

**SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE
RISQUES (SCMR):
UNE TENTATIVE DE RÉPONSE PRAGMATIQUE
À UN PHÉNOMÈNE MULTI-FACTORIEL**

Dossier d'information

Décembre 2012

François Baufoy

FEDITO BXL asbl

www.feditobxl.be

www.reductiondesrisques.be

Table des matières

1. Introduction.....	3
2. Contexte Général	5
3. La Réduction des Risques.....	6
4. Historique.....	8
5. Les « salles de consommation à moindre risques ».....	9
5.1. Différents noms :.....	9
5.2 Ébauches de définition.....	9
5.3 Les services fournis.....	10
5.4 Les objectifs d'une SCMR.....	10
5.5 Craintes.....	11
5.6 Fonctionnement.....	12
5.7 Différentes sortes de SCMR :.....	13
6. État des connaissances sur l'efficacité des SCMR.....	14
7. Critères à observer pour mener à bien ce genre de projets :.....	18
8. Les salles de consommation à moindre risques à travers le monde.....	18
8.1. Au Canada.....	18
8.1.1.Situation politique actuelle.....	18
8.1.2. Concept et objectifs.....	18
8.1.3. Prestation de services.....	19
8.1.3.1. Résultats	19
8.1.3.2.Défis et prochaines étapes	20
8.2. En Espagne.....	21
8.2.1. Situation politique actuelle	21
8.2.2. Concept et objectifs	21
8.2.3.Prestation de services	22
8.2.3.1. Profil des clients	22
8.2.3.2. Résultats	22
8.2.3.3. Défis et prochaines étapes	22
9. Bibliographie.....	24

1. Introduction

La question des salles de consommation à moindre risques (SCMR) alimente actuellement les débats publics et médiatiques dans divers pays. Ceux-ci sont interpellés par certaines impasses¹ en ce qui concerne la prise en charge de nombreux consommateurs de produits illicites dans l'espace public. En effet, dans de nombreuses grandes villes, les autorités et les professionnels de la santé sont confrontés à des situations de « scènes ouvertes », des lieux où en permanence, des usagers de drogue, souvent très précarisés, achètent et consomment leurs produits dans l'espace public. Ces consommations en rue, dans les lieux publics, tels les cages d'escaliers, parkings, toilettes publiques, gares, rues étroites, bâtiments abandonnés exposent les usagers à des risques accrus pour leur santé. La saleté des lieux, le manque d'eau, la promiscuité entre usagers, le partage de matériel d'injection, la consommation à la "va-vite" », ne permettent généralement pas de requérir au minimum d'hygiène nécessaire à la réalisation de consommation sans risque. Ces consommations dans l'espace public posent également des problèmes de sécurité et de convivialité évidents (abandon de seringues usagées, deal, sentiment d'insécurité,...)

Les personnes qui arpentent ces « scènes » sont souvent en situation de grande précarité et échappent souvent, pour plusieurs raisons, aux dispositifs de soins et d'assistance habituellement proposés (basés sur l'abstinence, ou sur les traitements de substitution). Ils interpellent les autorités et les professionnels du secteur tant sur des questions de tranquillité publique que de santé publique. Et fait surgir dans le débat politique la mise en place de SCMR.

En France un important débat de société a eu lieu sur les SCMR. Les acteurs de terrain et diverses associations de la « réduction des risques »² se sont mobilisés et fédérés autour de cette question depuis quelques années. Il semble aujourd'hui acquis, au vu des dernières déclarations³ de la Ministre de la Santé, que cette mobilisation massive va conduire à l'expérimentation de SCMR en France aux alentours de 2013. Confrontés aux mêmes impasses, liées en partie au régime légal dans lequel nous évoluons et à la crise sociale majeure qui traverse nos sociétés contemporaines, ils ont été inspirés de ce qui se passait « ailleurs » pour tenter de proposer la mise en place de nouveaux dispositifs. Or, ailleurs, justement, des telles initiatives ont été expérimentées depuis plusieurs années et semblent, au vu de toujours plus de nouvelles recherches, donner des résultats encourageants. Ainsi, en Europe (91) et en Amérique du Nord (2), c'est au total 93 SCMR qui ont été ouvertes depuis 25 ans avec pour la plupart des résultats plus que positifs en terme de santé publique (voir infra).

1 Impasses : augmentation incessante de contamination HIV, Hépatite C, « scènes ouvertes », consommations dans l'espace public dans des conditions d'hygiène déplorable, abandon de seringues usagées, partage de seringues et donc augmentation des risques infectieux (VIH/Hépatite C), overdoses,...

2 Voir à ce sujet: 1) le réseau français de réduction des risques : Act Up-Paris, Aides, Médecins du Monde, Fédération Addiction, Gaïa, Réseau Français de Réduction des risques, Sidaction et SOS Hépatites Fédération Safe, site internet <http://www.federationaddiction.fr/la-federation/nos-partenaires/reseau-francais-de-reduction-des-risques/>

2) Morel A., Chappard P. & Couteron J-P, L'aide-mémoire de la réduction des risques en Addictologie, Dunod, Paris, 2012

3 http://mobile.lemonde.fr/sante/article/2012/11/18/premieres-experimentation-des-salles-de-shoot-en-2013_1792380_1651302.html

Qu'en est-il en Belgique ?

Le débat ouvert en Belgique depuis de quelques années et les tentatives concrètes d'ouverture de SCMR à Charleroi et à Liège⁴ n'ont à ce jour pas aboutis à la mise en place de tels dispositifs.

Malgré de plus en plus d'études scientifiques sur les effets de ces dispositifs, le débat sur cette question reste délicat puisqu'il touche à des thèmes de société sensibles et finalement assez mal connus de la majorité des gens, à savoir la consommation de drogues et la grande précarité dans nos sociétés contemporaines. L'ouverture de tels dispositifs pose des questions d'ordre éthique, sanitaire, économique et social. Mais c'est clairement au niveau éthique que la controverse est la plus marquée et que s'y invitent toutes sortes d'interlocuteurs avec divers degrés d'expertise.

Le présent document ne vise pas à éclairer tous ces débats. Les SCMR ne se proposent d'ailleurs pas comme une réponse à toutes les questions que pose la consommation de drogues dans nos sociétés, mais peuvent, concrètement faire évoluer une situation aujourd'hui présentée par de nombreux professionnels comme difficilement soutenable au niveau humain.

Le présent document se propose une présentation générale d'un tel dispositif, son historique, les objectifs recherchés, les craintes qu'il suscite, les études scientifiques sur les effets des SCMR. Il reviendra aussi sur les aspects à privilégier pour son implantation dans le réseau de soins et d'assistance actuel proposé à la population et plus particulièrement à une population fragilisée et marginalisée. Il pourra permettre de faire avancer le débat.

4 Voir dossier : Rapport de l'étude de faisabilité pour un « Local de consommation supervisé » à Charleroi, Jérôme BOONEN, B. De Clerck-Prévention Drogues, Charleroi, Mars 2010

2. Contexte Général

L'usage de substances psychotropes est une constante anthropologique. De tous temps et dans toutes sociétés, l'Homme a cherché à s'enivrer, à accroître ou alléger sa sensibilité, à accroître ou à diminuer sa souffrance par l'usage de substances psychoactives.

Dans toutes sociétés, partout et en tous temps, l'Homme a édicté des règles qui régissent ces comportements. Ces règles sont d'abord de l'ordre de la coutume et du rite inscrits dans un cadre social qui les intègre et les promeut oralement et localement.

C'est une fois sorti de ce cadre social primitif, suite à des évolutions sociologiques (changement des règles régissant les rapports sociaux), technologiques (mobilité, information,...), scientifiques (progrès de la médecine : invention de la seringue, invention des médicaments analgésiques, synthèse de la morphine,...), sociales et culturelles que la consommation de produits psychotropes confrontent la société et ses dirigeants à des difficultés majeures dans la gestion de ce phénomène devenu, et c'est cela qui est nouveau, un phénomène de masses et multi-factoriel.

Les difficultés diverses sur ce phénomène se sont traduites par une série de prises de décisions politiques répressives, édictées pour tenter d'éradiquer le phénomène et proposer un « monde sans drogue ».

Sans réel succès il faut bien l'avouer : ainsi, selon le rapport de la commission mondiale pour la politique des drogues face à la propagation du VIH/sida édité en juin 2012 : « (...) l'offre mondiale d'opiacés illicites, comme l'héroïne, a augmenté de plus de 380 % au cours des dernières décennies, passant de 1000 tonnes en 1980 à plus de 4800 tonnes en 2012. Cette hausse coïncide avec la diminution de 79 % du prix de l'héroïne, en Europe, entre 1990 et 2009. [...] Une tendance similaire de chute des prix accompagnée d'un accroissement de la puissance du produit s'observe, dans les données de surveillance américaines, pour d'autres substances illicites couramment consommées, comme la cocaïne et le cannabis. (...) plus de 50.000 personnes auraient perdu la vie depuis la montée en puissance, en 2006, de l'offensive militaire du gouvernement mexicain contre les cartels de la drogue. Bien que les partisans des politiques répressives puissent considérer que ces véritables massacres soient à même de perturber les capacités de production et de distribution de drogues illicites, des estimations récentes indiquent que la production d'héroïne mexicaine a augmenté de plus de 340 % depuis 2004[...] »⁵.

⁵ Rapport de la Commission Mondiale pour la Politique des Drogues, La guerre aux drogues face au VIH/Sida, Comment la criminalisation de l'usage de drogues aggrave la pandémie mondiale, Juin 2012, p.2

3. La Réduction des Risques

Le paradoxe de ces politiques répressives est qu'elles se sont menées au nom de la santé publique, alors qu'elles ont, selon de nombreuses études, des effets néfastes sur celle-ci. Et aujourd'hui, ce sont les experts de ce champ qui semblent être les seuls à avoir l'autorité pour les contester.

C'est avec l'apparition du virus HIV et d'hépatite C dans les années 80 et sa pandémie au sein de « groupes à risques », comme les homosexuels, les hémophiles et les héroïnomanes par voie intraveineuse que les politiques en matière de drogues vont un peu évoluer. La peur de cette nouvelle maladie, de son expansion et le risque de contamination entendu à l'ensemble de la population conduisent à la mise en place de nouveaux dispositifs. Pour tenter d'éradiquer la pandémie, il faut atteindre un public, qui malgré les dispositifs existants, ne se sent pas prêt ou pas « capable » d'abandonner l'usage de produits psycho-actifs. L'urgence sanitaire est telle que ce sont les associations de pairs dans un premier temps qui organisent la distribution de matériel stérile d'injection et des conseils sur l'usage à moindre risque mais sans véritable cadre. C'est dans un deuxième temps et non sans de nombreuses résistances politiques que de nouveaux dispositifs naissent. Ces nouveaux dispositifs partent du constat pragmatique qu'ils n'y a pas de société sans drogues ni de solutions simples à ces problèmes complexes. Ils prennent en compte la réalité du terrain et la question des drogues et de leur abus depuis une perspective de promotion de la santé et de santé publique et se font appeler « réduction des risques »⁶ (RdR). Les stratégies de RdR constituent dans de nombreux pays un des 4 « piliers » en matière de politiques drogues, avec la « prévention », le « traitement » et la « répression ».

Dans l'esprit de ces dispositifs, il s'agit tout d'abord d'accompagner « là où ils sont » les usagers de drogues afin de lutter contre les conséquences négatives de leur usage et de leur marginalisation pour leur permettre ensuite de faire d'autres choix. La majorité des professionnels des soins savent bien qu'en ce qui concerne les addictions, les thérapies forcées et guérisons imposées sont vides de sens et surtout ne fonctionnent pas ! Il faut que « sujet concerné » fasse lui-même la démarche pour qu'éventuellement des changements de trajectoires s'amorcent. Cela demande, en tout état de cause, du temps ! Les dispositifs de RdR et les professionnels qui les animent proposent une présence et un contact, sans volonté d'imposer de force un changement, mais en n'écartant jamais l'idée qu'il puisse se produire.

Les stratégies de RdR considèrent que l'amélioration des conditions de consommation, du sort et de la dignité des usagers sont les sources de formidables moyens pour les usagers de retrouver une certaine maîtrise sur leur consommation et un moteur de changement pour ces personnes. Ces stratégies réajustent les notions de citoyenneté, de responsabilité et de participation. L'insertion de ces publics dans un environnement structuré et structurant constitue une voie possible de sortie des trajectoires liées au

6 Vient de l'anglais « Harm Reduction »

« Les stratégies de réduction des risques peuvent être définies comme toutes actions individuelles et collectives, médicales, sociales, visant à minimiser les effets négatifs liés à la consommation des drogues dans les conditions juridiques et sociales actuelles. » Mino A., « Les nouvelles politiques de la drogue : exemple genevois », *Psychiatrie de l'enfant*, 1994, 37 (2), 577-600 in Morel, Chappard P. & Couteron J-P., *L'Aide-mémoire de la réduction des risques en addictologie*, Dunod, Paris, 2012, p.10

définition des secteurs spécialisés bruxellois et wallons sur :

http://www.feditobxl.be/files/documents/2012/doc_33.pdf

drogues et un moyen efficace de réduire les nuisances et les conséquences négatives que les usagers de drogues induisent sur leur environnement immédiat.

Ces stratégies : échange de seringues, stérifix, traitement de substitution, outreach (aller vers le public « là où il se trouve »), testing, accueil à bas seuil d'exigence, etc.,... Commencent à se développer vers la fin des années 80.

Ces stratégies, fort évaluées puisque controversées, ont montré depuis longtemps une grande efficacité dans la diminution conséquente d'overdoses, du taux d'infection au VIH et à l'Hépatite C auprès des usagers de drogues et dans l'entrée de certains toxicomanes dans des programmes de soins.

En effet, la conjonction de ces dispositifs et des centres « bas seuil » proposant un accès « moins exigeant », ont permis, grâce au maintien du contact avec un public très précarisé, de faire évoluer de très nombreuses trajectoires individuelles. Par ailleurs, ces différents dispositifs ont montré que les usagers de drogues pouvaient se montrer responsables, capables et désireux de protéger leur santé et de modifier leurs comportements à risques si les moyens leur en étaient donnés (exemple : le programme d'échange de seringues serait impossible sans le concours des usagers) .

Néanmoins, même si ces divers dispositifs de RdR et les centres de soins « bas seuil » ont montré leur efficacité en terme de santé publique, il n'en demeure pas moins que de nombreux problèmes subsistent (cfr. Supra).

C'est pour tenter de répondre à ces situations extrêmes que certains professionnels de la santé et des intervenants sociaux réfléchissent avec les acteurs locaux concernés à la mise en place en Belgique d'un dispositif de SCMR.

Mais de quoi parle-t-on ?

4. Historique

La première SCMR au monde fut ouverte en Suisse à Berne en 1986 et reconnue officiellement en 1988. Cette ouverture était une réaction à l'échec d'une politique de tolérance menée par les autorités sur la consommation de substances illicites dans certains parcs publics. Ceux-ci, dont le plus célèbre est le Platzpitz de Zurich, étaient donc des « scènes ouvertes », marquées par la visibilité de la consommation et par la tolérance policière. Mais très vite, la violence et les vols, la dégradation des conditions de vie des consommateurs de drogues, ont des répercussions sur la qualité de vie des riverains ce qui conduit les autorités à faire fermer ce parc par une intervention policière musclée. Cette fermeture n'a provoqué qu'un effet de « déplacement du phénomène ». Elle se devait donc d'être couplée à une autre réflexion et une autre logique des services offerts aux consommateurs de substances illicites qui échappaient aux services de soins et d'assistance proposés et qui malgré la répression se retrouvaient toujours en situation de consommation.

L'ouverture de la SCMR de Berne faisait donc suite à plusieurs constats : manque d'efficacité des stratégies basées sur les mesures de répression et d'abstinence ; échec de la mise en place de zone de tolérance sans cadre précis ; propagation des nouvelles infections au HIV, au HVC et augmentation continue d'overdoses et de « scènes ouvertes » avec toutes sortes de nuisances sociales associées.

Au niveau législatif, le pouvoir national suisse introduit, en 1986, la notion de *Ueberlebenshilfe*, aide ou intervention afin de rendre la survie possible pour soutenir légalement ce genre d'initiatives. Cette notion sera également reprise en Allemagne, comme *aide à la survie*.

Les objectifs de l'époque sont encore aujourd'hui d'actualité : fournir des services sanitaires et sociaux aux usagers de drogues, améliorer l'état de santé des usagers dépendants, faciliter leur réintégration dans la société et évidemment de réduire les nuisances publiques liées à la consommation de drogues dans les lieux publics.

Au début des années 90, l'Allemagne et les Pays-Bas emboîtent le pas et mettent en place de tels dispositifs. Au Pays-Bas, il avait déjà eu dans les années 70 la mise en place de tels dispositifs, tenus par des pairs et non reconnus officiellement. Par la suite, début des années 2000, des SCMR sont ouvertes à Sydney en Australie (2001), à Vancouver au Canada (2003). L'Espagne, le Luxembourg et la Norvège complètent la liste des pays ayant inclus ces espaces dans leurs politiques et pratiques relatives aux drogues.

Seuls les Pays-Bas (45 SCMR⁷ dans 30 villes différentes) et la Suisse (12 SCMR dans 8 villes différentes) assurent une couverture nationale de ses salles de consommation. Sinon dans la plupart des cas, les SCMR ne sont implantées que dans les capitales (Australie (1), Canada (1), Luxembourg (1), Norvège(1) ou dans des régions spécifiques (Allemagne (25 SCMR dans 16 villes différentes) et Espagne (6 SCMR dans 3 villes différentes)). Au Danemark, après plus de 10 ans de débats et la mise en place d'une SCMR mobile par les associations, le Parlement Danois vient de voter en juin 2012 une loi dotant les municipalités d'un mandat légal clair leur permettant d'ouvrir des SCMR.

7 Hedrich D., Kerr T. & Dubois-Arber F., Drug consumption facilities in Europe and Beyond, in Harm Réduction: evidence, impacts and challenges. Monograph 10.

5. Les « salles de consommation à moindre risques »

5.1. Différents noms :

A la suite du relevé de la littérature internationale sur les SCMR, il semble difficile de donner une définition précise d'une SCMR qui fasse consensus. On peut, d'ailleurs, relever différentes appellations de ce dispositif. En voici quelques-unes : Local de Consommation Supervisé, Salle d'Injection Supervisée, Local d'injection sous surveillance, Piquerie, Salle de Shoot, Salle de Consommation de Drogues, Salles de Consommation sous Supervision Médicale, Salles de Consommation de Drogues Assisté Médicalement, Salles de Consommation Assistées, Salles d'Injection Assistées Médicalement, Salle d'Injection à visée éducative, Gassenzimmer, Salle de santé, Fixpunt, Shooting Rooms, Safe Injection Facilities, Safe Injection Rooms, Supervised Injection Facilities, Drug Injecting Rooms, Drug Consumption Rooms,... et celle que nous avons retenu ici : Salle de Consommation à Moindre Risque.

Le choix d'une appellation pour ce genre de dispositif n'est évidemment pas anodin et peut marquer une certaine vision que l'on peut se faire de celui-ci. Il peut évoquer une certaine diversité dans les services proposés ou une certaine vision de la RdR. En effet, la RdR peut généralement se décliner en deux versions différentes en fonction de la place laissée à la morale, la politique et à la loi. La RdR peut ainsi se centrer uniquement sur une dimension sanitaire et pragmatique de la question des drogues dans nos sociétés ou s'ouvrir à une dimension plus éthique et politique de cette question. Avec évidemment des incidences sur les services proposés aux usagers. Par exemple, l'équipe est-elle plus médicale ? Plus sociale ? Parle-t-on de la consommation de drogues comme d'une maladie ou non ? Ces approches et les services proposés divergent en tous cas en fonction des endroits.

Il est évident, néanmoins, que dans l'opinion publique, par exemple, un tel dispositif nommé « salle de shoot » aura un autre impact que « salle de consommation sous supervision médicale ».

Le choix de l'appellation apparaît dès lors comme très important.

5.2 Ébauches de définition

Les définitions peuvent varier d'une lecture à l'autre et/ou d'une conception de la RdR à l'autre. C'est surtout l'aspect médical qui peut être plus ou moins souligné.

Les SCMR sont des endroits protégés, utilisés pour une consommation, dans des conditions d'hygiène optimales, de drogues obtenues au préalable par des usagers⁸ dans un environnement de « non-jugement » et sous la supervision d'une équipe médicalisée (ou formée). Elles constituent un service hautement spécialisé au sein d'un réseau plus large de services destinés aux usagers de drogues, intégré dans des stratégies locales qui

8 Groupes-cibles préétablis par chaque SCMR mais généralement: Publics de consommateurs par injection, Consommateurs de longue date, consommant dans les lieux publics, souvent sans domicile fixe, à haut-risque d'infections virales, sans emploi...

répondent à un large éventail de besoins individuels et collectifs qui découlent de l'usage de drogues.

Les SCMR sont également des espaces où sous contrôle (médical) des consommateurs de drogues bien déterminés peuvent s'injecter/inhaler des substances comme l'héroïne et la cocaïne achetées préalablement sans être embarrassées par les forces de l'ordre.

De plus en plus de SCMR, aujourd'hui, s'ouvrent également à de nouveaux modes de consommation : l'inhalation, la fumette ou le sniff par exemple.

Les SCMR offrent un cadre d'usage sécurisé et réglementé par un certain nombre de mesures d'hygiène et de sécurité. L'accès à ce dispositif est fixé par des règles pré-établies d'accès et de fréquentation.

Il est important de ne pas confondre les SCMR avec les scènes ouvertes d'injection ni avec les programmes d'héroïne médicalisés où le produit de consommation est prescrit par l'équipe médicale.

5.3 Les services fournis

Les SCMR ont des horaires d'ouverture variables en fonction des endroits et cela peut avoir d'ailleurs une incidence majeure sur son utilisation par le public visé (cfr. état des connaissances sur l'efficacité des SCMR).

Elles sont supervisées par une équipe pluridisciplinaire professionnelle composée de médecins (Madrid, Sydney), infirmiers, éducateurs, assistants sociaux, et parfois par d'anciens usagers. Ces compositions varient fortement en fonction des endroits.

On retrouve dans la majorité des SCMR les services suivants⁹ :

- la distribution de matériel stérile d'injection et échange de seringues et de matériel connexes (tampons, cuillers, filtres ...), vente ou distribution de préservatifs.
- la supervision et des conseils pour une injection dans les meilleures conditions possibles. Mais aussi une bonne lumière, des surfaces propres,...
- l'offre d'un point de contact aux usagers : repas chauds dans certains cas, collations et/ou boissons, douches, machines à laver
- la prestation de services de santé de base : crise, premiers soins en cas d'overdose, soins infirmiers de premier secours
- la prestation de conseils et appui médico-psycho-sociaux pour les usagers qui le désirent et relais vers les centres de soins et de traitement si demande.

5.4 Les objectifs d'une SCMR

L'objectif des SCMR est de tenter de rentrer en contact et de résoudre certains problèmes

9 INSERM, p.211

(de santé, sociaux) d'un public consommateur de drogues « à haut-risque », en particulier ceux qui consomment par voie intraveineuse et dans des lieux publics, ce qui accroît considérablement, selon de nombreuses études, les risques liés aux injections. Ces groupes, de plus en plus identifiés par les professionnels du terrain, souvent marginalisés, voire totalement désinscrits, ont des besoins importants, notamment en soins de santé, qui ne sont pas souvent rencontrés par les autres services (médicaux et sociaux). Par ailleurs, ils posent des problèmes pour les communautés locales qui n'ont pas été résolus par d'autres actions de services aux consommateurs de drogues, de services sociaux ou de la police.

Les SCMR sont nées pour tenter de répondre à des problèmes rencontrés par les usagers de drogues en situation de grande précarité et à fort risque de contamination et de transmission de maladies infectieuses (hépatites, VIH,...) et ainsi réduire les dommages liés à la consommation non hygiénique des drogues, mais aussi pour réduire les nuisances pour la communauté que provoque la consommation de drogues dans les lieux publics.

Il y a donc deux volets dans la mise en place de ce dispositif : un volet de **santé publique** et un volet de **tranquillité publique**.

Voici une compilation des objectifs des SCMR repris dans la littérature scientifique internationale¹⁰:

Objectifs :

- 1) Améliorer l'accès aux services de santé pour les groupes d'usagers de drogues les plus vulnérables
- 2) Favoriser l'inscription dans le soin ou dans les services socio-sanitaires ; relais possible vers structures de traitements (désintoxication, Traitement de substitution, suivi social et psychologique,...)
- 3) Améliorer leur état de santé et leur bien-être pouvant découler de la consommation de drogues (hépatite, VIH, abcès, endocardites,...)
- 4) Réduire les pratiques à risque liées à l'usage de drogues et promouvoir l'éducation aux risques liés à l'injection
- 5) Réduire la morbidité et la mortalité parmi les usagers de drogues visés
- 6) Réduire les nuisances associées à l'usage de drogues dans les milieux publics et semi-publics (diminuer la visibilité de l'usage, diminuer la criminalité, diminuer le nombre de seringues usagées sur la voie publique)
- 7) Réduire les coûts des services de santé liés à la consommation de drogues (ambulance, urgence, traitements onéreux de l'hépatite,...)

5.5 Craintes

Lors des diverses implantations de ce genre de dispositif des nombreuses craintes étaient évoquées. Selon certains, les SCMR auraient des effets plus négatifs que positifs :

- 1) Incitation à l'usage de drogues voire à l'initiation de la consommation
- 2) Augmentation de l'usage de drogues
- 3) Normalisation de l'usage de drogues

10 INSERM 2010, EMCDDA 2004 et 2010, IDPC 2012

- 4) Création de conditions de « confort » pour les consommateurs qui retarde l'entrée dans les soins
- 5) Regroupement des usagers de drogues et de dealers autour des salles de consommation.

Nous verrons dans l'état des connaissances sur l'efficacité des SCMR ce qui est dit sur ces différentes craintes.

5.6 Fonctionnement

Le fonctionnement est réglementé et varie d'une SCMR à l'autre, en fonction du contexte et de l'endroit d'implantation. On retrouve néanmoins les points suivants :

1. l'accès est restreint à certains groupes bien déterminés (changeant en fonction des villes ou des Etats), il faut très souvent être porteur d'une carte d'admission remise en fonction de certains critères (exemple : être un habitant de la ville où se trouve la SCMR).
2. Les usagers occasionnels ou débutants en sont exclus ainsi que les mineurs d'âge (sauf en Allemagne : 16 ans).
3. Les usagers ne peuvent pas se présenter à la SCMR dans un état d'imprégnation avancée
4. Les usagers s'engagent à respecter un règlement d'ordre intérieur qui précise un certain nombre de mesures d'hygiène et de sécurité
5. Le deal et la violence sont interdits.
Une équipe pluridisciplinaire est sur place est assure un encadrement et est formé pour répondre à des situations d'urgence sanitaire.
6. Une pièce d'identité est demandée à l'entrée (Suisse, Allemagne, Hollande)
7. Le nombre de places est limité

Généralement les SCMR¹¹ comprennent

- un espace d'accueil qui sert aussi de salle d'attente, où l'on enregistre les personnes et vérifie leur droit d'accès à la SCMR et leur état général (intoxication éventuelle préalable)
- un espace de consommation à plusieurs places (de 3 à 20) avec une chaise et une table contre le mur facilement lavable. La consommation s'y déroule sous la supervision d'un professionnel (infirmier, travailleur social formé à la supervision et au conseil concernant l'injection éventuelle) avec du matériel stérile.

Principalement, aux Pays-Bas et en Suisse, les SCMR offrent également un espace où les produits peuvent être inhalés, fumés ou sniffés, répondant ainsi aux nouveaux modes de consommation de produits illicites.

- un espace de repos pour ceux qui en ont besoin
- un espace ou de soins et d'orientation de première ligne où un conseil individuel peut être donné
- et parfois d'autres services : petite cafétaria, salle d'eau, machine à laver, bourse

11 Wolf et coll., 2003 ; Hedrich, 2004, Kimber et coll., 2005, Hunt, 2006

aux petits jobs,...

Toutes les SCMR sont équipées de matériel de premier secours permettant de faire face aux overdoses éventuelles.

5.7 Différentes sortes de SCMR :

Il existe différentes SCMR à travers le monde.

- **informelles et clandestines** : selon certaines études ¹², elles ne visaient aucunement la réduction des risques mais plutôt le profit. Généralement, mise en place par des consommateurs pour d'autres consommateurs.
- **intégrées** : espace de consommation intégré dans un ensemble plus large de services. Divers services sont proposés aux usagers ; cafétaria, repas, douche, bourse au logement, à l'emploi,...
- **spécialisées** : proches souvent des lieux de consommations, travaillant en réseau avec les autres structures de prise en charge.

12 Kimber, Dolan & Wodak, 2001

6. État des connaissances sur l'efficacité des SCMR

L'ouverture de SCMR dans divers pays s'est accompagnée, comme dans tous dispositifs de RdR, au vu de la polémique qu'elle suscite, de la mise en œuvre de nombreuses études à l'échelle locale visant à examiner le fonctionnement et les effets des SCMR sur les différents objectifs visés en terme de santé publique et de tranquillité publique. Les études devaient également montrer les dysfonctionnements possibles ou attendus de ce genre de nouveaux dispositifs, entre autre sur l'augmentation de consommation, l'incitation à la consommation ou le risque de deal aux alentours de la SCMR,...

Ces diverses études rencontrent des limites méthodologiques récurrentes dans des secteurs où de nombreux facteurs peuvent entrer en considération dans une évolution, favorable ou non, de la situation. Les études menées à Sydney et Vancouver sont néanmoins validées et amènent l'évaluation à un niveau de preuves élevé. Il se dégage des principales études internationales basées sur les revues de la littérature et des statistiques internes au SCMR, que nous utiliserons ici, celles de l'INSERM¹³ de 2010, et de EMCDDA¹⁴ de 2004 et 2010, de FERARIHS de 2009, les conclusions suivantes :

Tout d'abord, les SCMR, surtout si elles proposent un programme d'échange de seringues, **touchent les groupes cibles visés** : usagers de drogue de longue date, qui s'injectent dans les espaces publics (39 % à Sydney, 20 % à Genève, 53 % à Essen, 54 % à Vancouver)¹⁵ à haut-risque infectieux (HIV/Hépatite/Overdoses), les usagers sans abri (nombre variable en fonction de la localité : 11 % à Sydney, 60 % à Barcelone¹⁶), ainsi que les usagers usant de la prostitution, et cela partout où des dispositifs de ce genre ont été implantés.

La plupart des usagers des SCMR sont des hommes de plus de 30 ans¹⁷ avec souvent de longs parcours de consommation de produits psychotropes. On relève dans les études australiennes de fort taux de non-emploi parmi le public-cible : 70 %, un taux d'incarcération important : 23 %. Dans certaines études allemandes, on relève un fort taux de contamination au VHC (53%!).

Ces SCMR permettent le contact avec un public désinscrit très peu en contact avec les structures de soins classiques, parfois en traitement de substitution (dans certaines études près de 50%) qui continue malgré tout à s'injecter de temps à autre dans l'espace public. Les SCMR touchent d'autant plus leur public cible qu'elles sont implantées proches des « hots spots », lieux à « risques ». Ainsi, pour la SCMR de Sydney, il a été mesuré que 2/3 de la population de consommateurs de drogues par injection avait fréquenté au moins une fois la SCMR¹⁸.

Les SCMR semblent assez bien acceptées par leur population cible.

Dans les recherches, les raisons évoquées par les consommateurs pour la fréquentation des SCMR sont : le fait de pouvoir s'injecter tranquillement, sans stress, dans des

13 Institut National de la Santé Et de la Recherche Médical Français: groupement de chercheurs

14 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, en Français OEDT, Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies.

15 INSERM 2010, p.214

16 INSERM 2010, p.214

17 INSERM 2010, p.214

18 Kimber et coll., 2008a

conditions hygiéniques, à l'abri de la police et en sécurité vis-à-vis des risques immédiats liés à l'injection. Les SCMR sont également appréciées comme lieu de rencontre et d'accès à des conseils et des soins de base¹⁹. Le niveau de satisfaction des usagers sur le personnel est élevé²⁰. Les critiques concernent plutôt les horaires ou certains aspects du règlement (exemple : pas de partage de substances entre usagers, supervision trop proche de l'équipe, présence de la police,...)

Les SCMR atteignent donc leur objectif de rencontre de leurs publics cible et de la promotion d'un environnement où les consommateurs peuvent consommer leurs produits en sécurité et de manière hygiénique.

Pour la communauté dans laquelle elles sont implantées et les acteurs de terrain, les études montrent des **réactions partagées**. Tantôt, la police, par exemple, se montre sceptique²¹ mais une étude plus récente montre que la police a accepté le dispositif et y réfère certains usagers²².

Par ailleurs, depuis 25 ans, et des millions « d'injections supervisées », **on ne relate, dans aucune étude de décès par overdose**²³. Le seul décès recensé est dû à une réaction anaphylactique²⁴.

Les SCMR **ne font pas augmenter ou diminuer la consommation ou l'injection et n'ont pas d'incidence sur une quelconque incitation à la consommation**²⁵.

Le risque qu'une première injection ait lieu au sein d'une SCMR est faible, mais certaines études²⁶ relatent néanmoins que ce genre d'événements peuvent se produire occasionnellement.

Par ailleurs, les SCMR ont conduit à des évolutions très significatives dans les modes d'injections à risques des usagers, et le partage de matériel d'injection (jusqu'à 70 % de moins dans certaines études²⁷).

De nombreuses études²⁸ montrent très clairement des **évolutions sensibles dans les pratiques d'injections à risques**. Les utilisateurs des SCMR adoptent des changements positifs dans leur mode d'administration du produit, ils rapportent plus leurs seringues usagées et n'acceptent plus de partager leur matériel d'injection.

Selon Hedrich²⁹, il est plus délicat de tirer des conclusions sur l'**impact direct des SCMR sur la transmission de maladies infectieuses**, étant donné le nombre d'études avec de

19 Kerr et al, 2003 ; Zuhold et al, 2003 ; Van Der Poel et al, 2003 ; Zobel et Dubois-Arber, 2004 ; Petrar et al, 2007 ; Fast et al, 2008)

20 Hedrich et al, 2010

21 Zurhold et al. 2003 ; Benninghoff et al., 2003 ; Zobel et al., 2003

22 DeBeck et al, 2008

23 Poschadel et al, 2003, NCHECR, 2007b, Milloy et al, 2008a ; Expert Advisory Committee on Supervised Injection Site Research, 2008)

24 Hedrich et al, 2004

25 Kerr et al, 2007b, Stoltz et al, 2007 ; Kerr et al, 2005, 2006a, Wood et al, 2005a, MSIC Evaluation Committee, 2003 ; NCHERCR, 2007b, Ronco et al, 1996b ; Poschadel et al, 2003 ; Benninghoff et al, 2003

26 Benninghoff et al, 2003 ; Solai et al, 2005 ; Kerr et al, 2007b

27 Milloy and Wood, 2009

28 Hedrich, 2004, Meijer et al, 2001 ; Linssen et al, 2001, Jacob et al, 1999, Poschadel et al, 2003 ; Van der Poel et al, 2003 ; Zurhold et al, 2001, Benninghoff et al, 2001,2003, Benninghoff and Dubois-Arber, 2002 ; Solai et al, 2004, Reyes Fuentes, 2003 ; Ronco et al, 1996a, 1996b

29 Hedrich, 2010

problèmes méthodologiques, comme la difficulté d'isoler l'incidence des SCMR sur cette question par rapport à d'autres interventions, comme les traitements de substitutions, échange de seringues, accueil bas seuil, ... L'évaluation de la SCMR de Vancouver³⁰ et une étude récente à Madrid et Barcelone³¹ ont montré une diminution du partage de seringues spécifiquement liée à la fréquentation d'une SCMR. Il semble **fort probable que les SCMR aient une incidence positive** sur cette question.

Au niveau des overdoses, les diverses études montrent qu'il se produit **entre 0,5 et 7 overdoses pour 1000 injections**³². En raison, de la supervision de l'équipe et d'interventions adéquates rapides, ces événements ont lieu moins régulièrement qu'à l'extérieur et donnent lieu moins souvent à des hospitalisations³³.

Selon les études, on peut avancer que ce genre de dispositif **évite la mort** de 10 personnes par an en Allemagne et de 4 à Sydney, et entre 2 et 12 à Vancouver.

Concernant l'impact de ce genre de dispositif sur l'entrée en « traitement », il est difficile de comparer parce que l'offre et l'optique des SCMR sont fort différentes d'un pays à l'autre. Néanmoins, de nombreuses études³⁴ montrent que **les SCMR ont un effet important sur l'entrée de consommateurs dans un processus de soins ou de traitement**. A Vancouver³⁵, 50 % des usagers sont référés vers d'autres services et dans **37 % des cas ils sont référés à des services spécialisés** (cure de désintoxication ou par un traitement de substitution).

Il n'y a par contre pas d'augmentation de la consommation³⁶ et ni d'effets délétères sur l'entrée ou le maintien en traitement.

Les résultats obtenus montrent donc plutôt une **complémentarité des SCMR avec les autres dispositifs de soins** qu'un conflit³⁷. Les usagers réguliers des SCMR sont en contact avec d'autres dispositifs de RdR et de traitement, oscillent parfois entre ces divers dispositifs et font usage parallèle de ceux-ci.

En ce qui concerne les nuisances pour la communauté, des études³⁸ montrent une baisse du nombre de personnes s'injectant dans l'espace public, une diminution des seringues abandonnées et des ordures associées à la suite d'ouverture de SCMR.

Aujourd'hui, la majorité des usagers des SCMR sont ou ont été en traitement de substitution à la méthadone (61,6 % pour les utilisateurs de la SCMR de Genève)³⁹.

Les coûts d'implantation et d'exploitation des SCMR peuvent paraître élevés mais selon plusieurs analyses économiques faite à Sydney et Vancouver⁴⁰ on peut conclure à l'efficacité économique de ceux-ci (baisse des overdoses, baisse des transmissions infectieuses et donc des coûts liés au traitement,...).

30 Kerr et al, 2005 ; Wood et al , 2005d, 2006c

31 Bravo et al, 2009

32 INSERM, 2010, p.216

33 NCHCR, 2007b

34 Wood et al, 2006a ; van Beek, 2003 ; Tyndall et al, 2006, NCHECR, 2007a, 2007b ; Kimber et al, 2008b

35 Tyndall et al., 2006

36 Zobel et Dubois-Arber, 2004 ; Kerr et al., 2007

37 Hedrich et al, 2010

38 Ronco et al, 1996a ; Van Der Poel et al, 2003 ; Zurhold et al, 2003, Msic Evaluation Committee, 2003, Wood et al, 2004b et 2006c)

39 Dubois-Arber, 2008a

40 MSIC Evaluation Committee, 2003 ; Bayoumi et Zaric, 2008 ; Andresen et Boyd, 2010

Pour résumer, selon les nombreuses études réalisées sur les SCMR, on peut dire que :

- les SCMR augmente le statut de santé de ses usagers
- les SCMR diminue les comportements à risques
- les SCMR augmente l'accès aux structures de soins
- les SCMR diminue les consommations publiques
- les SCMR n'ont pas d'incidence en terme d'augmentation de la criminalité
- les SCMR semble néanmoins provoquer un peu de deal dans les environs de la SCMR si temps d'attente pour rentrer dans la SCMR trop long.

Néanmoins, les SCMR ne font pas diminuer la criminalité, et il est parfois difficile de réguler le trafic aux alentours. Les SCMR ne résolvent pas les problèmes liés à la prohibition, les problèmes financiers et autres facteurs psycho-sociaux menant les usagers à la commission d'actes délictueux.

7. Critères à observer pour mener à bien ce genre de projets :

- le projet a des **objectifs clairs et mesurables** et peut-être évalué comme projet scientifique et médical
- le projet jouit d'un **appui politique à l'échelon national, régional et local**.
- un **cadre légal** adéquat est mis en oeuvre
- les sites où s'implantent ce genre de projet bénéficie d'un appui local. **Nécessité d'une concertation avec tous les acteurs concernés** : élus, police, associations, pharmacies, riverains,...

8. Les salles de consommation à moindre risques à travers le monde

Source : IDPC, *Drug Consumption rooms, Evidence and practice*, E. Schatz & M. Nougier, June 2012

8.1. Au Canada

8.1.1. Situation politique actuelle

Selon la Loi canadienne sur les drogues et substances contrôlées (Controlled Drugs and Substances Act –CDSA), la possession et /ou le trafic de certaines substances contrôlées constitue un délit. Section 56 de la Loi accorde le droit au Ministre fédéral de la Santé d'exempter « toute personne ou catégorie de personnes » de l'application de certaines sections de la Loi si le Ministre est d'avis que « l'exemption est nécessaire pour des raisons médicales ou scientifiques, ou est dans l'intérêt du public. (...).

C'est en septembre 2003 que l'autorité sanitaire régionale de Vancouver a bénéficié d'une exemption légale auprès du Ministère fédéral de la santé pour faire fonctionner Insite, la première SCMR légalement sanctionnée et médicalement supervisée en Amérique du Nord. (...)

Confrontés à la possible fermeture d'Insite, des activistes ont entamé deux poursuites judiciaires pour qu'Insite reste ouvert. (...)

En septembre 2011, la Cour Suprême du Canada s'est prononcée à l'unanimité en faveur d'Insite, persuadée par les preuves fournies (...). La cour a brièvement déclaré : « Insite sauve des vies ; les bénéfices ont été démontrés ». Elle a décrété que la fermeture d'Insite serait une violation inadmissible des droits humains de personnes extrêmement vulnérables. La Cour ordonna au Ministre d'accorder une exemption immédiate à Insite, afin de respecter les droits constitutionnels des usagers et du personnel de la SCMR.

8.1.2. Concept et objectifs

Insite cherche à réduire les risques de maladies et de mort par overdose qui sont souvent associées avec l'injection de drogues, de référer les clients à des services de traitement de la dépendance et d'autres services sanitaires et sociaux et de réduire la consommation de drogues dans la collectivité, les déchets liés aux drogues et les troubles à l'ordre public.

8.1.3. Prestation de services

Insite dessert le quartier défavorisé de Downtown Eastside de Vancouver, qui présente une forte concentration de personnes affectées par la dépendance à la drogue et souffrant de troubles psychologiques. L'auto-injection en public y est courante. La première exemption accordée à Insite fut basée sur une étude de faisabilité qui suggérait qu'une SCMR pourrait contribuer à la réduction des injections en public, des décès par overdose et des troubles à l'ordre public.

Insite est un service « bas-seuil ». Tous les clients peuvent rester anonymes, même si l'utilisation des services et les résultats sont répertoriés au niveau individuel. A la différence des SCMR dans d'autres pays, Insite n'a pas de critère d'éligibilité. La SCMR fut développée comme projet de recherche pilote (à l'origine pour obtenir l'exemption de la CDSA), mais la participation des clients aux enquêtes et autres exercices de recherche sur le fonctionnement et les effets d'Insite n'est pas obligatoire.

Le personnel d'Insite est un mélange d'employés du Vancouver Coastal Health and Portland Hotel Society, ainsi que des travailleurs-pairs employés par L.I.N.E.S. (Life Is Not Enough Society – La société « La vie ne suffit pas »), deux infirmières, cinq chargés de programme, deux travailleurs pairs sont présents dans la SCMR à tout moment. Dans la salle d'injection, il y a un membre du personnel pour six clients, et un membre du personnel pour 10 clients dans la salle de relaxation.

Insite a 12 cabines d'injection où les clients peuvent s'injecter, sous la supervision des infirmières et du personnel soignant, des drogues obtenues au préalable. Insite fournit du matériel d'injection propre tel que des seringues, chauffoirs, filtres, eau et tourniquets. En cas d'overdoses, le personnel médical peut intervenir immédiatement. Les infirmier(e)s peuvent aussi fournir d'autres types de soins, comme le traitement des plaies et les vaccinations. Les protocoles actuels ne permettent pas au personnel d'aider le client à s'injecter, mais peut éduquer les clients quant aux façons de réduire les risques liés à l'injection. L'établissement comprend aussi Onsite, formé de 12 chambres avec salle de bains privée pour une désintoxication volontaire (y compris le TSO), avec l'appui-conseil de psychologues, d'infirmiers et de docteurs. Une fois stables, les clients peuvent être logés sur place dans des logements de transition, et se faire orienter vers des programmes de traitement de leur dépendance à long-terme, des services d'aide au logement et programmes d'aide communautaire.

8.1.3.1. Résultats

Insite a reçu plus 1,8 million de visites depuis son ouverture en 2003, et a plus de 12 000 clients inscrits. En 2010, il y eut :

- En moyenne 587 injections par jour
- 221 interventions dans des cas d'overdose, sans décès
- 3 383 interventions médicales

- 5 268 orientations vers d'autres services sanitaires et sociaux, dont la plupart étaient vers des services de désintoxication et de traitement de la dépendance
- 458 admissions au service de désintoxication Onsite, qui a enregistré un taux d'achèvement du programme de 43% en 2010.

En partie à cause des conditions originales d'exemption, Insite a dû se soumettre à des analyses scientifiques rigoureuses. Les recherches ont conduit à la publication de plus de 30 études sur l'impact d'Insite, qui ont démontré que la SCMR :

- est utilisée par ceux pour qui elle a été conçue, c'est-à-dire les personnes qui sont les plus à risque d'overdose ou de contamination par le VIH ou l'hépatite C, et ceux qui s'auto-injectent en public
- a réduit les comportements à risque : les usagers d'Insite sont moins susceptibles de partager leur matériel d'injection et ont un accès accru aux préservatifs et à des informations sur les relations sexuelles sans risques
- promeut l'accès au traitement de la dépendance à la drogue et à d'autres services de santé. Au cours de sa première année de fonctionnement, il y a eu une augmentation de plus de 30% du taux d'utilisation des programmes de désintoxication parmi les clients d'Insite. Insite offre aussi des soins pour les infections liées aux injections et oriente souvent les clients vers d'autres services médicaux extérieurs
- a amélioré l'ordre public : il y a eu une baisse notable des injections dans les lieux publics aux alentours de l'établissement, ainsi que des déchets liés à l'injection de drogues
- a réduit le nombre de décès par overdose : le personnel soignant est toujours disponible pour intervenir en cas d'urgence, par conséquent aucune overdose ayant eu lieu sur place n'a été fatale. La modélisation suggère qu'Insite aurait prévenu jusqu'à 48 décès par overdose sur une période de quatre ans. Le nombre de décès par overdose dans les quartiers environnants a aussi baissé de 35% au cours de deux années suivant l'ouverture du centre
- fournit un lieu sûr aux femmes qui s'injectent en leur permettant d'utiliser un lieu protégé des dangers liés à la consommation de drogues dans la rue
- prévient plus de 80 infections au VIH par an et économise CDN \$17.6 million en frais de santé liés à la prise en charge du VIH.

Les études qui se sont penchées sur les effets négatifs potentiels d'Insite n'en ont trouvé aucun. Insite n'a ni engendré une augmentation de la consommation de drogues, ni dissuadé les usagers d'arrêter leur consommation ou de chercher à se faire soigner. Aux alentours de l'établissement, il n'y a eu aucune augmentation de la criminalité liée à la drogue depuis l'ouverture d'Insite, et le taux d'effractions de voitures a diminué.

8.1.3.2. Défis et prochaines étapes

La décision de la Cour Suprême du Canada en Septembre 2011 a clairement statué que le Ministre fédéral de la santé doit répondre aux demandes d'exemption afin de permettre aux SCMR de fonctionner sans risquer une condamnation. La Cour a défini des critères que le Ministre doit prendre en compte dans l'analyse de chaque demande. Suite à cette décision, quelques organisations communautaires dans d'autres villes ont préparé des demandes d'exemption, et un certain nombre de municipalités contemplent la possibilité de mettre en place de tels établissements. En Octobre 2011, il fut annoncé que des organisations communautaires à Montréal et dans la ville de Québec allaient faire progresser leurs projets d'établir des centres dans plusieurs sites et le Ministre provincial de la santé s'est publiquement exprimé en faveur de ces propositions, bien qu'il y ait un certain degré d'opposition au sein de la communauté locale. Des études de faisabilité ont aussi été entreprises à Ottawa et Toronto, bien que des personnalités politiques locales se

soient exprimées contre ces établissements. On ne sait encore pas comment le gouvernement fédéral réagira lorsque de nouvelles demandes d'exemption lui seront remises.

8.2. En Espagne

8.2.1. Situation politique actuelle

Avec la décentralisation des politiques relatives à la drogue en Espagne, il en revient aux autorités locales et régionales de développer des services pour les usagers de drogues. Selon le code pénal espagnol, le trafic de drogue est un crime. La consommation de substances contrôlée et le fait de laisser son matériel d'injection dans les endroits publics ne sont pas des crimes mais des délits sérieux qui peuvent engendrer des amendes allant de €300 à €30 000 000. Ces amendes peuvent cependant être remplacées par d'autres mesures, y compris l'acceptation d'un programme de traitement de la dépendance. La loi n'interdit pas la mise en place de SCMR. Au niveau national, les SCMR sont soutenues par l'Agence nationale antidrogue, l'Agence nationale de lutte contre le sida et les agences locales et régionales correspondantes.

La première SCMR a vu le jour en 2000 à Madrid. Il existe aujourd'hui sept établissements de ce type dans quatre villes (Barcelone, St. Adrià del Besòs, Bilbao et Lleida). A Barcelone, il est prévu d'ouvrir six établissements d'injection supervisée au sein de centres de traitement déjà opérationnels, au cours de l'année 2012. Pour des raisons politiques et financières, la SCMR « Dave » à Madrid a fermé fin 2011.

Les SCMR en Espagne sont habituellement la propriété des Ministères et Agences de santé locales et régionales, comme Sala Baluard, qui appartient à l'Agence de santé publique de Barcelone.²⁷ Une SCMR en Espagne, CAS Vall d'Hebrón à Barcelone, appartient à l'Agence Nationale de la Santé et est située dans un hôpital public. Les autres SCMR, Munduko Medikiak, SAPS, La Mina et Arrels, ne sont pas directement reliées au système de santé publique, mais travaillent en collaboration avec lui. Toutes les SCMR espagnoles reçoivent des fonds publics provenant de différentes administrations publiques.

8.2.2. Concept et objectifs

Toutes les SCMR espagnoles ont des objectifs communs. Comme la plupart des SCMR développées dans d'autres pays, elles cherchent à promouvoir une consommation de drogues à moindre risque en proposant des conditions de consommation hygiéniques. Les SCMR espagnoles cherchent également à :

- Superviser et fournir des services d'appui psychologique aux clients avant, pendant et après la consommation de drogues
- Offrir des services d'aide sociale et des soins et orienter les clients vers d'autres services adaptés de prise en charge sociale, médicale et de traitement de la dépendance
- Récolter des données sur les nouveaux modes de consommation, les problèmes émergents ou les besoins des usagers de drogues
- Faire en sorte que la communauté prenne conscience de l'utilité et des bénéfices des SCMR en tant que stratégie de santé publique
- Réduire la consommation de drogues dans les lieux publics.

8.2.3. Prestation de services

Les clients doivent avoir au moins 18 ans pour accéder aux SCMR. A Barcelone, les clients doivent aussi signer un contrat stipulant les conditions d'utilisation avant d'y avoir accès.

Trois SCMR proposent des cabines spéciales aux clients qui fument leurs drogues, les autres étant réservées à l'injection. Les établissements emploient des équipes multidisciplinaires (incluant au moins un(e) infirmier(e) qui supervise les clients et leur offre un appui-conseil sur la consommation à moindre risque. Le personnel peut aussi orienter les clients vers des services sanitaires et sociaux et des programmes de traitement. A Barcelone, les SCMR offrent également des services de conseil et de dépistage du VIH, ainsi qu'un appui psychologique et juridique.

8.2.3.1. Profil des clients

En 2009, les SCMR espagnoles ont comptabilisé 105 804 visites de la part de 5 063 clients.²⁸ L'âge moyen des clients est de 34 ans (entre 28 et 38 ans), et environ 80% d'entre eux sont des hommes. La majorité des clients sont espagnols ou européens, mais un nombre important d'entre eux est originaire d'Europe de l'Est et d'Afrique du Nord. En 2009, la cocaïne était la drogue la plus utilisée (à l'exception de Bilbao et Sala Balaurd à Barcelona), mais son taux de consommation fut dépassé par l'héroïne en 2011 dans les SCMR de Barcelone. La SCMR de Madrid fut la seule à enregistrer une consommation plus importante de Speedball, avant de fermer ses portes l'année dernière. L'injection demeure le moyen le plus répandu de consommer les drogues dans les SCMR, à l'exception de Bilbao où l'inhalation est plus fréquente.

8.2.3.2. Résultats

En Espagne les SCMR sont bien acceptées et très demandées par les professionnels travaillant dans le domaine de la réduction des risques, les prestataires de services sanitaires et sociaux et les usagers eux-mêmes. Depuis l'ouverture de ces établissements :

- Les décès par overdose ont diminué de 1 833 en 1991 à 773 en 2008
- Le nombre de nouvelles infections au VIH a aussi baissé chez les clients des SCMR de 19,9% en 2004 à 8,2% en 2008
- Les usagers ont une meilleure connaissance des techniques de consommation à moindre risque
- Le public comprend mieux les SCMR et leur place dans la stratégie de santé publique
- Moins de déchets liés aux injections sont laissés dans les lieux publics.²⁹

D'autres accomplissements importants incluent le développement de directives communes sur la réduction des risques et les SCMR, la participation active des SCMR espagnoles au Réseau international des salles de consommation à moindre risque³⁰ et les interactions positives avec la communauté locale.

8.2.3.3. Défis et prochaines étapes

Un des principaux défis en Espagne est le besoin de revoir l'approche de réduction des risques afin de déboucher sur une intervention plus holistique vis-à-vis des usagers de drogues. Il est nécessaire que les SCMR et les services de réduction des risques soient normalisés aux niveaux social et politique en intégrant les SCMR dans la stratégie de santé publique. Une gamme plus complète de services basée sur une approche de réduction des risques devrait par ailleurs être développée, et une attention accrue devrait être accordée aux besoins sociaux des usagers chroniques à long-terme.

Le bien-être des clients et les conditions de travail du personnel devraient être au centre de toutes les considérations : les services devraient par exemple améliorer les conditions sociales des usagers de drogues qui se trouvent déjà dans une situation sociale difficile. En incorporant un service d'analyse des substances au sein de SCMR, davantage d'informations pourraient être obtenues sur les modes de consommation pour améliorer la santé et la sécurité des usagers. Il est également important de faciliter les orientations vers d'autres services.

Il devrait aussi y avoir un nombre plus important de SCMR pour les fumeurs (avec la capacité de distribuer du matériel adapté), les horaires d'ouverture devraient être prolongés et les emplacements devraient être multipliés.

Il faudrait enfin améliorer le suivi et l'évaluation des SCMR à travers une collecte de données et une analyse des services de réduction des risques. En vue du contexte économique actuel, il est essentiel de consolider et de stabiliser les SCMR et les programmes de réduction des risques qui existent déjà.

9. Bibliographie

- ANDERSEN MA, BOYD N. A cost-benefit and cost-effectiveness analysis of Vancouver's supervised injection facility. *Int J Drug Policy* 2010, 21 : 70-76
- BAYOUMI AM, ZARIC GS. , The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility. *Cmaj* 2008, 179 : 1143-1151
- BENNINGHOFF F, SOLAI S, HUISSOUD T, DUBOIS-ARBER F., Evalutaion du quai 9 « Espace d'accueil et d'injection » à Genève. Période 12/2001 – 12/2002. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (ed). Département de l'action sociale et de la santé, 2003, 186p
- BENNINGHOFF F, DUBOIS-ARBER F. Résultats de l'étude de la clientèle du Cactus BIEL/BIENNE 2001, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2002
- BOONEN J. Rapport de l'étude de faisabilité pour un “Local de consommation supervisé” à Charleroi, Prévention Drogues Charleroi, Mars 2010
- BRAVO MJ, ROYUELA L, DE LA FUENTE L, BRUGAL MT, BARRIO G, et coll. Use of supervised injection facilities and injection risk behaviours among young driug injectors. *Addiction* 2009, 104:614-619
- CARRIER N. Une dépolitisation hygiénique : les lieux d'injection de drogues illicites comme stratégie de réduction des méfaits. *Médecine & Hygiène | Déviance et Société* 2003/1 - N° 27 : 59-76
- COPPEL A. Drogues et médicalisation : entre expertise et demande sociale, *Multitudes, Majeure : Drogues : Loi, Réduction des risques* 2011, n°44
- DEBECK K, WOOD E, ZHANG R, TYNDALL M, MONTANER J, et coll. Police and public health partnerships : evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2008, 3:11
- DECORTE T., Pousser le phénomène des drogues dans sa forme la moins inacceptable : pistes pour l'avenir..., Exposé au TDO 3, à Genève, le 19 octobre 2012
- DUBOIS-ARBER F, BENNINGHOFF F, JEANNIN A. Typology of injection profiles of clients of a supervised drug consumption facility in Geneva, Switzerland. *Eur Addict Res* 2008, 14:1-10
- EXPERT ADVISORY COMMITTEE. Vancouver's INSITE service and other supervised injection sites : What has been learned from research ? Final report of the Expert Advisory Committee, 2008
- FAST D, SMALL W, WOOD E, KERR T. The perspectives of injection drug users regarding safer injecting education delivered throught a supervised injecting facility. *Harm Reduct J* 2008, 5 : 32
- DIAZ GOMEZ C. Les salles de consommation en Europe. Synthèse de la revue de

littérature internationale, OFDT (ed), Saint-Denis, Mai 2009

EVAIN A, Les salles de consommation de drogue sont-elles une mesure justifiée de réduction des risques ? , Mémoire de médecine, Université de Genève, Juin 2012

HEDRICH D., European report on drug consumption rooms. European Monitoring Centre and Drug Addiction (ed), 2004, 96 p

HEDRICH D, KERR T et DUBOIS-ARBER F. Drug consumption facilities in Europe and Beyond », in Harm Reduction : evidence, impacts and challenges », Monograph 10. EMCDDA 2010

HUNT N. An overview of models of delivery of drug consumption rooms. Joseph Rowntree Foundation, 2006.

INSERM 2010. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Expertise collective, Paris, Editions INSERM.

JACOB J, ROTTMAN J, STÖVER H. Entstehung und Praxis eines Gesundheitsraumangebotes für Drogenkonsumierende. Abschlussbericht der einjährigen Evaluation des 'drop-in Fixpunt' in Hannover, Schriftenreihe Sucht-und Droogenforschung, Vol2, BIS-Verslag, Universität Oldenburg, Oldenburg, 1999

JAUFFRET-ROUSTIDE M., Les salles de consommations de drogues : entre santé publique et sécurité publique, Métropolitiques, 16 mars 2011. URL : <http://www.metropolitiques.eu/Les-salles-de-consommation-de.html>

JOSEPH ROWNTREE FOUNDATION. The report of the independent working group on drug consumption rooms. Joseph Rowntree Foundation (ed), 2006

KERR T, WOOD E, SMALL D, PALEPU A, TYNDALL MW. Potential use of safer injecting facilities among injection drug users in Vancouver's Downtown Eastside. Cmaj 2003, 169: 759-763

KERR T, TYNDALL M, LI K, MONTANER JSG, WOOD E. Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility. Int J Drug Policy, 2006a, 17: 436-441

KERR T, TYNDALL MW, ZHANG R, LAI C, MONTANER JS, et coll. Circumstances of first injection among illicit drug users accessing a medically supervised safer injection facility. Am J Public Health 2007, 97 : 1228-1230

KIMBER J, DOLAN K, WODAK A. Survey of drug consumption rooms: Service delivery and perceived public health and amenity impact. Drug and Alcohol Review, 2005, 24 : 21-24.

KIMBER J, HICKMAN M, DEGENHARDT L, COULSON T, VAN BEEK I. Estimating the size and dynamics of an injecting drug user population and implications for health service coverage: comparison of indirect prevalence estimation methods. Addiction 2008a, 103 : 1604-1613

KIMBER J, MATTICK RP, KALDOR J, VAN BEEK I, GILMOUR S, et coll. Process and predictors of drug treatment referral and referral uptake at the Sydney Medically

Supervised Injecting Centre. Drug Alcohol Rev 2008b, 27 :602-612

HARDEGGER S, HANSENHOELLER A ? SCHEUBER M, RIHS-MIDDEL M., Prise en charge « bas seuil » et « intermédiaire » des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool : Revue de littérature, FERARIHS, Mars 2009

KIMBER J, DOLAN K, & WODAK A. International Survey of Supervised Injecting Centres (1999-2000). Technical Report, National Drug and Alcohol Research Centre, N°127, 2001. University of New South Wales, Sydney

LINSSEN L, DE JONG W, WOLF J. Gebruiksruimten. Een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan. Series : Resultaten Scoren, Trimbos Instituut, Utrecht, 2001

MEIJER G, DE JONG A, KOETER M, BIELEMAN B. Gebruik van de straat. Evaluatie gebruiksruijnte Binnenstad-Zuid Groningen, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)/Intraval, Amsterdam/Groningen, 2001

MILLOY MJS, KERR T, MATHIAS R, ZHANG R, MONTANER JS, et coll. Non-fatal overdose among a cohort of active injection drug users recruited from a supervised injection facility. Am J Drug Alcohol Abuse 2008 a, 34 : 499-509

MOREL A, CHAPPARD P. & COUTERON J-P., l'Aide-mémoire de la réduction des risque en addictologie, Dunod, Paris, 2012

MSIC EVALUATION COMMITTEE. Final report on the evaluation of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre. MSIC Evaluation Committee, 2003

NCHECR, Sydney Medically Supervised Injecting Centre evaluation report n°3: evaluation of client referral and health issues, University of New South Wales, Sydney, 2007a

NCHECR, Sydney Medically Supervised Injecting Centre evaluation report n°4: evaluation of service operation and overdose-related events, National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, University of New South Wales, Sydney, 2007b

NCHECR, Sydney Medically Supervised Injecting Centre website, *Background and evaluation – Independent evaluation of the MSIC*, <http://www.sydneymsic.com/background-and-evaluation#Independent-evaluation>;

NCHECR, Sydney Medically Supervised Injecting Centre (2011), *Report to New South Wales Health*; SAHA International Limited (2008), *Final report: Economic evaluation of the Medically Supervised Injecting Centre at Kings Cross (MSIC)* (SAHA: Sydney), http://www.druginfo.nsw.gov.au/_data/page/1189/MSIC_Final_Report_26-9-08.pdf

PETRAR S, KERR T, TYNDALL MW, ZHANG R, MONTANER JSG, et coll. Injection drug user's perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. Addict Bbehav 2007, 32 : 1088-1093

POSCHADEL S, HÖGER R, SCHNITZLER J, SCHRECKENBERGER J. Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland : Endbericht im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit. Das Bundesministerium für gesundheit und soziale sicherung (ed). Nomos-Verlag-Gesellschaft, Baden-Baden, 2003

RAPPORT DE LA COMMISSION MONDIALE POUR LA POLITIQUE DES DROGUES. La guerre aux drogues face au VIH/Sida. Comment la criminalisation de l'usage de drogues aggrave la pandémie mondiale. Juin 2012

REYES FUENTES VC. '15 Jahre FIXERRAUM Bern. Auswirkungen auf soziale und medizinische Aspekte bei Drogenabhängigen', dissertation at the Medical Faculty of the University of Berne, 2003

RONCO C, SPUHLER G, CODA P, SCHÖPPER R. Evaluation des Gassenzimmer I, II und III in Basel. Soz Präventivmed 1996a, 41 : S58-S68

RONCO C, SPUHLER G, KAISER R. Evaluation des « Aufenthalts- und Betreuungsraum für Drogenabhängige » in Luzern. Soz Präventivmed 1996b, 41 : S45-S57

SCHATZ E, NOUGIER M. Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique, IDPC (ed) Juin 2012

SOLAI S, BENNINGHOFF F, MEYSTRE-AGUSTONI G, JEANNIN A, DUBOIS-ARBER F. Evaluation de l'espace d'accueil et d'injection « Quai 9 » à Genève : deuxième phase 2003. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004, 124p

SOLAI S, DUBOIS-ARBER F, BENNINGHOFF F, BENAROYO L. Ethical reflections emerging during the activity of a low threshold facility with supervised drug consumption room in Geneva, Switzerland. Int J Drug Policy 2006, 17 : 17-22

STOLTZ JM, WOOD E, MILLER C, SMALL W, LI K, et coll. Characteristics of young illicit drug injectors who use North America's first medically supervised safer injecting facility. Addict Res Theor 2007, 15:63-69

TREPOS JY. Seuils d'aide et politiques d'activation : un aperçu de deux centres de réduction des dommages à Maastricht, De Boeck Université, Psychotropes 2007, Vol 13 : 9-26

TYNDALL MW, KERR T, ZHANG R, KING E, MONTANER JG, et coll. Attendance, drug use patterns, and referral made from North America's first supervised injection facility. Drug Alcohol Depend 2006, 83 : 193-198

VAN BEEK I. The Sydney Medically Supervised Injecting Centre : a clinical model, Journal of Drug Issues 2003, 33 : 625-638

VAN DER POEL A, BARENDREGT C, VAN DE MHEEN D. Drug consumption rooms in Rotterdam : an explorative description. Eur Addict Res 2003, 9: 100

WOLF J, LINSSEN L, DE GRAAF I. Drug consumption facilities in the Netherlands. Journal of Drug Issues 2003, 3 : 649-662

WOOD E, KERR T, SMALL W, LI K, MARSH DC, et coll. Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users. Can Med Assoc J 2004b, 171 : 731-734

WOOD E, TYNDALL MW, LI K, LLOYD-SMITH E, SMALL W, et coll. Do supervised injecting facilities attract higher-risk injection drug users ? Am J Prev Med 2005b, 29 : 126-

WOOD E, TYNDALL MW, STOLTZ JA, SMALL W, ZHANG R, et coll. Safer injecting education for HIV prevention within a medically supervised safer injecting facility. *Int J Drug Policy* 2005c, 16 : 281-284

WOOD E, TYNDALL MW, STOLTZ JA, SMALL W, LLOYD-SMITH E, et coll. Factors associated with syringe sharing among users of medically supervised safer injecting facility. *Am J Infect Dis* 2005d, 1 : 50-54

WOOD E, TYNDALL MW, ZHANG R, STOLTZ JA, LAI C, et coll. Attendance at Supervised Injecting Facilities and Use of Detoxification Services. *N Engl J Med* 2006a, 354 : 2514

WOOD E, TYNDALL MW, MONTANER JSG, KERR T. Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility. *Cmaj* 2006c, 175 : 1399-1404

WOOD E, TYNDALL MW, ZANG R, MONTANER JSG, KERR T. Rate of detoxification service use and its impact among a cohort of supervised injecting facility users, *Addictions* 2007b, 102, 916-919

ZOBEL F, DUBOIS-ARBER F. Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse. Expertise réalisé à la demande de l'office fédéral de la santé publique. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (ed), 2004, 31p

ZOBEL F, THOMAS R, ARNAUD S, DE PREUX E, RAMSTEIN T, et coll. Global evaluation of the confederation's measures to reduce drug-related problems (ProMeDro). Fourth Synthesis Report 1999-2002. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 2003

ZURHOLD H, DEGKWITZ P, VERTHEIN U, HAASEN C. Drug consumption rooms in Hamburg, Germany : Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *J Drug Issues* 2003, 33 : 663-688