Tél. : 03 84 27 11 08
Mail : cm@mgr.fr

Société SIELAFF France
Mme Ximena VILLAIN
Tél. : 01 61 44 03 00
Mail : x.villain@sielaff.fr

Acheter des kits cartonnés plastifiés :

Laboratoire EDEC
Mme Sandrine DINIS
Tél. : 04 73 69 98 47
Mail : sdinis@csp-epl.com

Acheter des jetons et des pièces détachées pour machines MGR :

Association EFAS
M. Jean GUERINEAU
Tél. : 01 34 98 01 28
Mail : assoce.efas@gmail.com

Acheter des containers pour DASRI :

SARL EURECA
M. Philippe JOURDE
84, cours du Général Leclerc
33210 LANGON
Tel : 05 56 63 42 07
Mail : sarl.eureca@gmail.com

Directeur de la publication : Dr Thomas NÉFAU

Coordination de la rédaction : Catherine DUPLESSY

Tous droits réservés : association SAFE

