

**Rapport de l'étude de faisabilité pour un « Local de
consommation supervisé » à Charleroi.**

Jérôme BOONEN

Mars 2010

***Editeur responsable : B. De Clerck – Prévention Drogues Charleroi
Rue Tumelaire 80 – 6000 Charleroi
Tél. : 071/86.15.27 Fax. : 071/86.15.38
E-mail : cps.coord.drogue@charleroi.be***

Rapport de l'étude de faisabilité pour un « Local de consommation » à Charleroi.

I. Présentation

II. Modalités de cette étude de faisabilité

III. Principes fondamentaux sur lesquels repose la Réduction des risques (RDR)

IV. Etat des connaissances concernant les « locaux de consommation » : Inventaire de la littérature étrangère

V. Aspects législatifs liés à la mise en œuvre d'un tel projet

VI. Compte rendu des visites de deux projets à l'étranger

- a. Description du local de consommation à Rotterdam :
- b. Compte Rendu de la visite de « TOX-IN » à Luxembourg Ville

VII. Le Profil des usagers participant à l'échange de seringues

- a. Sexe
- b. Age
- c. Provenance géographique des usagers
- d. Consommation
- e. Efficacité du dispositif d'échange de seringues dans la promotion de pratiques plus sûres

VIII. Le Point de vue des consommateurs et des professionnels

- a. Le point de vue des usagers
- b. Le point de vue des professionnels

IX. Recommandation du groupe en charge de l'étude de faisabilité

X. Bibliographie

XI. Annexes

I. Présentation :

L'idée de conduire une réflexion sur l'implantation d'un *local de Consommation « supervisé »* à Charleroi émane principalement des services actifs au sein du dispositif d'échange de seringues (le *Carolo Rue* et l'*ASBL Le Comptoir*) ainsi que la Coordination Drogues sensible au projet depuis de nombreuses années¹. Plusieurs constats réalisés sur le terrain conduisent à considérer ce projet comme directement complémentaire (voire indispensable) à la logique qui justifie l'échange de seringues. En effet, la distribution de matériel stérile aux consommateurs, bien qu'elle demeure un formidable outil de réduction de risques, n'offre aucune garantie quant à la manière dont ce matériel est utilisé.

Par ailleurs, les constats formulés dans le *Rapport d'Evaluation du dispositif d'échange de seringues* nous permettent d'affirmer que le dispositif ne peut, dans le contexte actuel, atteindre les objectifs qu'il se fixe. En effet, la seringue que l'utilisateur reçoit au comptoir ne reste pas stérile longtemps, lorsqu'elle est utilisée dans la plupart des endroits publics dans lesquels se déroule la consommation. Dans ces lieux (cfr. Annexe 1), les bases élémentaires de l'hygiène ne peuvent s'appliquer : la luminosité y est presque absente, le sol est jonché de morceaux de verre, de débris, de cadavres d'animaux ou encore de seringues usagées. C'est pourquoi, les services impliqués dans la Réduction des Risques développent une réflexion sur la nécessité de prolonger la logique qui justifie l'échange de seringues en permettant aux usagers de consommer dans des locaux médicalement supervisés. Les éducateurs éprouvent en effet un sentiment d'incohérence lorsqu'ils donnent des seringues stériles à des personnes qui vont se cacher ensuite dans des lieux dépourvus de toute hygiène pour pratiquer leurs injections. Par ailleurs, aujourd'hui encore, les risques d'infection liés aux hépatites ou au VIH² demeurent préoccupants dans tous les pays du monde. La pratique de l'injection accentue considérablement ceux-ci. Il n'est dès lors pas étonnant que la population des

¹ Dans le rapport d'experts intitulé « *Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétude (RW/CF/CCF)* » une recommandation évoquait la pertinence des salles d'injections (« shooting room ») : « *Les projets de salles d'injections existent dans de nombreux pays européens; elles sont absentes en Belgique. Ces salles d'injections permettent un meilleur contact avec les usagers de drogues en évitant que ceux-ci s'injectent en rue et permettent de réduire les risques infectieux liés à ces injections. Dans certaines villes comme Liège, Bruxelles ou Charleroi, des projets sont déjà à l'étude, mais ne peuvent voir le jour par manque de moyens et/ou par les difficultés à les faire accepter par le pouvoir judiciaire.* »

² Selon le Rapport semestriel N°68 de l'Institut de Santé Publique, en 2008, **1078 nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués**. Il s'agit du nombre le plus élevé enregistré depuis le début de l'épidémie (voir le rapport). Cependant au cours du deuxième semestre de cette année 2008, le nombre de diagnostics est en recul de 11% par rapport au premier semestre de la même année.

consommateurs de drogues par intraveineuse accuse une prévalence élevée à ces infections. L'infirmier du Comptoir est constamment confronté à des blessures physiques qui sont engendrées essentiellement par des pratiques d'injection inadéquates. Le projet décrit dans ce rapport permettrait en outre d'optimiser l'efficacité des messages adressés aux usagers et d'améliorer les pratiques de ceux-ci. Il réduirait de façon importante le nombre de seringues usagées abandonnées dans les lieux publics. Enfin, il aurait un impact salutaire sur le nombre d'accidents fatals consécutifs aux overdoses.

Fréquemment une confusion existe entre les *programmes de délivrance d'héroïne médicalisée*³ et les *locaux de consommation supervisés*. Ces deux projets sont pourtant parfaitement distincts dans leurs finalités et leurs modes opératoires.

II. Modalités de cette étude de faisabilité

Comment mettre en œuvre cette étude ? Quels outils ? Quelle méthodologie ?

Préalablement aux étapes qui suivent, le groupe⁴ devra réaliser un travail d'exploration autour des notions clés qui balisent ce type de dispositif afin de s'entendre sur une définition minimale de celui-ci. Il s'agira dès lors de construire une **représentation commune** des locaux de consommation en dépit de l'absence de tout référent univoque. La Réduction des Risques étant reconnue comme une stratégie spécifique et cohérente en matière de drogues, nous en brosserons les principes philosophiques majeurs (Chapitre III). Les **aspects législatifs** liés au projet feront également l'objet d'un travail d'exploration. Nous nous baserons sur un document assez complet rédigé par l'*Observatoire Liégeois de prévention et de concertation sur les drogues*⁵ (Chapitre IV). Nous réaliserons ensuite un inventaire de la **littérature internationale** traitant de ce type de dispositif (Chapitre V).

³ A Liège, la Fondation *Tadam* (Traitement Assisté par DiAcétylMorphine) a été créée pour porter un projet pilote de distribution d'héroïne médicale. Le projet vise à comparer une centaine de toxicomanes « lourds » (rétifs à tout traitement) à une centaine de toxicomanes tout aussi lourds traités « classiquement » avec de la méthadone (médicament de substitution qui supprime uniquement l'effet de manque).

⁴ Depuis 2007, la plate forme réduction des risques focalise ses réflexions sur ce projet. Les institutions qui y participent sont : le Carolo Rue, l'Asbl Le Comptoir, le Centre de Santé Mentale, Diapason, Unisson, le Centre Ist/Sida, La Cellule Recherche et Concertation.

⁵ TASK FORCE DROGUE : « *Espace d'accueil pour usagers de drogues avec local de consommation ; Projet Pilote* », Observatoire Liégeois de prévention et de concertation sur les drogues, Décembre 2005.

Afin d'avoir une vision plus concrète des **dispositifs existant à l'étranger**, nous décrirons les locaux de consommation de Rotterdam et de Luxembourg-Ville (*Tox-in*) (Chapitre VI).

Nous distinguerons les deux catégories d'acteurs susceptibles d'être concernés par un tel projet :

- Les usagers
- Les professionnels du secteur

L'opinion de chacune d'entre elles sera appréhendée au travers de **Focus-Gruppe**⁶. Cette démarche a l'avantage de confronter des avis contradictoires sur une thématique afin de recueillir les arguments en faveur ou en défaveur (Chapitre VII). Auparavant, nous décrirons à titre indicatif le **profil des populations** qui fréquentent le dispositif d'échange de seringues à Charleroi (Chapitre VI). Nous estimons, en effet, que le public rencontré par l'ASBL « Le Comptoir » et le Carolo Rue est susceptible de fréquenter le dispositif qui nous intéresse dans ce rapport.

Enfin, nous exposerons les constats réalisés dans le cadre de cette étude de faisabilité ainsi que les recommandations que nous adresserons aux autorités politiques locales. Cette dernière étape constitue donc l'aboutissement du processus.

III. Principes fondamentaux sur lesquels repose la *Réduction des Risques* (RDR)

Historiquement, l'essor des politiques de Réduction des Risques est principalement lié à l'apparition du SIDA dans les années 1980. Leurs buts initiaux étaient de limiter la transmission d'infections comme les hépatites ou le VIH chez les usagers-injecteurs de

⁶ Un *focus groupe* (ou un groupe *Es-pair*) désigne une discussion de groupe rassemblant différentes personnes sélectionnées en fonction de critères de représentativité et structurée en plusieurs phases et selon un script assez précis, défini par un modérateur en collaboration avec l'équipe de projet. Les participants sont invités à faire part de leurs réflexions à propos d'un thème donné, sur base de leur opinion et de leur expérience personnelles, chacun étant encouragé à se situer et à réagir par rapport aux avis des autres. Généralement, plusieurs focus groupes sont menés jusqu'à ce que l'information récoltée s'avère redondante.

drogues⁷. Elles se sont ensuite élargies à la prise en charge globale de la santé des usagers, prenant en compte les différents risques sanitaires en fonction des produits, des personnes et de leur environnement (p. ex. Réduction des risques en milieux festifs). La naissance de ces stratégies se fonde sur plusieurs constats, qu'elles ont en quelque sorte érigés en postulats :

- une société sans drogues n'existe pas,
- le risque zéro n'existe pas,
- la notion de risque est relative,
- la prohibition des drogues maximalise les risques⁸,
- une information objective n'est pas incitatrice.

La Réduction des Risques est une stratégie distincte mais complémentaire des politiques de prévention ou de traitement. Elle se veut pragmatique et s'intéresse, comme le souligne Bernard BERTRAND⁹, davantage au « comment » on se drogue, plutôt qu'au « pourquoi » qui est privilégié par la méthode traditionnelle. Autrement dit, « *si les traitements ont pour objectif un changement d'ordre sanitaire et/ou psychosocial, si la prévention a pour objectif de diminuer l'incidence de l'usage de drogues dans la population, la réduction des risques a pour objet de prévenir les dommages que l'usage de drogues peut occasionner chez les personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas s'abstenir de consommer ces drogues* »¹⁰. Dans une perspective cohérente, ces démarches intègrent différents objectifs en une hiérarchie de buts (ceux-ci allant de l'abstinence à l'accompagnement de l'individu durant sa période de consommation). Ainsi, le modèle de réduction des risques est par définition ouvert à des réponses variées généralement perçues comme complémentaires et appliquées de façon différenciée en fonction des situations individuelles. Les thérapies visant l'abstinence peuvent, par exemple, coexister avec une distribution contrôlée d'héroïne tout en s'inscrivant dans une politique cohérente. Par ailleurs, la complexité de l'éventail des réponses envisagées suggère la nécessité d'un effort permanent de collaboration et de coordination entre les différents acteurs impliqués. Ceci est d'autant plus vrai que les projets s'inscrivant dans cette stratégie, parce qu'ils se caractérisent par un « bas seuil

⁷ L'un des constats majeurs issus des analyses de la dissémination internationale du VIH, est qu'à peu près la moitié des cas positifs cumulatifs en Europe se retrouve parmi les injecteurs de drogues.

⁸ Criminalisation du consommateur, marginalisation, détérioration de l'état de santé par l'injection d'héroïne de mauvaise qualité par exemple.

⁹ BERTRAND B., « ...On peut franchir le pas, faire un essai », Juillet 2005.

¹⁰ idem

d'accessibilité »¹¹ et qu'ils rencontrent de ce fait des publics très marginalisés, apparaissent généralement comme des voies d'accès importantes vers les autres institutions de soins.

Selon les principes défendus par la Réduction des Risques, la toxicomanie n'est considérée ni comme une maladie, ni comme un acte criminel. Ce modèle peut d'ailleurs être considéré comme une réponse à la criminalisation et à la stigmatisation des consommateurs de drogues illégales, en privilégiant comme ultime référence la place du « sujet » et l'autonomie individuelle. Dans une perspective pragmatique, il entend dès lors normaliser et accepter « *la dépendance des personnes toxicomanes en tant que réalités sociales incontournables* »¹². En pratique, ce modèle gère donc ses priorités par étape : il s'agit dans un premier temps d'accompagner les usagers de drogues afin de lutter contre les conséquences négatives de leur marginalisation, puis dans un deuxième temps, de donner à ces personnes, s'ils en émettent le désir, les moyens de s'attaquer au problème même de la dépendance. « *Dans ce modèle en effet, thérapies forcées et guérisons imposées sont vides de sens : une solution au problème ne peut émerger que de la détermination du « sujet » concerné* »¹³. Les politiques de Réduction de Risques mobilisent, dans cet ordre d'idées, plusieurs valeurs :

- Reconnaissance de l'utilisateur de drogues comme une personne à part entière.
- Eviction de tout jugement quant à la consommation de drogues.
- Reconnaissance de finalités propres à la Réduction des Risques (dès lors distinctes des finalités de la prévention ou du traitement).
- Affirmation des droits de l'utilisateur et promotion de la participation sociale de ceux-ci¹⁴.

En adéquation avec ces différentes valeurs, les stratégies de Réduction des Risques postulent implicitement que l'amélioration du sort et de la dignité des usagers de drogues (tant physique que psychologique) est un formidable moyen pour leur permettre de retrouver une certaine maîtrise de leur consommation. En ce sens, les actions qui sont menées au nom de

¹¹ Ils s'opposent, dès lors, à une vision qui prévaut dans certaines structures « où l'élaboration d'une demande de la part des usagers est déterminante et conditionne l'admission ». Autrement dit, la vocation du lieu, en ne voulant qu'aucune demande ne détermine son accès, se doit d'offrir un accueil inconditionnel aux contraintes limitées. VALERA G., *Pratiques et discours autour d'un espace « bas seuil », analyse de la participation des usagers de drogues dans la construction de la réduction des risques*, Mémoire de DEA, 2003

¹² CATTACIN S., LUCAS B., VETTER S., « *Modèles de politique en matière de drogues : une comparaison de six réalités européennes* », Editions L'Harmattan, Paris, 1996. P-216

¹³ Idem p-219.

¹⁴ Charte élaborée par Modus Vivendi.

cette stratégie se chargent d'une intention pédagogique, en permettant aux usagers de s'approprier les notions de citoyenneté (sensibilité à l'égard d'autrui), de responsabilité (acquisition de pratiques adéquates) et de participation (collaboration aux actions les concernant). Ses actions permettent la reconnaissance de la place et du rôle des usagers au sein d'une société qui traditionnellement a tendance à les exclure. Ce faisant, il s'agit également d'amener ceux-ci à prendre leurs responsabilités à l'égard de leurs concitoyens.

Autrement dit, leur insertion dans un environnement structuré et structurant constitue autant une voie possible de sortie des trajectoires liées aux drogues, qu'un moyen efficace de réduire les nuisances et les conséquences négatives que les usagers de drogues induisent sur leur environnement immédiat. Nous aborderons ultérieurement l'évaluation de cet objectif indirect (cette conséquence collatérale) découlant des stratégies de Réduction de Risques.

Les actions qui sont mises en œuvre selon ces valeurs, accordent une importance majeure à la participation active des usagers aux projets qui leur sont destinés ainsi qu'à la volonté de rencontrer ceux-ci sur leurs lieux de vie (rue, squats, ...).

IV. Etat des connaissances concernant les « Locaux de consommation » : Inventaire de la littérature étrangère

En 2005, 9 pays avaient déjà opté pour cette stratégie de RdR : la Suisse, l'Allemagne, la Hollande, l'Espagne, le Canada, l'Australie, la Norvège, l'Afghanistan et le Luxembourg. En Europe, 80 structures se répartissent dans plus de 25 villes (15 dans le reste du monde).

Les notions pour qualifier ce type de structure varient d'un pays à l'autre : *local d'injection sous surveillance, piquerie, zone de tolérance, shooting room, gassenzimmer, salle de santé, fixpunkt, consumption room, safe injection facilities, salle d'injection à visée éducative.*

Sur base des diverses études réalisées en Angleterre, en France en Suisse et au Canada¹⁵, plusieurs constats peuvent être exposés:

¹⁵ (1) BERTRAND B., « ...On peut franchir le pas, faire un essai », Juillet 2005. (2) CCSA-CCLAT., « FAQ sur les centres d'injection supervisés (CIS) », Ottawa. (3) CARRIER N., « Se shooter en présence d'intervenants ! ? Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal », CRAN., Montréal. (4) Association Française pour la Réduction des Risques., « Premières rencontres Nationales de la réduction des risques liés à l'usage de drogues », Bobigny, 2006. (5) EMCDDA

Le "Crédo" sous-jacent à la mise en place de ce dispositif pourrait se formuler comme suit :

« L'émergence d'un terrain d'intervention aux interstices des dispositifs classiques de réduction des risques, qui tolère la consommation de drogues illicites à l'intérieur de structures bas seuil, en offrant des conditions d'hygiène favorables, permet une meilleure prise en charge d'une population au parcours chaotique, tout en réduisant la "menace" que représente la consommation de drogues pour l'ordre public, mais également les dommages liés à celle-ci. »¹⁶

Evoquons une définition parmi d'autres :

*« Un local de consommation est un centre **légalement approuvé**, sous **supervision médicale**, où l'on permet aux utilisateurs de drogues de consommer leur propre drogue (en injection, ou selon d'autres modes de consommation) dans un environnement plus **protégé**, plus **hygiénique** et moins stressant que la plupart des lieux publics et privés. »*

Dans cette définition, nous prenons le parti de ne pas limiter l'accès du lieu uniquement aux personnes consommant en intraveineuse.

Ajoutons que, toujours selon cette approche, ces centres seraient facilement accessibles (basés sur la notion de « **bas seuil** »), et gérés autant par du **personnel issu du secteur de la santé publique** (des infirmier(e)s, des médecins) que par des **travailleurs sociaux**.

De manière générale, chacun des pays dans lesquels des « Locaux de Consommation » ont été implantés a pris en considération les éléments suivants :

- Adaptation du projet à la réalité locale.
- Implantation de l'espace près des lieux du marché de la drogue et de consommation.

(Dagmar Hedrich)., *European report on drug consumption rooms.*, Février 2004. (6) JOSEPH ROWNTREE FOUNDATION., *« The report of the independent working group on drug consumption rooms.*, 2006 (7) SANDRA SOLAI et. al., *Evaluation de "Quai 9" - espace d'accueil et d'injection à Genève. Deuxième phase 2003.*, Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne, 2004, 124 p. (8) ZOBEL F et DUBOIS A., *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.*, . Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne., 2004, 31 p

¹⁶ BERTRAND B., page 37.

- Intégration de l'espace dans le tissu institutionnel local.
- Prise en compte du voisinage en sachant que ce type de structure effraye.
- Prise en compte des tensions entre les **logiques de santé publique** et les **logiques d'ordre public**.

D'autres éléments (organisationnels) semblent déterminants dans la mesure où ils favorisent ou freinent la fréquentation des lieux par les usagers. Ils ont, dès lors, fait l'objet d'une attention minutieuse dans l'implantation de ces infrastructures à l'étranger et ils devront être déterminés lors de l'élaboration du projet :

- Type **d'intervenants** sociaux encadrant ?
- **L'ambiance** des lieux : doivent-ils être aseptisés, rationalisés, ... ou plutôt chaleureux et conviviaux ?
- La **confrontation** d'utilisateurs de produits différents (séparation des consommateurs d'héroïne et des consommateurs de cocaïne, par exemple) ou utilisant des modes de consommation différents (injecteurs vs fumeurs p. ex.) ?
- La **réglementation** des lieux (interdiction d'injecter un pair, interdiction d'injecter des produits de substitution, âge minimal autorisé, ...) ?

Voici quelques règles communes aux Locaux de consommation de différents pays :

- Aucun partage de matériel d'injection.
- L'accès est généralement restreint aux utilisateurs de plus de 18 ans qui ont déjà utilisé des drogues injectables.
- Tous les utilisateurs doivent s'inscrire à l'arrivée
- Aucun trafic de drogues sur les lieux
- Pas d'échange de drogues
- Accès souvent limité aux injecteurs locaux.
- Aucun alcool sur les lieux
- Aucune violence verbale ou physique ni autres activités illégales.
- La **mixité** des lieux (hommes/femmes) ?
- **L'implantation géographique** et les **horaires** envisagés ? sachant que ce type de structure se heurte généralement à un réflexe NIMBY (*Not In My Backyard*, pas dans mon jardin).
- Le type de collaboration envisagée avec les **forces de l'ordre** ?

Pour illustrer les limites susceptibles de se poser en termes de fréquentation, une enquête réalisée dans le cadre d'une étude de faisabilité pour l'implantation d'un « Lieu de Consommation Supervisé » à Francfort indiquait que l'échantillon interrogé « *préfère continuer à consommer dans des lieux publics ou semi-publics que dans les Lieux de consommation supervisés (LCS) parce que les horaires d'ouverture sont trop limités, qu'il faut attendre pour consommer, que les LCS sont trop loin de leurs habitudes d'achat et de consommation, qu'il est interdit de partager ses produits avec d'autres usagers, qu'il y a trop de monde et trop de bruit et que les personnes en traitement de substitution à la méthadone non pas le droit d'y aller* »¹⁷

Ceci illustre les limites qu'un tel projet peut rencontrer au regard du public auquel il s'adresse. Par ailleurs ce type de projet peut troubler la compréhension des usagers. En effet, les motivations politiques sous-jacentes leur semblent suspectes puisqu'il s'agit de mettre en place des services perçus comme visant la facilitation d'actes socialement et légalement répréhensibles.

La question du personnel encadrant est exacerbée par ce type de projet qui nuance la **distinction entre le licite et l'illicite** et qui pousse plus loin les principes de la RDR. En effet, il semble plus délicat pour les usagers d'envisager la présence d'intervenants au moment de leur consommation. L'étude canadienne¹⁸ insiste sur cet aspect et indique les craintes formulées par les usagers à l'égard de tout ce qui pourrait être interprété comme « des sollicitations thérapeutiques », comme de « la surveillance » voire comme des « jugements moraux ».

Les effets positifs qui sont généralement attribués à ce dispositif sont les suivants :

- ✓ Prévention des accidents fatals entraînés par les overdoses : selon les études réalisées dans différents pays (Allemagne, Suisse notamment), il y a une corrélation entre la mise en place des locaux de consommation et une diminution générale des décès liés à la consommation de drogues.
- ✓ Amélioration de la prise en charge médicale des usagers de drogues (soins médicaux d'urgence, service de santé de base,...) : dans cette perspective, les observateurs

¹⁷ BERTRAND B., « ...On peut franchir le pas, faire un essai », Juillet 2005 page 109

remarquent que les Locaux de consommation réduisent les risques associés à l'utilisation de drogues tels que le partage de seringues, la mauvaise élimination des seringues, ...

- ✓ Réduction de la transmission des infections : bien qu'aucune conclusion ferme quant à l'impact des Locaux de consommation sur la propagation des maladies infectieuses. L'ensemble des études sur le sujet indique néanmoins que ces dispositifs favorisent des pratiques d'injection et des pratiques sexuelles plus sécuritaires auprès des usagers
- ✓ Diminution de la visibilité de la consommation dans les lieux publics (ce qui réduit aussi l'abandon dans ces lieux du matériel usagé) : les locaux de consommation contribuent à la diminution de la criminalité et des problèmes d'ordre public (consommation de drogues en public, seringues souillées abandonnées dans ces lieux, ...)
- ✓ Amélioration de la rencontre des publics les plus exclus (et a fortiori leur prise en charge à plus long terme).
- ✓ Favorise l'accès aux structures de traitement ou l'orientation des plus marginalisés vers celles-ci. Au travers de leurs expériences, les structures « à bas seuil d'accessibilité » constatent qu'en dépit du fait qu'aucune demande ne conditionne l'accès des usagers, ceux-ci parviennent rapidement à entreprendre des démarches spontanément.
- ✓ Notons en outre que ces dispositifs, là où ils existent, n'impliquent pas une augmentation de la criminalité liée au trafic de drogues ni une augmentation des populations consommatrices.

V. Aspects législatifs liés à la mise en œuvre d'un tel projet

Le rapport réalisé par *l'Observatoire liégeois de prévention et de concertation sur les drogues* offre une bonne synthèse des aspects légaux préalables aux discussions sur ce sujet. L'objectif de ce document n'est pas d'aborder les débats d'ordre éthique sur ces structures autorisant, de façon légale, la consommation de produits illégaux, mais bien de réfléchir sur la conformité de ces structures vis-à-vis de la législation nationale et internationale.

En analysant les traités internationaux, ses auteurs affirment que « *le Plan d'action de l'Union Européenne en matière de lutte contre la drogue 2005-2008, le Parlement Européen en 2003, les obligations constitutionnelles, la Déclaration Universelle des droits de l'homme sont*

¹⁸ CARRIER N., « *Se shooter en présence d'intervenants ! ? Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal* », CRAN., Montréal.

autant de sources bibliographiques, non exhaustives, rendant possible et encourageant des décisions destinées à promouvoir l'implantation de salles de consommation ».

Pus concrètement :

- Les **Conventions des Nations Unies** qui tracent les grandes lignes du prohibitionnisme international entrent d'emblée en conflit avec l'idée d'une structure qui tolère l'usage de drogues. Par ailleurs, lorsque l'on considère l'Article 14 de la Convention de 1988, qui mentionne l'obligation faite aux Parties d'adopter les mesures appropriées pour supprimer ou réduire la demande illicite de stupéfiants et de substances psychotropes en vue de réduire les souffrances humaines, il semble possible aux pays signataires de s'écarter des prohibitions systématiques. Une marge de manœuvre existe donc dans le droit international qui permet la mise en œuvre de lieux sécurisés qui tolèrent la consommation de drogues.
- Comme le soulignent les auteurs *« seul, l'OICS¹⁹ s'oppose à la réduction des risques comme « but en soi » et estime qu'une telle stratégie ne doit pas être adoptée aux dépens d'un engagement résolu de réduire aussi bien l'offre que la demande de drogues illicites »*. Mais cet organe n'a pas de pouvoir contraignant. L'OICS considère que l'existence de ce type de local demeure un sujet de préoccupations et répète qu'il s'agit d'une violation des dispositions des conventions internationales relatives au contrôle des drogues.
- Le point de vue de l'Union Européenne qui se manifeste dans son **Plan d'action en matière de lutte contre la drogue** considère *« qu'une stratégie globale couvrant tous les aspects de la prévention de la toxicomanie, depuis la dissuasion d'un premier usage jusqu'à la réduction des effets néfastes de la drogue sur la santé et sur la société, constitue la meilleure réponse possible »*. En outre, au travers de l'objectif de réduire le nombre de décès parmi les toxicomanes, elle encourage les Etats membres à développer des programmes de Réduction des Risques et à adopter de nouvelles expériences dans ce domaine. En d'autres mots, si la législation nationale est adaptée, l'UE ne pourra que soutenir la mise en place

¹⁹ L'organisation Internationale de Contrôle des Stupéfiants (OICS)

de salles de consommation dans la mesure où celles-ci poursuivent la plupart des objectifs présentés ci-dessus.

Revenons brièvement sur les arguments législatifs évoqués par certains des pays qui ont mis en place des locaux de consommation. Dans la plupart des cas, l'approche est nationale (Suisse, Canada, Luxembourg notamment) mais certaines grandes villes (Rotterdam) ont conçu des stratégies locales bien avant l'élaboration d'une stratégie nationale de soutien. Citons deux exemples de législations spécifiques :

Les Pays Bas :

Les premières expériences, menées à Rotterdam dans les années 70 en dépit de l'appui de l'administration municipale et des forces de l'ordre, échouent. C'est en 1996, que la ville ouvre officiellement ce type d'infrastructures qui s'intègre dans le cadre établi pour contrôler le marché des drogues illicites.

Aux Pays Bas, la problématique relève essentiellement des gouvernements locaux (avec l'appui du ministère de la Santé), qui sont compétents pour concevoir, financer et faire fonctionner ces centres. Le ministère de la Justice indique que ces centres seraient tolérés à condition qu'il y ait une entente locale avec le maire, les forces de l'ordre et le représentant du ministère public.

Le Luxembourg

A l'instar de la Suisse, le Luxembourg décline sa politique en matière de drogues sur 4 piliers (prévention, thérapie, prévention des risques et répression). Concernant la Réduction des Risques, l'accent est mis sur l'aide à fournir aux toxicomanes dans l'accueil et le premier secours. Il s'agit notamment d'assurer les conditions d'hygiène optimales pour la consommation de drogues et les moyens nécessaires pour protéger les usagers contre les contaminations infectieuses. *« L'article 3 (de l'accord de coalition) exonère donc de la responsabilité le consommateur de stupéfiants dans un local spécialement agréé par les pouvoirs publics »*. En outre, l'ouverture d'un tel local doit, obligatoirement, s'accompagner d'une surveillance médicale et d'une offre d'assistance sociale et thérapeutique adéquate.

L'Article 7 de la nouvelle loi du 27 avril 2001, établi dans un souci de cohérence une distinction des peines en fonction du lieu de l'infraction : « *seront punis d'une amende (...) ceux qui auront de manière illicite, en dehors des locaux spécialement agréés par le Ministre de la Santé, fait usage d'un ou plusieurs stupéfiants (...) ».*

La Belgique

En Belgique, la politique de Réduction des Risques ne jouit pas d'un cadre législatif et demeure par conséquent ancrée dans un cadre expérimental. Il existe néanmoins un principe d'opportunité qui permettrait de s'écarter d'une prohibition systématique en invoquant l'intérêt de protéger la santé publique et le bien être de la population. Un tel projet suggère un aménagement de la loi de 1921²⁰ afin de permettre la tolérance de la possession de drogues aux fins de consommation dans une structure adéquate. Au regard de la loi, une telle structure serait néanmoins considérée comme une incitation à l'usage de drogues. Plusieurs options peuvent être envisagées afin de garantir la sécurité juridique d'un local de consommation :

- Soit, au travers d'une circulaire des Procureurs Généraux et dans le cadre d'un projet Pilote. Bien que cette voie soit légale, des poursuites pourraient éventuellement être engagées si un acteur (citoyens ou institutions) dépose une plainte en se référant à la loi sur les stupéfiants de 1921.
- Soit en introduisant « une exemption à la loi de 1921 accordant, selon des conditions fixées, le pouvoir de soustraire des personnes de l'application de certaines ou de toutes les dispositions de la loi si des raisons médicales, scientifiques ou l'intérêt public le justifie ». Dans ce cas de figure, des critères clairs et rigoureux devrait être formulés et respectés (objectifs clairs et mesurables, appui politique à l'échelon national, provincial et communal, ...).
- Soit en adaptant l'exposé des motifs relatifs à la pratique de l'échange de seringues à celle des salles de consommation.
- Soit encore, en légiférant « sur les politiques de Réduction des Risques de manière générale »

²⁰ Loi du 24 février 1921 relative au trafic de substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques.

Quoiqu'il en soit, la mise sur pied d'un projet pilote expérimental est généralement d'une durée limitée et soumis à une évaluation scientifique rigoureuse.

VI. Compte rendu des visites de deux projets à l'étranger

a. Description du local de consommation à Rotterdam :

Contexte :

Rotterdam est la seconde ville des Pays-Bas. Elle compte 588.576 habitants (1100.0000 dans l'agglomération). Elle fut longtemps considérée comme le premier port du monde. Sa population se compose pour une grande part de personnes disposant de bas revenus.

Les politiques en matière de drogues furent aux Pays-Bas décentralisées au début des années 80. Par conséquent, Rotterdam (tout comme Amsterdam, Utrecht, La Haye) bénéficie de compétences accrues pour la gestion de cette matière. Historiquement, la Hollande s'inscrit dans une tradition particulièrement respectueuse des libertés individuelles.

Le réseau « Bouman GGZ » comprend 50 institutions œuvrant dans l'agglomération élargie de Rotterdam. Il emploie près de 1000 personnes et s'adresse à plus de 8000 usagers de drogues. L'âge moyen de ceux-ci se situe entre 45 et 50 ans. Le réseau fonctionne sur base de 4 sources de financement (pour un budget total de 62 millions d'€uros) :

- 1) Subvention des autorités locales
- 2) Ministère de la Santé
- 3) Ministère de la Justice
- 4) Ministère de l'Intérieur

La définition générale des assuétudes que nos différents interlocuteurs défendent est en adéquation avec les stratégies mises en place. La dépendance est considérée comme une problématique de santé mentale. La co-morbidité psychiatrique qui est souvent associée aux assuétudes confirme cette conception. La rechute fait également entièrement partie de la « maladie ». Les phénomènes sociaux telles que la marginalisation ou l'adoption de

comportements criminels sont perçus comme des conséquences « cliniques » de ce type de problématique mentale.

De façon cohérente avec cette conception des assuétudes, la « polyclinique » que nous avons visitée offre des soins à long terme, délivrés au cas par cas. En effet, après une étude globale de la situation (psychologique, sociale, ...) de chaque usager, une stratégie de traitement est adoptée. Celle-ci varie d'un individu à l'autre. La prescription de méthadone n'est qu'une des solutions proposées. La buprénorphine par exemple sera plus généralement prescrite à des publics stabilisés.

Cette polyclinique emploie un grand nombre de personnes (principalement des assistants sociaux, des infirmiers, des médecins généralistes, des médecins spécialisés, et des psychiatres). La délivrance de méthadone s'effectue selon différentes modalités (tous les jours, une fois par semaine, sous ordonnance, directement dans le service) en fonction du traitement des usagers. Il est intéressant d'entendre que, selon nos interlocuteurs, les mésusages de méthadone que l'on constate chez nous ont pratiquement disparu ici, mais qu'ils étaient présents il y a 10 ans (la méthadone est utilisée sous forme de traitement en Hollande depuis près de 30 ans).

Chaque service, avec son degré d'exigence, se présente comme l'une des étapes successives d'un « circuit de soin » cohérent et intégré. En outre, le clivage entre le secteur « toxicomanie » (En Hollande, il ne se présente pas comme un secteur spécialisé) et les autres secteurs n'est pas aussi marqué qu'en Belgique. Nous constatons que la méthadone est un outil parmi d'autres. Elle n'est pas prescrite systématiquement. Le circuit qui nous est présenté ici est extrêmement dense et diversifié (du travail de rue aux habitations protégées en passant par les locaux de consommation).

Description du local de consommation :

Le local de consommation est situé dans les mêmes bâtiments que la polyclinique. Le centre se divise en deux locaux : un local d'injection (7 personnes peuvent être accueillies simultanément), un local destiné aux autres modes de consommation (la fumette ou le sniff) (pouvant accueillir 9 personnes simultanément). Les usagers doivent montrer leurs produits (ceci principalement afin d'éviter qu'ils ne se présentent avec pour seule intention de s'en

procurer auprès des autres). Les usagers peuvent rester maximum 2 h de suite, après quoi ils doivent sortir une heure. Les toilettes et les deux locaux sont munis de caméras.

Il n'y a pas de médecins en permanence dans le local lui-même, mais plusieurs médecins sont en permanence dans le centre voisin et dès lors disponibles s'il faut intervenir.

Les critères d'admission sont les suivants :

- être sans abri
- être consommateur depuis plus de 10 ans
- disposer d'une « carte de membre ».

Ils ne peuvent pas s'injecter partout, mais peuvent s'entraider. Les usagers ne doivent pas attendre avant et après la consommation. Cette façon de fonctionner ne permet pas de vérifier si la personne est apte à quitter le centre sans risque d'overdose. L'équipe nous signale qu'il n'est pratiquement pas possible de maintenir les usagers dans le centre afin d'agir si un problème surgissait.

Il existe 4 locaux de consommation à Rotterdam. Les contacts avec les forces de l'ordre sont bons. Aucune O.D. mortelle n'a eu lieu. Il y a beaucoup de deals à proximité du centre.

Il n'y a plus beaucoup de personnes qui consomment en rue et les intervenants estiment qu'il est rare de trouver des seringues abandonnées dans les lieux publics.

Un projet pilote de délivrance d'héroïne médicalisée existe à Rotterdam depuis près de 10 ans

b. Description de TOX-IN » à Luxembourg Ville

Contexte et état du phénomène de la drogue au Grand-Duché du Luxembourg

Le **Luxembourg** compte environ 493 500 habitants (janvier 2009). Sa superficie est de 2 586 km². Il s'étend du nord au sud sur une distance maximale de 82 km et sur 57 km d'est en ouest. Chaque jour, près de 150 000 frontaliers rejoignent le Grand-Duché pour y travailler (environ 50% de Français, 26% de Belges et 24% d'Allemands (*moyenne 2008*)). La croissance démographique nationale est principalement le fait de l'immigration. Ainsi, 46%

de la population est de nationalité étrangère. Environ 15 % de l'ensemble de la population est d'origine portugaise et parle le portugais.

Le Grand-Duché du Luxembourg axe sa politique gouvernementale en matière de drogues sur son plan d'action 2005–2009. Cette stratégie nationale s'appuie par ailleurs sur les priorités fixées par le ministère de la Santé et sur une concertation soutenue avec les acteurs de terrain. L'objectif général de ce plan d'action national est de contribuer à atteindre un niveau élevé de protection en termes de Santé publique, de Sécurité publique et de cohésion sociale. Il repose dès lors prioritairement sur quatre axes transversaux : la réduction des risques, dommages et nuisances, la recherche et l'information, les relations internationales et finalement les mécanismes de coordination. Le budget global du Ministère de la Santé alloué aux services et programmes du domaine des drogues et des toxicomanies, est passé de 1.270.169 EUR en 1999 à 7.288.000 EUR en 2008.

Selon les indicateurs épidémiologiques recueillis par le pays, la population des usagers de drogues problématiques (UPDs) se situe entre 2500 et 2800 personnes. Au sein de cette population, les ressortissants portugais avoisineraient les 40%. On observe par ailleurs un accroissement sensible de la proportion de ressortissants français. Les indicateurs affichent un vieillissement de la population d'injecteurs de longue date et une diminution sensible de l'âge des « nouveaux » usagers problématiques. Enfin, les tendances majeures indiquent que l'usage intraveineux d'opiacés associé à une polyconsommation généralisée constitue de loin le comportement le plus fréquent parmi les UPDs répertoriés par le réseau institutionnel. Le passage à l'usage intraveineux s'effectue de plus en plus précocement, surtout en ce qui concerne la cocaïne, mais aussi pour l'héroïne.

Description de Tox-in

Notre interlocuteur, Monsieur Busca, insiste sur la notion de « bas seuil » qui caractérise son institution. Les autres services du réseau ont des exigences « plus hautes » en termes d'accessibilité. Le principe sur lequel s'appuie Tox-in est « l'acceptance », c'est-à-dire le fait « *d'accepter la personne telle qu'elle est* ». Il s'agit d'une approche non directive. Historiquement, la stratégie de Tox-in visait à proposer une alternative en approchant les personnes autrement, c'est-à-dire via le bas seuil. Mr Busca considère que la trajectoire d'un usager de drogues est jalonnée d'allers et retours (entre les cures, les sevrages et les rechutes).

Il est dès lors indispensable d'offrir des espaces permettant d'accueillir les usagers lorsqu'ils ne sont pas en condition de s'engager dans des traitements plus exigeants. De ce principe de « bas seuil » découle un règlement minimal (règles élémentaire de convivialité) et « *une porte ouverte sur la rue* ». Auparavant, la ville a connu une situation compliquée lorsque la gare était abondamment fréquentée par une population extrêmement marginale.

Toxi-in est l'un des services d'une ASBL : le Comité Nation de Défense Sociale (CNDS). Au travers de ses statuts, celle-ci vise à « *aider et à intervenir auprès de personnes en voie de désocialisation ou en désocialisation complète* ». Cette ASBL dispose de plusieurs services : des services d'aide au travail, la cuisine du peuple, la remise au travail via des projets en milieu naturel, des foyers, et ce centre. En 1985, Tox-in proposait des interventions en rue dans les milieux de la drogue et de la prostitution. En 1999, une structure d'accueil fixe, active dans la réduction des risques, a ouvert ses portes afin de proposer une permanence psycho-médico-sociale. Au début des années 2000, la structure s'est dotée d'un abri de nuit d'urgence pour personnes toxicomanes. Une convention avec le ministère de la Santé a permis en 2006, l'installation d'une salle d'injection. Désormais, le centre se décline donc en 3 « départements » : la salle d'accueil de jour (*Abrigado*), l'abri de nuit (*Nuetseil*), et le local d'injection (*Fixerstube*).

Tox-in s'intègre harmonieusement dans le réseau local. Il maintient des contacts réguliers avec les centres de cure ou de post cure, les éducateurs de rue ainsi qu'avec les hôpitaux.

1) L'accueil de jour

L'accueil de jour est ouvert de 13h à 21h, 7 jours sur 7 (samedi, dimanche et jours fériés inclus). Cet accueil remplit la moitié du container. Il fonctionne durant les mêmes horaires que la salle d'injection. Les deux dispositifs sont complémentaires. L'institution ne les imagine pas l'un sans l'autre. A 21h, la salle d'accueil ferme ses portes, « *la nuit s'ouvre* » (voir supra, de 21h à 9h du matin). « *C'est un endroit qui permet de se préserver des rudesses de la rue* ». L'accueil dispose d'un comptoir d'échange de seringues (à titre informatif, sur les 10 premiers mois de l'année 2009, 132.670²¹ seringues ont été distribuées). Il est ouvert sur

²¹ L'échange est assuré par d'autres comptoirs (ouverts en matinée), par des bornes automatiques, par les pharmacies, par les hôpitaux.

l'extérieur. Pendant la nuit, l'échange de seringues se poursuit grâce à l'infirmier (pour les personnes à l'extérieur).

L'accueil ouvre officiellement de 15h à 21h, mais à partir de 13h, des usagers s'y présentent pour des rendez-vous particuliers. Il y a entre 4 et 5 personnes pour encadrer l'accueil. A peu près 300 personnes différentes fréquentent quotidiennement le centre. Le profil de l'équipe se compose d'éducateurs spécialisés, de psychologues, d'infirmiers et d'infirmiers psychiatriques. Il n'y a par contre pas d'assistants sociaux. Pourtant, le contact génère énormément de demandes (c'est d'ailleurs l'un des constats majeurs : les structures à « bas seuil » induisent énormément de demandes spontanées). L'ensemble des problématiques (de logement, d'assuétudes, judiciaires ou financières) peuvent être prises en charge jusqu'à un certain point. Tox-in gère, par exemple, une trentaine de revenus. Elle est également en mesure d'orienter vers l'ensemble des autres services du réseau (hôpitaux, ...). Une des priorités sur laquelle Tox-in met l'accent, est la préservation de l'assurance maladie de l'utilisateur.

Un des problèmes auxquels ce centre doit faire face est le fait que l'accueil attire une population qui ne fait pas partie de son groupe cible (personnes sans papiers, population à la rue qui n'est pas consommatrice de drogues illicites, ...). En outre, étant donné la pluralité linguistique et culturelle du Luxembourg, le centre est obligé d'établir des collaborations privilégiées avec d'une part la Belgique (pour les usagers qui ne parlent que le français) et l'Allemagne (pour ceux qui ne s'expriment qu'en allemand).

Hormis la salle d'accueil, le bâtiment comprend un bureau (pour les entretiens individuels), 2 douches, 2 toilettes et une infirmerie (sachant que cette population éprouve généralement d'énormes difficultés lorsqu'il s'agit de consulter les structures traditionnelles du secteur médical). Le centre dispose aussi d'un local permettant à ses usagers de déposer leurs effets personnels.

2) La Salle d'injection (cfr. Annexe 2)

La salle d'injection suppose une augmentation importante des règles. Le cadre qui régit le lieu est désormais médical. Les usagers qui y ont accès souscrivent à un contrat lors de leur premier contact. L'existence de celui-ci ne dissuade personne.

L'implantation d'une salle d'injection induit une modification de loi (le local est défini comme une « *zone de tolérance* »), l'institution doit dès lors prendre toutes les garanties que sa responsabilité suppose. Si une personne décède après avoir consommé au sein du local, la police doit venir sur les lieux. L'institution doit quant à elle être capable d'identifier la personne. Etant donné que beaucoup de personnes utilisent cette salle, il est nécessaire de disposer d'une photo. Le contrat reprend donc les données élémentaires qui se rapportent à la personne. Celui est enregistré dans un fichier sécurisé (ce fichier n'est donc pas accessible au force de l'ordre). L'institution a d'ailleurs une convention avec la police (voir Annexe 3).

Le local d'injection est presque entièrement subsidié par le ministère de la Santé. Le projet est né sous la forme d'un projet pilote, il se trouve désormais à un moment clef de son évolution. Le projet pourrait enfin obtenir de vrais bâtiments et des garanties plus solides quant à sa pérennité.

Les usagers entrent par une porte et sortent par une autre porte, le circuit fonctionne en sens unique. A l'entrée, les personnes se présentent au comptoir et doivent montrer leur produit. Les personnes qui veulent partager peuvent faire leur partage au comptoir et doivent ensuite se replacer dans la file.

Ensuite, les usagers doivent se laver les mains à l'eau chaude (pour accroître le flux sanguin) et les désinfecter. Elles peuvent avoir un garrot en prêt (en échange d'une caution ; un paquet de cigarette p. ex.). Dans la salle d'injection, il y a 7 places. Les usagers peuvent avoir un paravent s'ils réclament plus de discrétion (pour s'injecter dans l'aîne ou les seins, par exemple) Le silence est imposé. Si une personne se lève avec une aiguille en main elle est immédiatement mise à la porte. Une fois l'injection finie, les personnes reçoivent du matériel désinfectant afin de nettoyer leur place.

Dans la salle de consommation, trois accueillants assurent la période d'ouverture. Il y en a toujours deux dans le bureau et un dans la salle. L'équipe essaye de faire en sorte qu'il y ait toujours un infirmier. Les personnes peuvent rester un certain temps, mais étant donné le nombre de places, elles ne peuvent s'y éterniser. Les personnes qui manifesteraient des problèmes suite à leur consommation sont néanmoins suivies dans la salle d'accueil (en dehors de la salle de consommation) par les collègues qui y sont présents. La consommation des différents produits (héroïne, Cocaïne, ...) n'est pas séparée. D'ailleurs, le Luxembourg

constate, comme la Belgique, qu'il n'existe plus vraiment de personne ne consommant qu'un seul produit. La polyconsommation est aujourd'hui une pratique généralisée.

L'ensemble du matériel de réanimation se trouve dans la salle de consommation. Tous les travailleurs ont suivi une formation afin de pouvoir l'utiliser (qu'ils soient infirmiers ou pas). En moyenne, les travailleurs sont amenés à effectuer 5 à 6 interventions de réanimation par mois. Il n'est pas rare que les éducateurs du centre interviennent en rue avec ce matériel lorsqu'on leur signale une OD ou un malaise. Les différents systèmes d'urgence se trouvent à proximité de la structure (moins de 10 min). Ils sont en outre habitués à intervenir. Auparavant dès qu'un service faisait appel aux urgentistes, ceux-ci intervenaient accompagnés de la police. Or, aujourd'hui, une convention avec les forces de l'ordre a mis un terme à l'aspect systématique de ce mode d'intervention (puisque chaque malaise qui se produit dans la salle d'injection sous-entend une « consommation de drogues »). Les relations avec la police sont d'ailleurs plutôt bonnes : ceux-ci tirant des bénéfices de la mise en œuvre du projet (« nettoyage » de la gare, disparition des scènes sauvages de la drogue, ...).

Enfin, les travailleurs se donnent le droit de refuser qu'une personne consomme si son état ne semble pas opportun.

Le projet luxembourgeois ne prévoit comme mode de consommation que l'injection. Les personnes n'ont pas la possibilité de fumer, ni de sniffer. Le nouveau projet introduit par Tox-in prévoit cette possibilité (dans des espaces distincts). Le fait de coupler le projet de local d'injection à un dispositif « bas seuil » d'accueil est essentiel parce qu'il permet de ne pas réduire le projet à sa seule dimension sanitaire.

Selon notre interlocuteur parmi le public qui fréquente la salle de consommation, on retrouve des personnes qui disposent d'un domicile et d'un travail et qui veulent consommer dans un endroit distinct de leur foyer. Par contre, malgré les avantages offerts par cette salle, il y aura toujours des personnes qui consommeront à l'extérieur pour la convivialité ou par rituel.

3. L’abri de nuit

A 21h l’accueil de jour ferme ses portes et l’abri de nuit ouvre les siennes (seuls l’infirmierie et le dépôt restent également ouverts). 3 personnes assurent « la nuit ». Toutes les personnes qui travaillent (17 postes) à Tox-in tournent dans les 3 départements de l’institution. Les lits disponibles dans l’abri sont prioritairement destinés au public cible de tox-in. Si des lits demeurent inoccupés ils peuvent être octroyés à d’autres personnes. Chaque personne peut réserver son lit pour le lendemain (cela reste de l’urgence). Si à 23h ils ne sont pas venus réclamer leur place alors celle-ci est donnée à une personne qui est sur la liste d’attente.

Il y a 6 chambres de 7 lits chacune (42 lits en tout). Une de ces chambres est réservée aux femmes, mais il n’est pas rare que quelques femmes utilisent des lits dans une chambre d’hommes. Au Luxembourg il y a très peu de structures qui proposent de l’hébergement. Cette structure est totalement dédiée aux usagers de drogues. Les personnes qui ne sont ni luxembourgeoise, ni toxicomane n’ont dès lors pas d’autres solutions que de dormir en rue.

A l’heure actuelle, les riverains manifestent leur mécontentement face à la concentration des publics marginalisés à Bonnevoie et aux nuisances que ceux-ci engendrent dans le quartier.

VII. Le Profil des usagers participants à l’échange de seringues

Initialement, le dispositif d’échange de seringues définissait son public cible comme étant « *les usagers de drogues par voie intraveineuse et plus particulièrement les plus marginalisés d’entre eux* ». Revenons sur les traits majeurs qui caractérisent ce public selon l’idée qu’il s’apparente dans une large mesure à celui qui fréquentera un local de consommation.

Le tableau qui suit reprend le nombre de personnes que le « Carolo Rue » et « Le Comptoir » rencontrent chaque année. L’addition du nombre annuel de personnes rencontrées par les deux services comprend inévitablement un certain nombre de « doublons » qu’il nous est impossible d’identifier. Dès lors, les totaux annuels doivent être interprétés avec prudence. Ils doivent être envisagés comme un indicateur du taux de fréquentation cumulé des deux services

Nombre de personnes participant au dispositif

	Carolo Rue	Le Comptoir	Total
2002	182	379	561
2003	203	389	592
2004	161	419	580
2005	183	489	672
2006	158	482	640
2007	159	472	631
Total	1049	2630	3679

Depuis 2002, **400.827** seringues ont été distribuées par les deux services du dispositif. L'augmentation annuelle des seringues distribuées nous laisse supposer un accroissement de la demande. Or le nombre d'utilisateurs participant au dispositif demeure relativement stable depuis 2005. Ce constat suggère que la sensibilité des usagers et leur conscience des risques encourus par l'injection s'améliorent. Ils mettent dès lors tout en œuvre pour disposer d'une seringue neuve à chaque injection.

Seringues distribuées

	Carolo Rue		Le Comptoir		Total
2002	10.530	23%	34.027	77%	44.557
2003	9.088	26%	25.306	74%	34.394
2004	5.660	9%	53.815	81%	59.475
2005	7.592	9%	73.947	81%	81.539
2006	6.361	8%	69.271	82%	75.632
2007	7.473	7%	97.754	93%	105.227
Total	46.707	11%	354.120	89%	400.827

a). Sexe,

Depuis 2002, le Carolo Rue rencontre en moyenne **19%** de femmes (ce qui représente un effectif de 25 personnes environ). Cette proportion diminue légèrement d'année en année (les femmes ne représentent plus que **11%** du public de ce service en 2007). Le Comptoir rencontre en moyenne **25%** de femmes (ce qui représente approximativement 120 femmes différentes par an). Cette proportion a également tendance à diminuer, mais elle demeure sensiblement plus élevée qu'au Carolo Rue. La « sous-représentation » du public féminin est un phénomène généralement constaté par les services spécialisés dans les assuétudes. Afin

d'expliquer la prédominance des hommes dans ce type de service, plusieurs hypothèses sont couramment avancées :

- Les femmes ont tendance à cacher leurs problèmes, et même dans des états de vulnérabilité extrême, elles mettent en œuvre diverses stratégies (recherche d'un compagnon, soutien de la part de leur entourage, ...) ²². Lorsqu'elles ont des enfants, elles ont davantage la possibilité de recourir à des programmes d'aide spécifiques.
- Selon diverses études européennes, le principal motif pour lequel les femmes s'abstiennent de solliciter une assistance est leur volonté de ne pas manquer à leurs devoirs maternels. Un grand nombre de femmes qui accèdent à un traitement ambulatoire pour remédier à leur consommation de drogue ont des enfants (cfr. supra). En ce sens, la question de la prise en charge des enfants constitue un aspect crucial à prendre en considération pour la configuration des services attentifs aux besoins des femmes.

Cette faible proportion résulte également du fait que beaucoup des femmes qui vivent en rue et consomment des substances psychoactives, poursuivent des activités liées à la prostitution. Elles sont dès lors davantage prises en charge par les institutions qui travaillent dans ce secteur (Espace P, Icar et Entre-2). Cependant, notons que les femmes rencontrées par les éducateurs en rue sont éprouvées par leur mode de vie. Elles semblent particulièrement vulnérables et abîmées.

b). Age

- La majorité des usagers que rencontre le Carolo Rue ont entre 26 et 35 ans (**62%** en moyenne). Cette tranche d'âge diminue constamment au profit des « 36-45 ans » qui représentent un tiers des personnes en 2007 (+ **24%** depuis 2002). La moyenne d'âge évolue également et passe de 30 ans en 2002 à 33 ans en 2007. **16%** du public du Carolo Rue a entre 16 et 25 ans. Le vieillissement du public participant à l'échange de seringues semble dès lors manifeste.

- Près de la moitié (**48%**) des usagers du Comptoir ont entre 26 et 35 ans. Les personnes âgées entre 36 et 45 ans représentent **34%** du public. Le vieillissement du public est indéniable. Pourtant, la catégorie des 16-25 ans représente toujours en 2007 près de **16%** des usagers du Comptoir.

Bien que le vieillissement des usagers touche les deux services²³, la population du Carolo Rue est proportionnellement plus jeune que celle du Comptoir. En effet, **76%** en moyenne des usagers du Carolo Rue ont moins de 35 ans, alors qu'ils ne sont que **58%** au Comptoir. Nous formulons l'hypothèse selon laquelle le public du Carolo Rue, composé essentiellement de personnes vivant en rue, se caractérise par son jeune âge.

Lorsque l'on considère l'âge des nouveaux contacts du Carolo Rue, celui-ci est proportionnellement plus jeune (**26%** en 2007) que celui de l'ensemble de sa population (**16%** en 2007). Ceci peut sembler logique, cela prouve en tout cas que le service est en mesure de rencontrer des usagers dont la consommation en intraveineuse est relativement récente.

c). Provenance géographique des usagers

Depuis l'origine du projet, ses promoteurs entendent étendre la distribution aux régions périphériques de Charleroi. Les deux antennes rencontrent une majorité d'usagers issus du centre ville (**75%** pour le Comptoir, et **80%** pour le CR). La proportion restante du Comptoir provient généralement de régions proches de Charleroi (Couvin, Chimay, La Louvière). Dans ces régions les produits semblent moins accessibles, ce qui poussent certaines personnes à se rendre à Charleroi et à profiter dès lors de son dispositif d'échange de seringues. Dans la région, seul Châtelet dispose également d'un dispositif d'échange de seringues dont se charge les éducateurs de rue (SALMO). Un certain nombre d'usagers proviennent de Bruxelles et de Liège. Les personnes en contact avec le Carolo Rue qui ne proviennent pas de Charleroi, sont néanmoins issues de l'entité (Marcinelle, Gilly, Marchinienne, ...). Ce service rencontre moins d'usagers originaires de régions géographiquement plus éloignées.

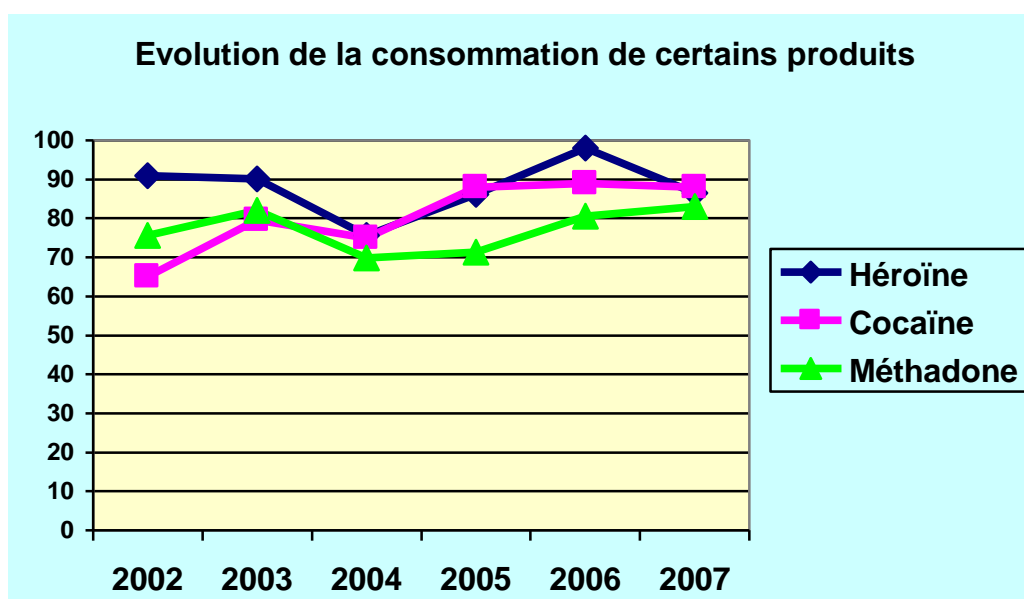
²² FEANSA : « L'évolution des profils des sans-abri »

²³ De façon plus générale, l'ensemble des services du secteur assuétude local est confronté au vieillissement constant de leur public. En effet, l'enquête Sentinelle révèle une augmentation de 8 ans de l'âge moyen (9 ans

A l'origine du projet, certains craignaient un phénomène « d'appel d'aire » qui aurait attiré des usagers de drogues résidents à l'extérieur de la Ville. Or, cette crainte ne s'est pas confirmée (en atteste les chiffres mentionnés plus haut).

d). Consommation

Le projet est destiné, comme nous l'avons déjà évoqué, aux usagers de drogues qui consomment par voie intraveineuse. Selon les chiffres du Carolo Rue, qui représentent le seul indicateur précis de la consommation des usagers dont nous disposons pour l'ensemble de la période 2002-2007, cette définition est respectée. En effet, l'ensemble des usagers participant à l'échange consomme par intraveineuses. Plus précisément, parmi ceux-ci, **90%** injectent l'héroïne, **90%** injectent de la cocaïne et **5%** de la méthadone²⁴. Certaines tendances touchent la consommation des différents produits :



pour l'âge médian et l'âge modal) du public en contact avec le réseau d'aide et de soin, sur la période allant de 1997 à 2007.

²⁴ La question de l'injection de la méthadone est délicate. Cette pratique est considérée comme un effet pervers important résultant de ce traitement de substitution. Autrement dit, l'introduction de la méthadone comme traitement de substitution est liée à l'émergence de nouvelles problématiques et de comportements à risque particuliers. En effet, la méthadone est généralement prescrite en « gélule ». Sous cette forme, la préparation doit comporter l'adjonction d'un gélifiant (hydroxypropylcellulose, carboxyméthylcellulose ou glucomanne) qui entrave l'injection du produit. Or, la proportion de patients qui s'injecte néanmoins le produit ne semble pas négligeable (celle-ci est estimée entre 5% et 50% parmi les populations les plus marginales). Et nous savons justement qu'une fois injectée, la méthadone induit des pathologies spécifiques (abcès au site d'injection, principalement).

La consommation d'héroïne accuse une légère diminution (**86%** en 2007). Elle figurait comme étant le produit le plus consommé par la population du dispositif, or la consommation de cocaïne, qui n'a cessé d'augmenter, la supplante désormais (**88%** en 2007). Cette tendance a tout de même des conséquences puisqu'on considère généralement que les consommateurs de cocaïne injectent plus souvent et avec moins de précautions que les injecteurs d'héroïne. La méthadone est désormais consommée par **83%** des usagers. Cette proportion importante s'explique par l'usage de plus en plus étendu de la méthadone dans le cadre des traitements de substitution. Notons néanmoins, que parmi les consommateurs de méthadone, **17.5%** déclarent s'en procurer sans prescription médicale.

L'une des tendances les plus significatives constatées par l'ensemble des services de la région est l'augmentation de la polyconsommation parmi les usagers. En effet, si dans le passé, on pouvait identifier des catégories d'usagers en fonction du produit consommé (on parlait alors des « héroïnomanes », des « cocaïnomanes »), il semble qu'aujourd'hui les usagers ne sont plus autant liés à un produit unique. Le choix des produits semble désormais lié à leur accessibilité, leur prix ou encore leur qualité. Pour donner une estimation du phénomène, au sein de la population du Carolo Rue participant à l'échange de seringues, **86%** des personnes déclarent consommer actuellement entre 3 et 6 produits (contre **4.4%** pour « un seul produit »). Cette tendance complique encore davantage les modalités de traitement (en termes de substitution notamment) et de prise en charge (il devient de moins en moins évident de déterminer le produit qui pose le plus de problèmes à l'utilisateur).

Ce constat permet de nuancer les recommandations initialement formulées qui visaient à distinguer, au sein d'un local de consommation, les publics en fonction des produits qu'ils consomment.

e) Efficacité du dispositif d'échange de seringues dans la promotion de pratiques plus sûres

Une large franche du public rencontré tant par le Carolo Rue que par le Comptoir se caractérise, comme nous le venons de le voir, par ses conditions précaires d'existence. Le mode de vie dans lequel leurs consommations les entraînent, conduit inévitablement à la persistance de pratiques de partage de seringues, et a fortiori du matériel connexe. Nous savons par ailleurs que la mise en commun du matériel de préparation et la réutilisation des

filtres notamment peuvent être des vecteurs potentiels des infections par le VIH ou les virus des hépatites B et C. Les chiffres qui se rapportent à la distribution du matériel connexe étant bien inférieurs à ceux des seringues, nous faisons l'hypothèse que les connaissances des usagers à l'égard des risques liés au partage de l'ensemble du matériel pourraient encore être améliorées. Par ailleurs, notons que, hormis les stéricups, l'ensemble de ce matériel peut être acheté en pharmacie.

Les stratégies de Réductions des Risques s'attachent à faire évoluer les pratiques d'injection dans le sens d'un usage personnel et unique de l'ensemble du matériel. En outre, d'autres constats prouvent que la mise à disposition du matériel stérile n'est pas le déterminant exclusif du non-partage des seringues. D'autres facteurs peuvent s'avérer déterminants : évoquons la mise en commun de produits pour des raisons économiques (achat de produits en commun), mais aussi les usages sociaux de l'injection qui sont liés aux aspects rituels et conviviaux²⁵ de ce mode de consommation. Enfin des facteurs environnementaux (augmentation de la consommation de cocaïne, absence d'alternatives locales telles que les pharmacies, éloignement ponctuel des lieux de consommation) peuvent également s'avérer déterminants. Ces pratiques par la mise en commun des produits, des récipients de préparation ou de l'eau de dilution contaminée, constituent un mode de transmission indirect du VIH et des hépatites, en dehors de la notion stricte de partage de seringues. Pour ces raisons, les messages de prévention qui accompagnent l'échange de seringues, demeurent essentiels. Selon les travailleurs du dispositif, les jeunes consommateurs sont plus désinvoltes et prennent moins de précautions que les personnes impliquées dans l'usage de drogues depuis de longues années. De façon générale, la stérilité semble loin d'être acquise pour l'ensemble des usagers.

²⁵ Dans une recherche qualitative remarquable, Patricia Bouhnik étudie les déterminants sociaux et psychologiques de l'injection. Ce travail se base sur l'hypothèse « *que l'usage de seringue est contributive du sens et constitutive de l'ancrage dans la pratique de consommation* ». Ainsi, selon l'auteur un ensemble de mécanismes (émotionnels, culturels, sociaux et environnementaux) participe à engager et à maintenir la consommation de produits psychoactifs par cette voie. Dans cette perspective, l'injection peut être considérée comme un but en soi et non plus exclusivement comme un vecteur ou un moyen d'administration. BOUHNİK P., *Sous le signe du « matos », Contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psychoactifs*, OFDT, 2002 et BOUHNİK P., *Toxico, le goût et la peine* Editions La Découverte, 2007

VIII. Le Point de vue des consommateurs et des professionnels

Afin de consulter l'avis des consommateurs et des professionnels, nous avons réuni des Focus-Groupes. Un *Focus-Group* vise à confronter les opinions et les représentations de différentes personnes dans l'hypothèse que leurs points de vue seraient sans doute divergents et que les débats qui en résulteraient alimenteraient la réflexion.

Au travers de cet outil, il s'agit de collecter un maximum d'informations afin de rendre compte de l'opinion de différents acteurs face à un tel projet. En outre, c'est sur base de l'expérience de ceux-ci que les hypothèses permettant d'orienter le projet émergeront. Un premier groupe réunissant les usagers a été réuni. Dans un second temps, un ensemble représentatif des professionnels du secteur « toxicomanie » a été rassemblé. Comme nous avons déjà pu le constater, les réactions des participants sont nécessairement différentes et elles illustrent la variété des points de vue philosophiques (voire idéologiques) qui caractérise le réseau local.

8.1. Le point de vue des usagers

Préalablement à la tenue du Focus groupe « Usagers », un questionnaire avait été soumis à ceux-ci dans le cadre des *Opérations Boules de Neige*. Les résultats que celui-ci a mis en avant, sont les suivants :

N = 59 formulaires

1. Où consommez-vous habituellement ? (*une seule réponse possible*)

- Chez vous = **60%**
- Chez des amis = **47%**
- Dans la rue (ou dans des lieux publics) = **17%**
- Dans des squats = **15%**
- Autre : **Toilettes publiques**

2. Comment imagineriez-vous un « local de consommation » ?

- Des espaces différents en fonction des modes de consommation (injection/fumette) = **32%**

- Des espaces différents en fonction des produits consommés = **27%**
- Une salle commune avec des tables et des chaises. = **23%**
- Des compartiments privés = **24%**
- Autres :

3. Où devrait se trouver un tel lieu, selon vous ? (une seule réponse possible)

- Ville Haute : **35%**
- Ville Basse : **35%**
- A l'extérieur de la ville : **20%**
- Autres : **Centre Ville (4) , 1 Ville B et 1 Ville H (5)**

4. Quels seraient ses horaires d'ouverture ? (une seule réponse possible)

- De 11h à 16h **30%**
- De 12h à 18h **29%**
- De 17h à 22h **8.5%**
- De 19h à 24h **7%**
- De 8h à 13h **1.5%**
- Autres : **12h-24h, 8h-20h, 10h-19h**

5. Quels types de personne pourraient y travailler ?

- Des éducateurs **63%**
- Des médecins **44%**
- Des anciens consommateurs **30%**
- Des infirmiers **27%**
- Des Assistants Sociaux **20%**
- Des jobistes **20%**
- Autres : **des bénévoles, tout sauf des consommateurs**

6. Pensez-vous qu'un tel lieu sera fréquenté ? **oui 75%**

non 25%

Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

- Afin de consommer dans des conditions d'hygiène favorables = **57%**
- Afin de consommer dans un environnement sécurisé = **39%**
- Pour disposer du matériel nécessaire = **34%**

- Afin d'être assisté en cas d'overdose = 27%
- Pour bénéficier d'une aide médicale = 27%
- Pour ne pas abandonner du matériel dans des lieux publics = 27%
- Pour pouvoir discuter avec d'autres personnes = 27%
- Pour être moins stressé pendant la consommation = 25%
- Pour ne pas être vu par d'autres personnes = 17%
- Pour entreprendre des démarches = 15%
- Autre : **afin de ne pas consommer devant des enfants ou des mineurs**

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

- Crainte d'une surveillance policière éventuelle = 57%
- A cause des horaires et/ou de l'endroit = 18%
- Crainte de voir d'autres personnes = 12%
- Crainte de consommer devant des travailleurs sociaux = 3.3%
- Préfère consommer dans d'autres endroits = 5%
- Autre : **peur d'être jugé, préfère consommer chez soi**

Les questionnaires adressés aux usagers ont révélé des résultats intéressants. Par ailleurs, les questionnaires papiers ont donné lieu à un certain nombre d'entretiens oraux. De ceux-ci émanaient les constats suivants :

En premier lieu, les usagers remettent en question la notion de « centre » que nous avons adoptée pour qualifier le projet. Les usagers trouvent en effet cette notion ambiguë : les centres étant généralement des lieux visant l'abstinence ou le sevrage, ils trouvent paradoxale de parler de « centre de consommation ». La notion de « local de consommation » leur semble dès lors plus adéquate.

Les éléments évoqués par les usagers pour exprimer leur accord **en faveur** d'un tel projet sont les suivants :

- Beaucoup d'usagers sont soucieux de diminuer l'abandon du matériel usagé dans les lieux publics.

- Ils évoquent également une possibilité de rassurer la population, en évitant une visibilité intempestive du phénomène.
- Ils accordent une importance à l'amélioration des conditions d'hygiène liées à leur consommation qu'ils jugent souvent déplorables. Beaucoup d'entre eux estiment éprouver beaucoup de stress et d'angoisse pendant la consommation, ce qu'ils perçoivent comme autant de facteurs à risque.
- Un tel projet leur permettrait de sortir d'une illégalité constante et pesante.
- Ils sont nombreux à évoquer le sentiment d'insécurité qu'ils éprouvent constamment. Celui-ci pourrait être amélioré par un tel lieu.
- Certains évoquent le fait qu'un tel projet leur permettrait d'éviter de devoir constamment partager leurs produits.
- Enfin, beaucoup considèrent que le bénéfice secondaire d'un tel lieu serait la possibilité de rencontrer leurs pairs, de discuter avec les intervenants sociaux et d'entreprendre des démarches.

Les arguments invoqués par les usagers comme des **obstacles** à leur fréquentation d'un tel lieu sont les suivants :

- Ils ne fréquenteraient pas un tel lieu s'il est trop loin (des lieux de vente, ...)
- D'autres craignent d'être confrontés au sein de ces locaux à des personnes qu'ils ne veulent pas voir. Et évoquent la probabilité d'être ennuyés par des « gratteurs » (personnes ne disposant pas de produit).
- Beaucoup craignent le contrôle policier.
- Certains usagers évoquent l'idée de séparer distinctement les consommateurs d'opiacés des consommateurs de cocaïne (d'autres évoquent aussi la nécessité de séparer les usagers en fonction des modes de consommation).
- Ils évoquent souvent les difficultés qui résulteraient, au sein du local, des règlements de compte, des trafics, des incitations, ... Ils craignent plus généralement de voir la violence s'installer dans le local. Dans cet ordre d'idée, beaucoup insistent sur la nécessité de disposer d'un règlement d'ordre intérieur strict.
- Certains n'imaginent pas être vus « pétés » par les autres ou par les intervenants et réclament la possibilité d'une certaine discrétion pendant et après leur consommation.

8.2. Résultats du Focus Groupe « usagers » qui s'est tenu le 23/04/2009

1) Idéalement, comment devrait s'organiser un tel lieu selon vous ?

Les usagers rencontrés imaginent une grande salle (plus grande que la salle d'accueil du Comptoir). La grandeur de la salle se justifie, à leurs yeux, par le succès que ce projet devrait rencontrer en terme de fréquentation. Ils distingueraient les modes de consommation (par des cloisons, par exemple). Il y aurait une salle d'attente avec des portiques (métro) afin que les gens ne rentrent pas en masse. Dans cette salle, il y aurait également la possibilité d'échanger des seringues.

Les personnes qui consomment par injection seraient dans des boxes, les autres autour d'une table. La salle devrait être bien éclairée (pour l'injection). Certains estiment que les personnes qui se connaissent pourraient se réunir dans une salle commune, alors que les autres accéderaient à des boxes individuels (ceci afin d'éviter les éventuels conflits). Les boxes seraient fermés par un rideau et seraient munis de caméra (ou de miroirs inclinés). L'hygiène y serait fondamentale : les usagers devraient (obligatoirement) se laver les mains. Il devrait y avoir aussi des douches.

Il pourrait y avoir de la musique. De façon plus générale, chacun insiste sur la nécessité d'établir une ambiance calme. Des usagers estiment qu'il devrait y avoir une pièce ressemblant à une « relaxe zone ». Il y aurait une possibilité de manger et de boire quelque chose.

Géographiquement, ce local devrait se trouver à proximité du centre ville (sans être pour autant au centre ville). Pour d'autres, ce sont les lieux de vente qui devraient déterminer la localisation du local (Rue Turène). Enfin, certains estiment qu'il devrait être à l'écart du centre ville (derrière la gare) pour des raisons de discrétion et afin de limiter les nuisances pour les riverains qu'il induirait. Certains usagers considèrent que Marchienne au Pont pourrait être l'endroit idéal. Pour d'autres ce lieu est trop excentré, les usagers ne mettront pas le prix du billet de train pour s'y rendre. Les usagers imaginent un système de transport (style Urgence Sociale) qui permettrait aux usagers d'être conduit au local de consommation.

Les **horaires** pourraient être les mêmes que ceux du Comptoir. Les usagers savent qu'il serait impossible d'ouvrir 24h/24, et considèrent implicitement que les personnes seraient quand même amenées à consommer à l'extérieur. Certains privilégieraient la matinée et d'autres l'après-midi. L'horaire idéal serait 10h-21h, en sachant qu'à 20h plus personne ne serait accepté. *« Ceux qui sont dans leur trip et qui sont comateux, tu as une heure de temps pour les faire sortir. Il faut une heure de sûreté ».*

Le **personnel encadrant** serait idéalement composé d'éducateurs, d'infirmier et de médecins. Certains usagers insistent sur la nécessité de prévoir un personnel destiné à la sécurisation du lieu *« il pourrait y avoir un climat de violence, du fait que le produit sera présent. Et les éducateurs ne sont pas là pour prendre des coups ».* L'aspect sécuritaire des lieux est une priorité pour les usagers (système d'alarme, portiques, détecteur de métaux, ...).

Les personnes qui ne sont plus en mesure de trouver une veine pourraient demander de l'aide à l'infirmière (ils privilégieraient un personnel féminin). D'autres personnes considèrent qu'il devrait y avoir un psychologue ou un psychiatre disponible. C'est parfois après avoir consommé que les gens sont plus loquaces ou au contraire plus sujet à commettre des infractions à l'extérieur. C'est le personnel psychiatrique qui pourrait selon ces usagers prendre la décision de garder la personne dans le local.

Les usagers considèrent qu'après avoir consommé, les personnes devraient attendre ¼ ou ½ heure. Ceci afin de bénéficier d'une aide en cas de problème. Bien qu'il soit préférable d'obliger la personne, ils considèrent qu'une telle mesure serait difficilement applicable.

En ce qui concerne l'ordre de passage, les usagers sont favorables à un système de ticket. Ils considèrent néanmoins qu'une personne « en manque » ne sera pas en mesure d'attendre son tour et consommera dès lors à l'extérieur. Les personnes devraient aussi annoncer le temps qu'elles réclament pour consommer (de 5 à 10 minutes).

Tous les usagers jugent que les personnes qui accèdent au local devront présenter le produit qu'elles vont consommer. Cela essentiellement afin d'éviter que des personnes utilisent l'endroit pour trouver (gratter) le produit. *« A l'entrée les gens montrent leurs produits et s'ils n'en ont pas, ils rentrent pas. Bon, il y aura des petits malins qui vont se pointer avec de l'aspirine et faire croire qu'ils ont de la coke, et rentrer pour emmerder quelqu'un. »* Aucune façon ne permettrait selon eux de contrôler la véracité et la qualité du produit.

La plupart des usagers estiment que les **mineurs** ne devraient pas avoir accès au local. Les usagers devraient montrer leur carte d'identité. D'autres considèrent que les mineurs seraient accueillis dans une salle distincte. C'est peut-être ce public qui encoure le plus de risques.

Une personne ne pourrait pas en injecter une autre. Les problèmes liés à la responsabilité seraient trop compliqués, « *celui qui fait l'injection ne sait pas ce qu'il y a dans la pompe, c'est compliqué* ». Les personnes pourraient s'injecter n'importe où ; Les boxes permettraient une certaine discrétion.

Pour quelles raisons vous (ne) fréquenteriez vous (pas) un tel lieu ?

Des usagers considèrent qu'un tel projet donnerait une image négative à la Ville de Charleroi. Ils jugent qu'en outre ce local aurait un rôle incitatif et que la consommation augmenterait. Dans le même ordre d'idées, ils pensent que les personnes qui fréquenteront ce local seront stigmatisées et cataloguées. Ce projet générerait des tensions parce qu'il attirerait des consommateurs d'autres régions. C'est pourquoi, ils imaginent qu'un critère d'accessibilité serait le fait de résider à Charleroi.

Le contrôle de la police est perçu comme un obstacle majeur. Au Comptoir, les usagers considèrent qu'ils ne sont pas forcément catalogués comme des consommateurs, ils n'ont pas de produit sur eux.

D'autres usagers déclarent qu'ils ne fréquenteraient pas le local si certaines personnes avec lesquelles ils sont en conflit y sont.

Les usagers qui ont un domicile affirment qu'ils n'auraient pas besoin d'un tel local, mais ils jugent que ce projet est pertinent pour les personnes qui vivent en rue. « *Cela me fait de la peine quand je vois les copains avec leurs doigts tout noir. Cela m'est déjà arrivé, je n'étais pas bien, je pleurais même* ».

Un aspect positif valorisé par les usagers est la possibilité qu'offre un tel local de diminuer l'abandon de seringues usagées dans les lieux publics et la diminution de la visibilité du phénomène.

Les usagers sont sensibles aux objectifs de santé publique poursuivis par un tel projet : « *pour les jeunes consommateurs c'est utile. On est un peu égoïste, nous ne voulons pas que les jeunes rentrent dans ce p..... de b.... Ce serait comme faire de la publicité, mais on éviterait des morts. Imagine que j'ai un enfant de 15-16 ans, si je sais qu'il consomme, je ne vais pas lui interdire de consommer parce qu'il le fera quand même. Je préfère qu'il le fasse dans des conditions propres que de la savoir consommer dans un squat. D'un côté c'est de l'incitation, mais d'un autre, celui qui vient, il a déjà sa consommation en poche* ».

8.3. Le point de vue des professionnels

Compte rendu du Focus Groupe Professionnel

10 personnes étaient présentes et représentaient les institutions suivantes : l'ASBL Le Comptoir, Le Carolo Rue, le Carolo Contact Drogues, Diapason, Transition, Ulysse, et Trempline.

1. Représentation : comment imaginez-vous un local de consommation ?

Au moyen de dessins ou de collages, les participants sont invités à illustrer leurs représentations à l'égard d'un tel lieu. Nous reprenons ici, à la façon d'un « brain storming », dans 3 catégories (avantages, difficultés, description), les idées majeures qui ont été exprimées :

Avantages d'un Lieu de Consommation :

« *Continuité des stratégies de Réduction des Risques* », « *c'est aussi un groupe d'appartenance, se dire « je ne suis pas le seul dans la merde », « accompagnement éducatif », « lieu d'échanges et de dialogues », « plus (+) de liberté », « revivre ou vivre à nouveau dans la normalité », « être un peu plus fort, se reconstruire », « endroit dans lequel, un toxicomane pourrait consommer en toute propreté », « un modèle de Réduction des Risques beaucoup plus large que maintenant », « réduire les risques encourus par les usagers », « moyen de ne plus trouver des seringues et du matériel n'importe où »,*

Difficultés liées à un Local de Consommation :

« *Le chemin sera parsemé d'embûches* », « *au niveau du grand public, ça risque d'être compliqué* », « *c'est à la fois poison et médicament* », « *quelque chose qui ne va pas être facile à installer* », « *souligner le caractère ambigu de la chose* », « *notions contradictoires* », « *compliqué sur le plan philosophique* », « *banalisation du côté « ici on shoot »* », « *être confronté à la souffrance, à la douleur* » « *limites de la mort* »,

Description d'un Local de Consommation :

« *Accueillant et chaleureux* », « *importance du relationnel* », « *un endroit hygiénique* », « *que la personne puisse s'y installer et prendre un peu le temps* », « *cet endroit serait sans stress* », « *un bâtiment grand et moderne* », « *zen et clean* », « *il y aura un cadre à respecter* », « *il faut des professionnels médicaux* », « *chambre d'injection* », « *très nickel, mais pas trop cocoon* », « *il faudrait que le local soit surveillé* », « *rôle de la police, de la justice, de la politique doivent être clair* », « *encadrement* », « *où les usagers ne sont pas jugés* »,

2. Un tel projet, selon vous, serait pertinent ?

Ceux qui voient dans le projet la prolongation des principes de Réduction Des Risques :

Plusieurs travailleurs se prononcent spontanément en faveur d'un tel projet. Ils estiment que la consommation, bien qu'elle soit proscrite par leur règlement interne, a souvent lieu dans leur institution. Ils estiment ne pouvoir l'empêcher et sont souvent réduits à limiter les accidents qu'elle pourrait engendrer. Cette consommation entraîne en outre des problèmes relationnels entre l'utilisateur et les autres. Ces travailleurs déplorent les sanctions indirectes qui sont induites par cette consommation pour les usagers (exclusion de l'abri de nuit en pleine nuit, exclusion des hôpitaux parce qu'ils ont consommé dans les toilettes, ...).

Les travailleurs qui effectuent des opérations de ramassage (de seringues) constatent les risques pris par les usagers et la population en générale. Les lieux de consommation (squat, lieux publics, ...) ne permettent pas de pratiquer les messages de Réduction des Risques qui sont adressés aux usagers ; « *Dans les squats, les personnes consomment avec des seringues propres dans des endroits dégueulasses* ». Dans le même ordre d'idées, ces travailleurs considèrent que le projet serait un plus pour les citoyens en général, parce qu'il permettra la diminution de l'abandon de seringues.

Pour ceux-ci, « *c'est juste la continuité de la philosophie de l'échange de seringues* ». En ce sens, certains affirment qu'un tel projet constituera « *un maillon du réseau* ». Ils considèrent « *qu'au plus il y a des institutions différentes avec des philosophies différentes au mieux c'est* ». En ce sens, le projet devra être intégré au réseau.

Ceux qui y voient, avant tout, des enjeux éthiques compliqués

Le cadre légal qui servira de base à un tel projet sera fondamental. Un tel projet permettra « *paradoxalement à quelque chose de tabou d'exister* ». Certains affirment « *qu'il y a un droit à se shooter proprement* ».

D'autres participants craignent pour la position du médecin dans une telle structure. Ils expriment leurs réticences à l'égard du fait que « *les médecins seront dans une position toute puissante* ». Ce qui fait peur, c'est la responsabilité du médecin en cas d'overdose. Pour ces personnes, les consommateurs par intraveineuse sont orientés vers la mort, et dès lors, une structure de ce type serait une sorte « *d'équipe mobile palliative* » permettant d'effectuer ce qui ressemblerait à un « *suicide assisté* », à une « *euthanasie* ».

Plus fondamentalement ce sont les principes de la Réduction des Risques qui sont parfois remis en question : « *est ce qu'on vise le bien être de la personne, même dans le shoot ? Ou est ce qu'on vise une réhabilitation, une prise de conscience ou est ce qu'on vise tout à fait autre chose ... un arrêt* ». Il s'agit dès lors d'être clair quant aux objectifs et aux finalités d'un tel projet.

Pour d'autres, ce projet participe à la banalisation de la consommation. Ils voient dans celui-ci une préoccupation essentiellement politique qui n'est pas directement destinée aux toxicomanes. Il s'agirait en ce sens de contrôler et de limiter la visibilité du phénomène. Pour ceux-ci, la Réduction des Risques ne s'interroge pas sur le « pourquoi ». Elle ne se pose pas la question de la présence de seringues en rue mais propose seulement des solutions du type : « *il y a des seringues dans la rue, sortons les seringues de la rue et mettons-les dans un local* ».

Des participants s'interrogent sur la difficulté que rencontreront les professionnels qui travailleront dans un tel lieu : « *un nouvel endroit où on va rassembler la souffrance, où les travailleurs sociaux vont être confrontés à cette souffrance* ».

Modalités suggérées pour limiter les inconvénients :

Chacun est d'accord pour dire que l'encadrement sera fondamental. Beaucoup insistent sur la nécessité de travailler, dans ce lieu, la **relation** avec les usagers. Ils considèrent qu'un travail thérapeutique (bien que n'étant pas la finalité du projet) pourrait démarrer d'un tel endroit. « *Il devra y avoir un accrochage thérapeutique* ». Pour d'autres, par contre, il ne devra pas y avoir de projet thérapeutique, « *il pourrait y avoir un accompagnement social et thérapeutique si besoin, mais sans imposition* ». Tout le monde s'interroge sur les **conditions d'accès** d'un tel lieu (ancienneté, pas le premier shoot, SDF, ...).

D'autres estiment qu'il faudra sensibiliser tant l'utilisateur que la population (perçue comme le principal obstacle), et qu'en ce sens il faudra « *susciter chez l'utilisateur un travail de réflexion* ». Les personnes en faveur d'un tel projet, estiment que le critère essentiel sera la propreté des lieux, « *que l'hygiène soit irréprochable* ». Les risques identifiés par les participants sont le deal, et le contrôle policier.

Pour d'autres intervenants, si le cadre est trop strict, les usagers ne fréquenteront pas une telle structure. De plus, il y a une incohérence dans le fait qu'une personne qui serait exclue du local pour sanction, retournera consommer dans des lieux problématiques. Par ailleurs, la pertinence du projet semble caduque, si on considère que les personnes consommeront de toute manière à l'extérieur du local lorsque celui-ci sera fermé.

D'autres règles devront être formulées concernant le temps durant lequel les personnes pourront rester dans le local.

Enfin, plusieurs travailleurs estiment qu'un tel projet ne sera pas évaluable, que ses objectifs et le public cible demeurent imprécis.

3. Idéalement comment, selon vous, devrait s'organiser un tel lieu ?

A. Implantation géographique ?

Certains considèrent que le critère essentiel déterminant l'implantation géographique est la proximité des lieux de deal. Ils estiment dès lors que le meilleur endroit serait Marchienne au Pont. « *Là où il y a du deal et de la consommation* ». Ils apportent une nuance lorsqu'ils estiment que les lieux de deal sont par nature mobiles et changeants (« *on va pas se promener en caravane* »).

Pour d'autres, cela doit avoir lieu à Charleroi, parce qu'il s'agit « *d'une métropole, ... géographiquement dense, dans laquelle un bâtiment quel qu'il soit pourrait facilement se fondre* ». Ce qui importe en ce sens, c'est la discrétion, « *qu'il passe inaperçu* ». Pour la plupart des participants, il y a un dilemme lié au fait que les usagers ne se déplaceront pas si le lieu est trop loin. Hors, il sera toujours relativement éloigné pour une partie d'entre eux, « *il faudrait en faire plein* ». L'autre difficulté réside dans l'opposition supposée de la population qui implique de l'éloigné du centre ville.

Plus concrètement, certains travailleurs considèrent que la structure devra être à proximité d'un centre hospitalier « *parce que finalement, ce qu'on recherche, c'est l'approche sanitaire de la RDR, il y a le fait qu'on va les soigner ...* ». Pour d'autres, cela doit être lié à d'autres services existants comme : les abris de nuit, les comptoirs, ... Sans pour autant créer un holding social, « *une sorte de package* » qui regrouperait tous les services destinés aux usagers. « *Il faut éviter un toxicoland* », ou un « *guetho* ». Enfin, d'autres, en évoquant le principe de la Réduction des Risques qui vise à aller vers les usagers, considèrent que le local doit être à proximité des lieux de consommation, de manche, de deal, de prostitution.

B. Règlement

Pour la plupart des participants, le règlement reprendra en gros les règles classiques qui régissent les différentes institutions (pas de violence, pas de vol, pas de deal, ...). A nouveau, se pose la question de la rigueur du cadre : « *Plus le cadre sera restrictif, plus les gens que l'on voudrait atteindre vont être freinés* ». L'essentiel serait d'établir en tout cas des

règles de base qui concerneraient l'aspect relationnel, les rapports entre les gens. « *Dans toute communauté, il doit y avoir des règles de base, sinon c'est l'anarchie* ». Les problèmes relationnels semblent être exacerbés par la nature du lieu : « *nous n'avons pas l'expérience de ce qui va se passer à l'intérieur ... au moment où les gens seront défoncés, par des produits différents, au moment où les gens feront peut-être des OD* ». Il semble en outre qu'il faudra être vigilant à l'ambiguïté qui demeurera entre la légalité et l'illégalité. Certains reviennent sur la coexistence d'un règlement formel (celui qui est affiché dans les institutions) et un règlement informel (règles implicites ou autorisations implicites).

Un des problèmes qui est relevé, c'est celui de la polyconsommation : « *une personne qui consomme de l'héro, de la coke, des médocs et de la métha, peut tout shooter ?* ». La séparation des lieux devrait selon certains s'établir par rapport aux modes de consommation (fumeurs/injecteurs). Afin de définir les éléments qui régiront l'accès de la structure, des questions concernant l'ancienneté des usagers dans la consommation se posent, ainsi que le critère du logement : « *est-ce qu'il faut une carte SDF ?* ». Les participants se donnent cependant le droit d'établir un seuil, des sanctions, ... « *on a le droit de mettre des gens dehors* ».

Plusieurs personnes insistent sur la nécessité de responsabiliser les usagers, en considérant qu'un endroit de ce genre aurait plutôt tendance à déresponsabiliser (« *si j'ai une OD, tout de façon je m'en fous, parce qu'il y a un médecin qui est là* »). Dans le même ordre d'idées, certains critiquent le fait que beaucoup d'usagers se complaisent dans le registre du droit : « *j'ai le droit de ..., j'ai droit à cela ...* ». Or, il existe aussi des devoirs, il faut s'inscrire dans un projet. Il faut maintenir un rapport entre droits et devoirs.

IX. Recommandation du groupe en charge de l'étude de faisabilité

Depuis près de deux ans, des travailleurs de différents services liés à la toxicomanie se réunissent afin d'échanger leurs opinions à l'égard de ce projet. Historiquement, ce groupe s'intitulait « *Plate-forme de Réduction des Risques* », il visait à échanger sur les pratiques de réduction des risques et à soutenir d'éventuels projets liés à cette thématique. Plus tard, le groupe est devenu le promoteur de cette étude de faisabilité. Notons que ce groupe réunit également plusieurs usagers. L'étude présentée dans ce rapport a été menée par ce groupe.

Les points ci-dessous résument les arguments favorables au projet que cette étude met en avant :

- **Aspects sanitaires** : La réduction des risques se présente avant tout comme une stratégie de promotion de la santé.
 - **logique complémentaire à celle qui justifie l'échange de seringues** : Dans la situation actuelle, le dispositif d'échange de seringues n'atteint que partiellement les objectifs qu'il vise.
 - **réduction de la diffusion des maladies** : aujourd'hui encore, les risques d'infection liés aux hépatites ou au VIH²⁶ demeurent préoccupants dans tous les pays du monde. La pratique de l'injection accentue considérablement ceux-ci. Il n'est dès lors pas étonnant que la population des consommateurs de drogues par intraveineuse accuse une prévalence élevée à ces infections. Un tel projet, au travers de son cadre garantirait des pratiques plus sûres.
 - **réduction des accidents et des décès par overdose** : Les accidents, parfois fatals, que la consommation de drogues en injection engendre sont récurrents. Le projet décrit dans ce rapport vise précisément à développer une supervision médicale autour de la consommation qui réduirait considérablement les risques d'overdoses.

²⁶ Selon le Rapport semestriel N°68 de l'Institut de Santé Publique, en 2008, **1078 nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués**. Il s'agit du nombre le plus élevé enregistré depuis le début de l'épidémie (voir le rapport). Cependant au cours du deuxième semestre de cette année 2008, le nombre de diagnostics est en recul de 11% par rapport au premier semestre de la même année.

- **amélioration de l'état de santé grâce à la réduction des pathologies²⁷ engendrées par la consommation en intra-veineuse** : Le cadre médicalisé qui caractérise un tel local favorise la promotion de pratiques plus sûres.
 - **sensibilisation des usagers à l'égard des risques que leurs pratiques engendrent.** :
- **Aspects liés à l'accessibilité de l'offre de traitement** : Parce que leur accès n'est conditionné à la formulation d'aucune demande, les dispositifs à bas seuil permettent d'établir un contact avec les populations les plus marginalisées. Nous savons par ailleurs que paradoxalement ces lieux favorisent souvent l'expression de demandes et la réalisation de démarches spontanées de la part des usagers.
 - **amélioration des contacts avec une population difficilement accessible.**
 - **Ce lieu offrirait une nouvelle « porte d'entrée » vers le réseau d'aide et de soin pour les usagers de drogues.**
 - **Aspects liés aux nuisances publiques** : Nous savons que l'utilisateur de drogues se présente traditionnellement comme l'un des acteurs clés du sentiment d'insécurité ressenti par la population. Or, ce projet permet d'agir sur les nuisances publiques que l'on attribue généralement à ce phénomène.
 - **diminution de la visibilité de la consommation,**
 - **diminution du nombre de seringues usagées abandonnées dans des lieux publics, ...**
 - **Aspects liés aux connaissances du phénomène** : Comme bénéfice secondaire, l'existence de ce lieu pourrait améliorer les connaissances concernant l'évolution de l'usage de drogues dans la région.

Notons que les craintes suscitées par un tel dispositif rappellent à bien des égards, celles qui ont été évoquées lors de la mise en place de l'échange de seringues. Craintes qui se sont finalement révélées non fondées.

²⁷ Détérioration du réseau veineux superficiel, problèmes locaux (gangrène, abcès, ...), infections liées à la contamination par des bactéries (septicémie, endocardite, encéphalites, ...).

RECOMMANDATIONS :

Au terme de ce parcours, nous sommes en mesure de formuler quelques recommandations.

1) Conceptualisation d'un projet adapté aux réalités locales : Afin d'aborder concrètement les modalités organisationnelles du projet, nous élaborerons prochainement un dossier reprenant tous les aspects liés à sa mise en place (implantation géographique, horaires, coût, ...). Celui-ci sera présenté au réseau spécialisé :

- A l'ensemble des membres de la CAPC (Concertation Assuétudes du Pays de Charleroi) qui devront être informés des réflexions conduites autour de ce projet afin qu'ils se positionnent.
- A tous les acteurs potentiellement concernés (forces de l'ordre, parquet, autorités politiques) qui seront également consultés.

2) Organisation d'une réflexion avec les acteurs concernés (Forces de l'ordre, parquet) pour harmoniser les relations que ce projet impliquerait : afin d'envisager toutes les implications que ce projet pourrait avoir sur la collaboration entre les acteurs concernés, il nous semble indispensable de réunir ceux-ci avant sa mise en place.

3) Subventionnement ? Le groupe se penchera sur les éventuelles sources de financement

- SPF Santé Publique
- RW : Ministère des affaires sociales et de la santé.

4) Mise sur pied d'une cellule destinée à aborder les aspects juridiques liés à ce projet : nous consulterons l'avis de différents experts juridiques afin de baliser les freins et les opportunités légales que la mise en place d'un tel projet est susceptible de rencontrer.

5) Mise sur pied d'un Comité d'Accompagnement Scientifique pour l'élaboration du projet (et son évaluation ultérieure) : il est fort probable que la mise en œuvre de ce projet se fasse dans un cadre expérimental. Or, les expériences pilotes de ce type sont généralement conditionnées à un accompagnement scientifique rigoureux.

X. BIBLIOGRAPHIE

- Association Française pour la Réduction des Risques., « Premières rencontres Nationales de la réduction des risques liés à l'usage de drogues », Bobigny, 2006.
- BERTRAND B., *On peut franchir le pas, faire un essai*, Juillet 2005.
- BOUHNİK P., *Sous le signe du « matos », Contextes, trajectoires, risques et sensations liés à l'injection de produits psychoactifs*, OFDT, 2002
- BOUHNİK P., *Toxico, le goût et la peine* Editions La Découverte, 2007
- CARRIER N., *Se shooter en présence d'intervenants ! ? Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal.*, CRAN., Montréal.
- CATTACIN S., LUCAS B., VETTER S., *Modèles de politique en matière de drogues : une comparaison de six réalités européennes.*, Editions L'Harmattan, Paris, 1996. P-216
- CCSA-CCLAT., *FAQ sur les centres d'injection supervisés (CIS).*, Ottawa.
- Charte élaborée par Modus Vivendi.
- EMCDDA (Dagmar Hedrich)., *European report on drug consumption rooms.*, Février 2004.
- FEANSA : *L'évolution des profils des sans-abri*
- JOSEPH ROWNTREE FOUNDATION., *The report of the independent working group on drug consumption rooms.*, 2006
- Rapport d'experts intitulé *Constats et recommandations en vue d'un plan concerté en matière d'assuétude (RW/CF/CCF)*
- Rapport semestriel N°68 de l'Institut de Santé Publique, en 2008

- SANDRA SOLAI et. al., *Evaluation de "Quai 9" - espace d'accueil et d'injection à Genève. Deuxième phase 2003.*, Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne, 2004, 124 p.
- TASK FORCE DROGUE : *Espace d'accueil pour usagers de drogues avec local de consommation ; Projet Pilote.*, Observatoire Liégeois de prévention et de concertation sur les drogues, Décembre 2005.
- VALERA G., *Pratiques et discours autour d'un espace « bas seuil », analyse de la participation des usagers de drogues dans la construction de la réduction des risques*, Mémoire de DEA, 2003
- ZOBEL F et DUBOIS A., *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.*, Institut Universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne., 2004.