

## Document d'information de l'IDPC

# Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique

Eberhard Schatz<sup>1</sup> & Marie Nougier<sup>2</sup>

Juin 2012

*Ce rapport a été rendu possible grâce à la contribution du Correlation Network.*

## Introduction

Depuis une dizaine voire une vingtaine d'années, les salles de consommation à moindre risque (SCMR) font partie intégrante des stratégies de traitement de la dépendance aux drogues et de réduction des risques dans plusieurs pays en Europe de l'Ouest, en Amérique du Nord et en Australie. Cependant, une majorité de pays ne les ont pas encore mis en place.

Ce rapport de synthèse présente le contexte, l'histoire et les objectifs des SCMR et analyse les preuves disponibles quant à leur impact. La deuxième partie de ce rapport fournit un aperçu des SCMR dans différents pays, avec un accent particulier placé sur les concepts utilisés pour développer ces espaces en fonction du contexte politique, culturel et social de chaque pays.

## Contexte

En vue de la croissance de l'épidémie de VIH chez les usagers de drogues dans les années 80, l'existence d'espaces de consommation à ciel ouvert dans de nombreuses villes de l'Ouest et l'augmentation des décès liés à la consommation de drogues, quelques responsables politiques et professionnels ont réalisé que les mesures de répression criminelle et les programmes d'abstinence ne suffisaient pas à réduire la consommation de drogues et les risques qui y sont associés.

La mise en œuvre de programmes de réduction des risques tels que les programmes d'aiguilles et de seringues (PAS), les traitements de substitution aux opiacés (TSO) et les services à bas-seuil, ainsi que les éléments de preuves démontrant l'efficacité de ces mesures en termes de santé publique et d'ordre public, ont posé les jalons de l'éventuelle mise en place de SCMR (voir Encadré 2).

### Encadré 1. Méthodologie

Les données présentées dans ce rapport furent fournies par des personnes travaillant dans les SCMR dans les pays en question. Pour la plupart des pays, les données présentées sont des données nationales. Cependant, étant donné la difficulté d'obtenir des données nationales pour l'Allemagne et la Suisse, nous avons fourni des données locales ou régionales.

<sup>1</sup> Rainbow Foundation et Coordonnateur du Projet du Correlation Network

<sup>2</sup> Chargée de Recherche et de Communication, International Drug Policy Consortium

## **Encadré 2. Définition d'une « salle de consommation à moindre de risque »**

Les SCMR sont des endroits protégés utilisés pour la consommation hygiénique de drogues obtenues au préalable dans un environnement non moralisateur et sous la supervision d'un personnel formé. Elles constituent un service hautement spécialisé au sein d'un réseau plus large de services destinés aux usagers de drogues, imbriqué dans des stratégies locales qui répondent à une multitude de besoins individuels et communautaires résultant de la consommation de drogues.

L'objectif des SCMR est d'atteindre et de résoudre les problèmes des groupes de population à haut risque qui consomment des drogues, plus particulièrement ceux qui consomment par voie intraveineuse et en public. Ces groupes ont des besoins importants en termes de santé publique qui ne sont pas souvent pris en charge par les services de santé, les services sociaux, ou de maintien de l'ordre<sup>1</sup>, posant ainsi des problèmes aux communautés locales.

A la fin des années 1980 et au début des années 1990, la Suisse, l'Allemagne et les Pays Bas commencèrent à mettre en place les premières SCMR. Bien que ces pays commencent à expérimenter cette nouvelle approche de réduction des risques, les SCMR n'étaient pas officiellement reconnues par les lois nationales.

Dans de nombreux cas, ce sont les usagers eux-mêmes, les prestataires de services de réduction des risques ou les agents de proximité qui ont impulsé l'ouverture des SCMR, avec un certain appui des autorités locales et des forces de l'ordre. Dès le départ, les SCMR avaient deux objectifs principaux: réduire les risques sanitaires associés à la consommation de drogues, et réduire les troubles à l'ordre public.

Dans les années 1990, la Suisse, l'Allemagne et les Pays-Bas sont passés à l'étape supérieure pour accroître l'accès aux SCMR. Entre temps, des SCMR furent ouvertes à Sydney en Australie et à Vancouver au Canada au début des années 2000. L'Espagne, le Luxembourg et la Norvège viennent compléter la liste des pays ayant inclus ces espaces dans leurs politiques et pratiques relatives à la drogue. Cependant, seuls les Pays-Bas et la Suisse assurent une couverture nationale de ses salles. Dans la plupart des cas, les SCMR ne sont disponibles que dans

les capitales (Australie, Canada, Luxembourg et Norvège) ou dans des régions spécifiques (Allemagne et Espagne).

Dans de nombreux autres pays, des efforts ont été entrepris par les prestataires de services, les responsables politiques, les chercheurs, les organisations à base communautaire et les usagers de drogues pour introduire des SCMR dans leurs pays, mais la plupart n'ont pas abouti à l'exception notable du Danemark. En 2001, une ONG au Danemark a ouvert une SCMR mobile à Copenhague. Pendant 10 mois cette unité mobile a fourni des services aux usagers de drogues sans interférence de la part de la police ou autres autorités gouvernementales. L'initiative a contribué de manière significative aux discussions en cours quant à la légalité des SCMR au Danemark. En juin 2012, le Parlement danois a voté une loi dotant les municipalités d'un mandat légal clair leur permettant d'ouvrir des SCMR avec l'autorisation du Ministère de la Santé.<sup>2</sup>

### **Paramètres généraux**

Une SCMR a plusieurs objectifs:

- améliorer l'accès aux services de santé pour les groupes d'usagers de drogues les plus vulnérables

- améliorer leur état de santé et leur bien-être
- contribuer à la sécurité et à la qualité de vie des communautés locales
- réduire l'impact des espaces de consommation de drogues à ciel ouvert sur la communauté.

La plupart des SCMR font partie d'une gamme plus large de services et sont gérées en collaboration avec différents acteurs, y compris les autorités locales, les forces de l'ordre, et les prestataires de services de santé et d'aide sociale. En plus des services de base fournis par les SCMR – injection supervisée, PAS, soins de santé de base, et interventions sociales et éducatives de base – les utilisateurs peuvent aussi être orientés vers des services spécialisés si besoin. Selon le contexte local, certaines SCMR emploient une approche plus médicalisée avec des docteurs et infirmier(e)s, alors que d'autres choisissent de jouer un rôle plutôt social avec un élément d'action sociale au sein de la communauté. Toutes les SCMR ont établi des critères d'admissibilité et ont un règlement intérieur strict. Un certain nombre de SCMR ont développé des modèles de participation et de soutien par les pairs afin d'inclure les usagers dans la prestation de services et la prise de décisions.

### Contextes légaux

Une SCMR opère selon le système légal en vigueur dans le pays concerné, comme une entité légale indépendante, une unité au sein d'un établissement de santé, une organisation non-gouvernementale (ONG), ce qui est très répandu, ou un service de santé publique. Dans la plupart des pays, certaines lois spécifiques ont dû être modifiées afin de dépénaliser la consommation de drogues dans les SCMR et pour réguler le fonctionnement des salles. Au Canada et en Australie, les SCMR ont été mises en place en tant que projets pilotes avec des exemptions légales. Bien que la consommation de drogue soit tolérée dans les salles, l'achat de

ces drogues est pénalisé dans tous les pays qui ont mis en place des SCMR.

Au niveau international, les conventions des Nations Unies (ONU) sur le contrôle des drogues pourraient devenir des obstacles à l'introduction généralisée des SCMR.<sup>3</sup> L'organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), l'organe de l'ONU responsable du suivi de la mise en œuvre des conventions, a exprimé son inquiétude à de multiples reprises quant au développement des SCMR, alors sa position par rapport à d'autres mesures de réduction des risques se soit assouplie.<sup>4</sup> L'OICS s'oppose aux SCMR, considérant que l'autorisation de la possession de drogues obtenues de façon illicite favorise le trafic de drogues, qui doit être sanctionné.<sup>5</sup> L'OICS considère aussi que les SCMR permettent la consommation de drogues sans fins médicales ou scientifiques, ce qui enfreint les conventions. Cependant, cette interprétation étroite des conventions ne fait pas l'unanimité. En effet, en réponse à une demande de l'OICS d'analyser la relation entre plusieurs mesures de réduction des risques et les traités sur le contrôle des stupéfiants, le précurseur de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (ONUDC) conclut en 2002 que de nombreuses interventions, y compris les SCMR, n'étaient pas contraires aux conventions. Cet argument s'appuie sur l'interprétation flexible des conventions, le manque de définition précise de ce que constituent « des fins médicales et scientifiques », et le langage utilisé dans la Déclaration Politique de 1998 sur les Principes Directeurs de la Réduction de la Demande de Drogues. Ceci signifie qu'en pratique, alors que certains pays qui ont introduit des SCMR ont dû faire face aux critiques de l'OICS quant à leurs obligations internationales, ceci peut être facilement contourné avec des arguments légaux.

### Les arguments en faveur des salles de consommation à moindre risque

Les SCMR sont une façon innovante de réduire les risques liés aux drogues, tout en étant une

approche controversée dans le cadre politique de lutte contre la drogue. Il est par conséquent primordial d'évaluer attentivement l'efficacité de ces établissements et de continuer à former une base d'arguments solides qui justifie leur mise en place. Le processus d'évaluation est particulièrement suivi dans les pays où les SCMR sont encore au stade expérimental, comme l'Australie et le Canada. Jusqu'à présent, les essais contrôlés randomisés généralisés et les études approfondies sur l'efficacité des SCMR n'ont pas pu être effectués, surtout à cause de problèmes méthodologiques qui compliquent la justification des liens entre l'existence des SCMR et les changements encourus en pratique.

Le rapport d'évaluation le plus récent sur les SCMR fut publié en 2010 par la compagnie de comptabilité KPMG à Sydney en Australie, sur la période d'essais des SCMR entre DCR 2007–2011.<sup>6</sup> Le rapport suggère que:

- Les SCMR ont eu un impact positif sur la réduction des overdoses
- Les SCMR ont fonctionné comme un portail vers le traitement de la dépendance
- Les SCMR ont réduit de manière significative les problèmes sécuritaires liés à l'usage de drogues à ciel ouvert et aux seringues usagées
- Les SCMR ont contribué à une baisse du taux des nouvelles infections de VIH et d'hépatite C.

L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT) a publié deux rapports sur les SCMR,<sup>7</sup> passant en revue les informations

disponibles quant aux effets des SCMR. L'OEDT a conclu que :

- Les SCMR atteignent les groupes vulnérables et sont acceptés par les groupes cibles, les communautés et autres acteurs clés
- Les SCMR aident à améliorer l'état de santé des usagers de drogues et réduisent les comportements à risque
- Les SCMR peuvent réduire le nombre de décès par overdose
- Les SCMR pourraient avoir un impact sur les taux d'infection au VIH et à l'hépatite C, bien qu'il soit nécessaire de fournir des preuves supplémentaires dans ce domaine
- Les SCMR peuvent réduire la consommation de drogues à ciel ouvert et les problèmes qui en découlent, si elles font partie d'une stratégie locale globale.

### **Le Réseau international des salles de consommation à moindre risque**

En 2007, le Réseau international des salles de consommation à moindre risque (« International Network of Drug Consumption Rooms »<sup>8</sup> – INDCR) fut établi à Bilbao en Espagne. L'objectif de l'INDCR est de partager les connaissances et les expériences, d'améliorer les méthodologies employées et d'appuyer la mise en place de SCMR dans d'autres endroits. Le Réseau organise des sondages/enquêtes et publie des rapports, visant ainsi à contribuer aux débats légaux et politiques sur les SCMR. Actuellement, presque toutes les SCMR dans le monde sont affiliées au Réseau.

## Les salles de consommation à moindre risque dans le monde

Pays	SCMR	Admissibilité et services	Profil des clients	Résultats
<b>Allemagne</b>	<p><b>Situation géographique</b> 26 dans 17 villes du pays</p> <p><b>Personnel</b> Le nombre total d'employés varie en fonction de la taille de la SCMR et des contraintes financières Formation: Docteurs, infirmier(e)s, éducateurs, assistants étudiants qualifiés et travailleurs indépendants</p>	<p><b>Admissibilité</b> L'âge minimum varie en fonction des règles de chaque Etat Déjà dépendant(e) Pas sous TSO (à l'exception de Hambourg) Pas intoxiqué(e)</p> <p><b>Services</b> SCMR intégrées aux établissements de réduction des risques Ouvertes entre 3,5 et 12h par jour 3 à 20 cabines de consommation de drogues Orientation vers des services médicaux et sociaux</p>	<p>A Francfort<sup>9</sup> de 2003 à 2009: Jusqu'à 4 700 visiteurs par an 26-35 ans en moyenne 85% hommes / 15% femmes</p> <p><b>Principales substances utilisées</b> 82% héroïne 36% crack<sup>10</sup></p>	<p>Depuis 1994, aucun décès lié à la consommation de drogue n'a été enregistré en Allemagne Augmentation des connaissances des clients en matière de réduction des risques Moins de problèmes de santé liés à la prise de drogue (par ex. moins d'abcès)</p> <p>Données de la Westphalie-Rhénanie du Nord (2001-2009): 3 271 cas d'urgence médicale 710 procédures de réanimation</p>
<b>Australie</b>	<p><b>Situation géographique</b> 1 à Sydney</p> <p><b>Personnel</b> 1 dans la salle d'injection Formation: au moins un(e) infirmier(e), 3 agents de santé formés</p>	<p><b>Admissibilité</b> 18 au moins Déjà dépendant(e) Pas de grossesse ou d'enfant(s) Pas intoxiqué(e) Pas de vente/d'achat de drogues dans l'établissement</p> <p><b>Services</b> Etape 1: Salle d'attente/espace d'évaluation Etape 2: Salle d'injection avec 8 cabines Etape 3: Salle de soins post-injection Salle de réanimation Orientation vers des services de santé, d'aide sociale, d'aide au logement, d'aide juridique et autres services de sécurité sociale</p>	<p>12 050 clients entre Mai 2001 et Avril 2010 3 nouveaux clients par jour en moyenne 74% d'hommes / 26% de femmes Age moyen de 33 ans 13 années d'injection en moyenne</p> <p><b>Principales substances utilisées</b> Baisse de l'utilisation de l'héroïne (40% en 2005) Augmentation de l'utilisation d'autres opiacés (60% en 2012) Baisse de l'utilisation de la cocaïne (15% en 2012) 10% méthamphétamines 1-2% buprénorphine</p>	<p>Bon rapport coût-efficacité Contacts avec les groupes vulnérables : 9 500 orientations vers les services de santé et de sécurité sociale 4 400 interventions dans le cas d'overdoses (aucun décès) Réduction du risque de transmission des virus transmissibles par voie sanguine Réduction du taux d'injections dans les lieux public et des déchets liés aux injections Aucun impact négatif sur la communauté locale (par ex. augmentation de la criminalité dans les quartiers environnants)</p>
<b>Canada</b>	<p><b>Situation géographique</b> 1 à Vancouver appelée « Insite »</p> <p><b>Personnel</b> 9 membres du personnel Formation: infirmier(e)s, chargés de programme (PHS), travailleurs pairs</p>	<p><b>Admissibilité</b> Pas de critères d'admissibilité</p> <p><b>Services</b> Service anonyme à bas-seuil avec 12 cabines de consommation Fourniture de matériel d'injection propre et appui-conseil sur la réduction des risques Services de santé primaire Désintoxication volontaire (Onsite) Orientation vers des programmes de désintoxication à long-terme Orientation vers des services d'aide au logement et des programmes d'appui communautaire</p>	<p>1,8 million de visiteurs depuis 2003 Entre le 1<sup>er</sup> Janvier 2010 et le 31 Décembre 2010: 312 214 visites de la part de 12 236 clients 855 visites par jour en moyenne 587 injections quotidiennes en moyenne 74% hommes / 26% femmes 17% s'identifient comme autochtones</p> <p><b>Principales substances utilisées</b> 36% héroïne 32% cocaïne 12% morphine</p>	<p>221 interventions dans le cas d'overdoses (aucun décès) 3 383 soins cliniques 5 268 orientations vers d'autres services sanitaires et sociaux 458 clients inscrits au programme Onsite de désintox (taux d'achèvement en 2010: 43%) Réduction du risque de transmission des virus transmissibles par voie sanguine Réduction du taux d'injections dans les lieux public et des déchets liés aux injections Aucun impact négatif sur la communauté locale</p>
<b>Espagne</b>	<p><b>Situation géographique</b> 7 dans 4 villes, avec 1 SCMR mobile</p> <p><b>Personnel</b> Nombre d'employés varie en fonction de chaque SCMR Formation: multidisciplinaire, avec au moins un(e) infirmier(e)</p>	<p><b>Admissibilité</b> 18 ans au moins Signer un contrat sur les « conditions d'utilisation » (dans les SCMR de Barcelone)</p> <p><b>Services</b> Il est permis de fumer dans 3 SCMR Orientation vers des services médicaux et sociaux Orientation vers des programmes de désintoxication Barcelone: conseil et dépistage du VIH, soins médicaux et appui psychologique, social et juridique</p>	<p>105 804 visites de 5 063 clients (2009) 34 ans en moyenne 80% hommes / 20% femmes</p> <p><b>Principales substances utilisées</b> Cocaïne (à l'exception de Bilbao et Sala Balard à Barcelone, 2009) Héroïne (Barcelone, 2011) Speedball (Madrid, 2011)</p>	<p>Diminution des décès par overdose de 1 833 en 1991 à 773 en 2008 Diminution du taux des nouvelles infections au VIH chez les clients de 19,9% en 2004 à 8,2% en 2008 Acceptation forte et demande de mise en place de SCMR Réduction de la quantité déchets liés aux injections laissés dans les lieux publics Prise de conscience de la communauté qui voit les SCMR comme une stratégie de santé publique Développement de directives communes sur la réduction des risques et les SCMR</p>

Pays	SCMR	Admissibilité et services	Profil des clients	Résultats
<b>Luxembourg</b>	<p><b>Situation géographique</b> 1 dans la ville de Luxembourg appelée « Abridado »</p> <p><b>Personnel</b> 23 membres du personnel multilingues Formation: personnel médical, psychologues, assistant(e)s sociaux/les, éducateurs, sociologues</p>	<p><b>Admissibilité</b> 18 ans au moins Déjà dépendant(e) Pas sous TOS Pas de grossesse ou d'enfant(s) Pas intoxiqué(e) Pas de vente/d'achat de drogues dans l'établissement Signer un contrat sur les « conditions d'utilisation »</p> <p><b>Services</b> SCMR intégrée à un centre à bas-seuil avec 7 cabines d'injection Projet pilote « Blow room » avec 4 cabines d'inhalation Ouverte 6 jours par semaine, 6h par jour Abri de nuit (42 lits) et infirmerie Point d'accueil (Kontakt Café) qui offre des soins médicaux primaires Dépistage du VIH/hépatite C dans l'établissement Programme d'échange des aiguilles/seringues Appui-conseil sur les techniques à moindre risques</p>	<p>170 000 consommations supervisées (depuis 2005) 26 929 visites à la SCMR en 2011 207 visiteurs par jour en moyenne (Kontakt Café) 96 visiteurs par jour en moyenne (SCMR) 25-34 ans en moyenne 80% hommes / 20% femmes</p> <p><b>Principales substances utilisées</b> 87% héroïne 8% cocaïne 5% mélanges</p>	<p>1 025 interventions dans le cas d'overdoses (aucun décès) Baisse générale des décès par overdose et des cas ne nouvelle contamination au VIH chez les usagers de drogues injectables depuis l'ouverture de la SCMR Ligne téléphonique citoyenne ouverte pour encourager le public à mieux accepter la SCMR Peu de plaintes déposées par les communautés environnantes</p>
<b>Norvège</b>	<p><b>Situation géographique</b> 1 à Oslo</p> <p><b>Personnel</b> Au minimum 5 membres du personnel présents pendant les heures d'ouverture, avec au moins un(e) infirmier(e) Formation: Infirmier(e)s, infirmier(e)s auxiliaires et assistant(e)s sociaux/les</p>	<p><b>Admissibilité</b> L'héroïne est la seule substance autorisée 18 ans au moins Signer un contrat sur les « conditions d'utilisation » Etre consommateur/consommatrice d'héroïne depuis longtemps</p> <p><b>Services</b> Limité à une dose d'héroïne par client par visite Reliée aux services de réduction des risques Orientation vers des services médicaux et sociaux Orientation vers des programmes de désintoxication</p>	<p>2 480 clients inscrits depuis 2005 1 500 clients par an 109 clients par jour en moyenne (2011) 37 ans en moyenne 70% hommes / 30% femmes</p> <p><b>Principales substances utilisées</b> L'héroïne est la seule substance autorisée</p>	<p>Les usagers se sentent moins exclus socialement Augmentation de l'accès à une prise en charge professionnelle en cas d'overdose Augmentation de l'accès aux services de santé et d'aide sociale</p>
<b>Pays Bas</b>	<p><b>Situation géographique</b> 37 dans 25 villes du pays</p> <p><b>Personnel</b> 3 membres du personnel Formation: personnel médical, assistant(e)s sociaux/les, anciens usagers de drogues, personnel de sécurité</p>	<p><b>Admissibilité</b> Enregistré auprès des autorités administratives de la ville où se situe la SCMR Signer un contrat sur les « conditions d'utilisation » Pas de vente/d'achat de drogues dans l'établissement Les critères varient en fonction de la SCMR</p> <p><b>Services</b> 5 SCMR autonomes; d'autres sont intégrées à des services à bas-seuil Salles séparées pour les injecteurs et les fumeurs 15 cabines pour les fumeurs, 5 pour les injecteurs Appui-conseil médical et sur la réduction des risques</p>	<p>24 clients par jour en moyenne 90% clients sont des non-injecteurs 45 ans en moyenne<sup>11</sup> 90% hommes / 10% femmes<sup>12</sup></p> <p><b>Principales substances utilisées</b><sup>13</sup> Héroïne Crack/coke</p>	<p>Diminution du partage des seringues/aiguilles Seulement 4% de nouvelles infections au VIH, à l'hépatite B et C diagnostiquées chez les usagers de drogues Le taux d'incidence du VIH chez les usagers de drogues par injection a baissé de 8,6% en 1986 à 0% en 2000 94 décès dus à la consommation de drogues et 2010, dont 20 étaient des personnes non- enregistrées auprès de leur municipalité Baisse significative des troubles à l'ordre public Forte acceptation des SCMR (80%) par les prestataires de services sanitaires et sociaux, les quartiers et la police</p>
<b>Suisse</b>	<p><b>Situation géographique</b> 13 dans 8 villes du pays</p> <p><b>Personnel</b> Pas de données nationales  A Berne: Formation: infirmier(e)s et assistant(e)s sociaux/les</p>	<p><b>Admissibilité</b> 18 ans au moins Déjà dépendant(e) Une pièce d'identité Pas de vente/d'achat de drogues dans l'établissement Pas de consommation en dehors de la SCMR (par ex. dans les toilettes ou la cafétéria)</p> <p><b>Services</b> Cabines pour la consommation intraveineuse, pour fumer ou renifler (le nombre varie en fonction de la SCMR) Cafétéria qui fournit des repas et boissons non-alcoolisées Soins médicaux Consultations pour problèmes d'ordre social Services d'hygiène (douches, vêtements) PSO Orientation vers des programmes et cliniques de désintoxication</p>	<p>Pas de données nationales</p> <p>A Berne: 38 ans en moyenne 992 clients inscrits par an 200 clients par jour 74.1% hommes / 25.9% femmes</p> <p><b>Principales substances utilisées</b> Pas de données nationales</p> <p>A Berne: Héroïne Cocaïne Benzodiazépines Cannabis Substituts Alcool</p>	<p>Diminution des décès dus à la consommation de drogues Augmentation des connaissances des clients des techniques de réduction des risques Réduction des risques de transmission des virus transmissibles par voie sanguine</p>

## Les salles de consommation à moindre risque en Allemagne<sup>14</sup>

### *Situation politique actuelle*

Des sites de consommation à ciel ouvert près des gares principales, un nombre élevé de décès liés à la consommation de drogues, la prise de drogues en public, et l'appauvrissement visible de certains sites touristiques ont conduit de plus en plus de résidents, entreprises, forces de l'ordre et professionnels dans le domaine du VIH et de la dépendance à la drogue à demander l'ouverture de SCMR en Allemagne.

En Mai 1993, les conseils juridiques d'un procureur et du directeur du Bureau central contre la criminalité liée aux drogues permirent aux centres de santé déjà opérationnels à Hambourg et Frankfort de fonctionner dans le cadre des lois en vigueur. L'analyse posa les jalons de la création d'un ensemble de règles fédérales uniformes en 2000, qui modifia la Loi nationale sur les stupéfiants. A travers le développement de règles locales, les provinces furent autorisées à mettre en place des SCMR. Les SCMR allemandes sont ainsi ancrées dans le cadre politique local. Les conditions de fonctionnement sont débattues et validées lors de réunions régulières regroupant différents groupes de travail composés de représentants du gouvernement local, des forces de l'ordre, des services et des prestataires sanitaires et sociaux.

### *Concepts et objectifs*

Toutes les SCMR sont intégrées aux établissements de réduction des risques déjà existants et ont pour objectif de favoriser la stabilisation sociale, mentale et sanitaire, d'éviter la transmission d'infections par voie sanguine et les décès par overdose, et d'orienter rapidement les clients vers d'autres services médicaux et sociaux. Elles fonctionnent sur la base d'un cadre réglementaire qui régit une « utilisation sans risques ». Les SCMR visent aussi à réduire les troubles à l'ordre public.

### *Prestation de services*

Dix ans après la réforme de la Loi sur les stupéfiants, toutes les provinces n'ont pas

instauré le cadre légal régissant les SCMR et ouvert des SCMR. Il existe actuellement 26 SCMR dans 17 villes du pays.

Les critères d'admissibilité ne permettent pas aux personnes sous TSO d'avoir accès aux SCMR (à l'exception de Hambourg). Les nouveaux usagers et les personnes intoxiquées à l'alcool ou autres substances sont également refusées. Certaines SCMR ont une limite d'âge, qui diffère d'un Etat à l'autre. Dans la SCMR de Berlin, par exemple, l'âge minimum est de 16 ans.

Les SCMR sont ouvertes entre 3,5 et 12 heures par jour et peuvent accueillir entre 3 et 20 clients.<sup>15</sup> Elles sont supervisées par des équipes professionnelles multidisciplinaires composées des médecins, d'infirmier(e)s et d'éducateurs, soutenus par des assistants étudiants qualifiés et des professionnels indépendants (formation sur le lieu de travail et formation en premiers secours spécialisés). Au moins un employé est présent constamment dans la plupart des SCMR, lui permettant ainsi de s'occuper des clients, de fournir des conseils sur une utilisation à moindre risque et d'initier des mesures d'urgence si besoin.

Les services fournis par les SCMR comprennent:

- la distribution de matériel d'injection pour une consommation hygiénique et sans risque dans un environnement relaxant
- la supervision de l'usage des drogues et les conseils pour une utilisation plus sûre : les principes d'une utilisation à moindre risque doivent être suivis pendant la consommation dans les SCMR. Les règles employées dans les SCMR sont souvent aussi suivies dans la vie quotidienne et permettent ainsi d'influencer les comportements individuels de consommation. Les SCMR constituent un lien important entre la prestation de soins de santé et l'appui psychologique dans un environnement à bas-seuil

- l'offre d'un « point de contact » aux usagers de drogues : en plus de la distribution/vente/échange de matériel de consommation de drogues et de préservatifs, de nombreuses SCMR proposent aussi régulièrement des repas chauds et/ou des collations et boissons. Certaines SCMR ont aussi des douches et des machines à laver et fournissent des vêtements aux clients
- la prestation de services de santé de base aux clients : celle-ci permet au personnel soignant d'intervenir en cas de crise et de dispenser les premiers soins en cas d'overdose
- la prestation de conseils et d'appui psychologique : l'appui psychologique définit des objectifs pour chaque client et aborde le traitement de la dépendance et l'orientation vers des programmes de traitement de la dépendance (y compris les programmes de désintoxication) supervisés par des assistant(e)s sociaux/les.

Les SCMR font partie d'un ensemble de services de lutte contre le VIH et la consommation de drogues qui fournissent un appui psychologique et permettent d'atteindre les usagers de drogues.

### **Profil des clients**

Il est difficile de collecter des données nationales sur les clients de SCMR en Allemagne. Entre 2003 et 2009, la fréquence des visites à la SCMR à Frankfort a augmenté de près de 50%, avec près de 4 700 visites par an. L'âge moyen des clients est de 26 à 35 ans. La drogue la plus utilisée est l'héroïne par injection, suivie du crack. La consommation de drogues dans les SCMR en Westphalie-Rhénanie du Nord suit un schéma différent, avec une diminution des injections et une augmentation de l'inhalation.

### **Résultats**

Les données disponibles montrent clairement que les SCMR ont un impact positif sur les cas

d'overdoses et de décès liés à la consommation de drogues. Les SCMR ont été utilisées par plusieurs milliers de personnes, sans qu'aucun décès n'ait été répertorié. En Westphalie-Rhénanie du Nord, la plus grande province allemande, une enquête menée entre 2001 et 2009 a documenté 1,2 million de prises de drogues, parmi lesquelles le personnel des SCMR a répondu à 3 271 cas d'urgence médicale et entamé 710 réanimations. L'expérience nous montre que les clients ont moins d'abcès et moins de problèmes de santé liés à leur consommation. Ils ont aussi adopté des modes de consommation plus sûrs par rapport à ceux qui ne fréquentent pas les SCMR.

### **Défis et prochaines étapes**

Les résultats positifs, du point de vue des autorités locales et des prestataires, soutiennent l'expansion et le développement futurs des SCMR. Le but ultime pour chaque province devrait être d'adopter un cadre réglementaire qui permet aux SCMR de fonctionner, afin d'assurer l'accès à ces établissements aux usagers de drogues à travers le pays.

A court-terme, il est primordial d'assurer l'accès aux SCMR aux personnes sous TSO, ce qui n'est pas le cas actuellement dans la plupart des provinces allemandes. Les critères d'admissibilité devraient par conséquent refléter ce besoin.

### **Les salles de consommation à moindre risque en Australie<sup>16</sup>**

#### **Situation politique actuelle**

Le Centre d'injection médicalement supervisé de Sydney (Sydney Medically Supervised Injecting Centre – MSIC)<sup>17</sup> est la seule SCMR en Australie. Le MSIC est géré par Uniting Care, une ONG chrétienne qui met en œuvre plusieurs programmes communautaires dans l'Etat du New South Wales.

En Mai 2001, le MSIC a ouvert ses portes pour une période d'essai de 18 mois, ce qui a nécessité



une modification de la loi sur le trafic et l'usage de drogues. La période d'essai fut prolongée trois fois et le MISC a fonctionné pendant 10 ans dans ces conditions, engendrant une politisation du service et des incertitudes quant à son avenir. En Octobre 2010, le Parlement du New South Wales vota une loi pour mettre fin au statut temporaire du MSIC, qui est alors devenu un service de santé légitime sans avoir besoin de recourir au Parlement tous les quatre ans pour continuer à fonctionner.

Il n'existe pas d'engagement politique en Australie en faveur de l'ouverture d'autres SCMR. En Mai 2010, le Conseil interurbain de Yarra dans l'Etat de Victoria a voté en faveur de l'ouverture d'une SCMR à cause de la forte consommation de drogues injectables dans les rues du quartier de Richmond. Le gouvernement de l'Etat du Victoria a immédiatement rejeté l'idée et le Parti Socialiste (opposition) l'a également rejetée alors qu'il avait défendu le concept des SCMR dans le passé.

En ce qui concerne la réaction du public, la communauté de Kings Cross, dans le centre urbain de Sydney, s'était déjà exprimée en faveur des SCMR avant même l'ouverture du MSIC, et cet engagement continue de croître. Les Australiens en général soutiennent les mesures de réduction des risques et les SCMR en particulier. En 2010, une enquête auprès des ménages sur la Stratégie Nationale Anti-drogue a montré que la majorité des Australiens étaient en faveur des SCMR.

### **Concept et objectifs**

Les quatre objectifs du MSIC sont de faire baisser le nombre de décès par overdose, d'offrir un tremplin vers le traitement de la dépendance et une aide psychologique, de réduire les problèmes associés à l'injection en public et les seringues et/ou aiguilles usagées, et de réduire ainsi la propagation de maladies comme le VIH et l'hépatite C.

### **Prestation de services**

Les clients du MSIC doivent être âgés d'au moins 18 ans et avoir déjà développé une dépendance; les clientes ne doivent pas être enceintes et aucun client ne doit être accompagné d'un enfant; les clients ne peuvent pas vendre, acheter ou partager des drogues dans le centre et ils ne doivent pas arriver au centre en état d'intoxication.

Le personnel du centre comprend au moins un(e) infirmier(e) agréé(e) (en général, trois infirmier(e)s sont présent(e)s tous les jours), et des agents formés dans le domaine de la santé.

Le MSIC suit un parcours-client en trois étapes. Etape 1 : salle d'attente et espace d'évaluation où l'on évalue l'éligibilité des clients. L'évaluation comprend des informations démographiques et médicales sur le client, y compris d'éventuelles overdoses et traitement(s) reçus. Etape 2 : salle d'injection avec au moins deux membres du personnel, y compris un(e) infirmier(e) agréé(e), et huit cabines avec deux chaises pour que le personnel puisse superviser l'injection. Les clients reçoivent du matériel d'injection propre et des conseils, ainsi que l'administration des premiers soins, y compris des services de réanimation dans la salle de réanimation si nécessaire. Les clients jettent le matériel usagé dans des poubelles spéciales. Etape 3 : la salle de soins post-injection où les clients sont placés sous observation jusqu'à ce qu'ils soient prêts à partir. Après être passés par cette troisième étape, les clients doivent quitter l'établissement et ne peuvent pas retourner dans la salle d'injection. Le personnel du MISC peut également orienter les clients vers des services de santé, d'aide juridique, d'aide au logement et autres services sociaux.

### **Profil des clients**

Depuis l'ouverture du service en Mai 2001 jusqu'à la fin Avril 2010, 12 050 usagers de drogues injectables se sont inscrits auprès du MSIC en tant que clients, avec en moyenne 111 nouveaux clients par mois (3 nouveaux clients

par jour en moyenne). La plupart des clients sont des hommes (74%) et la moyenne d'âge est de 33 ans. En général, les clients sont des usagers de longue date (une moyenne de 13 ans de consommation). Lors de leur inscription, 70% des clients étaient sans emploi, environ 35% avaient terminé leur éducation secondaire, 16% vivaient dans des logements précaires, et 23% avaient été incarcérés au cours des 12 mois précédents. 46% de tous les nouveaux clients s'étaient injectés dans un lieu public au cours du mois précédent, et 40% n'avaient jamais eu recours à un service de traitement de la dépendance avant de venir au MSIC.

Les types de substances utilisées dans la SCMR ont varié considérablement depuis l'ouverture du service. Entre Mai 2002 et Septembre 2005, la consommation d'héroïne a baissé de 80% à 40%, alors que la consommation d'autres opiacés a augmenté de 40% en Mai 2006 à 60% en Janvier 2012. La consommation de cocaïne a considérablement baissé depuis 2001 (50% des clients en consommaient alors) et s'est stabilisée autour de 15%. Enfin, la consommation de méthamphétamine est à 10% alors que la buprénorphine reste faible (1 à 2% des clients).

### Résultats

Le MSIC fut indépendamment évalué<sup>18</sup> pendant près d'une décennie par différentes organisations. Onze rapports furent publiés et tous conclurent que la SCMR atteignait ses objectifs. De manière plus spécifique, ces rapports montrent que le MSIC :

- sauve des vies et réduit les risques liés aux overdoses – le MSIC a mené 4 400 interventions dans le cadre d'overdoses, sans conduire à aucun décès
- établit un contact avec un groupe de personnes vulnérables et difficiles à atteindre et les oriente vers d'autres services de santé – au total, 9 500 clients furent orientés vers des services sanitaires et sociaux

- réduit le risque de transmission de virus par voie sanguine
- réduit l'injection de drogues en public et le nombre de seringues jetées dans les lieux publics – le taux d'injection en public et de déchets liés à la consommation de drogues ont diminué de moitié à Kings Cross depuis l'ouverture du MSIC
- est rentable, et fonctionne sans conséquences négatives sur la communauté locale.

### Défis et prochaines étapes

Le défi en Australie est d'avoir des leaders politiques au niveau fédéral et national qui aient le courage de contribuer à combattre la stigmatisation dont les usagers de drogues sont victimes. Ceci dépend de la mise en place d'autres SCMR en Australie afin que tous ceux qui consomment des drogues y aient accès.

### Les salles de consommation à moindre risque au Canada<sup>19</sup>

#### Situation politique actuelle

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

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

supervisée en Amérique du Nord. Le *PHS Community Services Society* est chargé de la gestion d'Insite sous contrat avec les autorités sanitaires. En 2006, sous la pression du public, le nouveau Ministre de la santé a accordé une rallonge à cette exemption jusqu'au mois de Décembre 2007 en premier lieu, puis jusqu'en Juin 2008. Cependant, il a rejeté toute demande de solution à long-terme qui permettrait à Insite de continuer à fonctionner indéfiniment.

Confrontés à la possible fermeture d'Insite, des activistes ont entamé deux poursuites judiciaires pour qu'Insite reste ouvert. Ces deux poursuites en justice remettaient en cause l'application des lois canadiennes au cas particulier d'Insite et protestaient contre l'anti-constitutionnalité de ces mêmes lois.

En Septembre 2011, la Cour Suprême du Canada s'est prononcée à l'unanimité en faveur d'Insite,<sup>20</sup> persuadée par les preuves fournies quant à la sûreté accrue des usagers de drogues grâce au système d'injection supervisée. La Cour a brièvement déclaré : « Insite sauve des vies ; les bénéfices en ont été démontrés ». Elle a décrété que la fermeture d'Insite serait une violation inadmissible des droits humains de personnes extrêmement vulnérables. La Cour ordonna au Ministre d'accorder une exemption immédiate à Insite, afin de respecter les droits constitutionnels des usagers et du personnel de la SCMR.

### **Concept et objectifs**

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

### **Prestation de services**

Insite dessert le quartier défavorisé de Downtown Eastside (DTE) de Vancouver, qui présente une forte concentration de personnes

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

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

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

Insite a 12 cabines d'injection où les clients peuvent s'injecter, sous la supervision des infirmières et du personnel soignant, des drogues obtenues au préalable. Insite fournit du matériel d'injection propre tel que des seringues, chauffoirs, filtres, eau et tourniquets. En cas d'overdose, le personnel médical peut intervenir immédiatement. Les infirmier(e)s peuvent aussi fournir d'autres types de soins, comme le traitement des plaies et les vaccinations. Les protocoles actuels ne permettent pas au personnel d'aider le client à s'injecter, mais peut éduquer les clients quant aux façons de réduire les risques liés à l'injection.<sup>21</sup>

L'établissement comprend aussi Onsite, formé de 12 chambres avec salle de bains privée pour une désintoxication volontaire (y compris le TSO), avec l'appui-conseil de psychologues, d'infirmiers et de docteurs. Une fois stables, les clients peuvent être logés sur place dans des logements de transition, et se faire orienter vers des programmes de traitement de leur dépendance à long-terme, des services d'aide au logement et programmes d'aide communautaire.

### **Profil des clients**

Depuis son ouverture en 2003, Insite a comptabilisé plus de 1,8 million de visites (effectuées par 12 236 clients), ce qui représente une moyenne de 855 visites par jour. 74% des clients étaient des hommes, et 26% des femmes. 17% des clients étaient des autochtones. Les principales substances utilisées dans la SCMR étaient l'héroïne (36%), la cocaïne (32%) et la morphine (12%).

### **Résultats**

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

- En moyenne 587 injections par jour
- 221 interventions dans des cas d'overdose, sans décès
- 3 383 interventions médicales
- 5 268 orientations vers d'autres services sanitaires et sociaux, dont la plupart étaient vers des services de désintoxication et de traitement de la dépendance
- 458 admissions au service de désintoxication Onsite, qui a enregistré un taux d'achèvement du programme de 43% en 2010.<sup>22</sup>

En partie à cause des conditions originales d'exemption, Insite a dû se soumettre à

des analyses scientifiques rigoureuses. Les recherches ont conduit à la publication de plus de 30 études sur l'impact d'Insite, qui ont démontré que la SCMR:<sup>23</sup>

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

des dangers liés à la consommation de drogues dans la rue

- prévient plus de 80 infections au VIH par an et économise CDN \$17.6 million en frais de santé liés à la prise en charge du VIH.

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

### **Défis et prochaines étapes**

La décision de la Cour Suprême du Canada en Septembre 2001 a clairement statué que le Ministre fédéral de la santé doit répondre aux demandes d'exemption afin de permettre aux SCMR de fonctionner sans risquer une condamnation. La Cour a défini des critères que le Ministre doit prendre en compte dans l'analyse de chaque demande. Suite à cette décision, quelques organisations communautaires dans d'autres villes ont préparé des demandes d'exemption, et un certain nombre de municipalités contemplent la possibilité de mettre en place de tels établissements. En Octobre 2011, il fut annoncé que des organisations communautaires à Montréal et dans la ville de Québec allaient faire progresser leurs projets d'établir des centres dans plusieurs sites et le Ministre provincial de la santé s'est publiquement exprimé en faveur de ces propositions, bien qu'il y ait un certain degré d'opposition au sein de la communauté locale. Des études de faisabilité ont aussi été entreprises à Ottawa et Toronto,<sup>24</sup> bien que des personnalités politiques locales se soient exprimées contre ces établissements. On ne sait encore pas comment le gouvernement fédéral réagira lorsque de nouvelles demandes d'exemption lui seront remises.

## **Salles de consommation à moindre risque en Espagne<sup>25</sup>**

### **Situation politique actuelle**

Avec la décentralisation des politiques relatives à la drogue en Espagne, il en revient aux autorités locales et régionales de développer des services pour les usagers de drogues.<sup>26</sup> Selon le code pénal espagnol, le trafic de drogue est un crime. La consommation de substances contrôlées et le fait de laisser son matériel d'injection dans les endroits publics ne sont pas des crimes mais sont des délits sérieux qui peuvent engendrer des amendes allant de €300 à €30 000 000. Ces amendes peuvent cependant être remplacées par d'autres mesures, y compris l'acceptation d'un programme de traitement de la dépendance. La loi n'interdit pas la mise en place de SCMR. Au niveau national, les SCMR sont soutenues par l'Agence nationale antidrogue, l'Agence nationale de lutte contre le sida et les agences locales et régionales correspondantes.

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

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

La plupart des SCMR sont gérées par des ONG : Fundació San Ignasi de Loyola, Fundación IPSS Instituto para la promoción social y de la salud, Institut Català de la Salut, Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de la Vall d'Hebron, Asociación Bienestar y desarrollo, Médecins du Monde et la Croix Rouge.

### **Concept et objectifs**

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

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

### **Prestation de services**

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

Trois SCMR proposent des cabines spéciales aux clients qui fument leurs drogues, les autres

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

### **Profil des clients**

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

### **Résultats**

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

- Les décès par overdose ont diminué de 1 833 en 1991 à 773 en 2008
- Le nombre de nouvelles infections au VIH a aussi baissé chez les clients des SCMR de 19,9% en 2004 à 8,2% en 2008

- Les usagers ont une meilleure connaissance des techniques de consommation à moindre risque
- Le public comprend mieux les SCMR et leur place dans la stratégie de santé publique
- Moins de déchets liés aux injections sont laissés dans les lieux publics.<sup>29</sup>

D'autres accomplissements importants incluent le développement de directives communes sur la réduction des risques et les SCMR, la participation active des SCMR espagnoles au Réseau international des salles de consommation à moindre risque<sup>30</sup> et les interactions positives avec la communauté locale.

### **Défis et prochaines étapes**

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

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

Il devrait aussi y avoir un nombre plus important de SCMR pour les fumeurs (avec la capacité

de distribuer du matériel adapté), les horaires d'ouverture devraient être prolongés et les emplacements devraient être multipliés.

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

## **Salles de consommation à moindre risque au Luxembourg<sup>31</sup>**

### **Situation politique actuelle**

Depuis 1999, le Ministère de la santé du Luxembourg s'est vu remettre la responsabilité de la coordination nationale des interventions de contrôle de la demande et de la réduction des risques liés aux drogues. Ceci a engendré la création du Bureau national de coordination des stupéfiants en 2000.

En 2009, le gouvernement a mis en place le cadre d'élaboration de la troisième Stratégie Nationale (2010–2011) et de son Plan d'Action sur les drogues et la dépendance. Le Plan d'Action actuel se base sur les priorités du Ministère de la santé et l'étroite collaboration avec les acteurs sur le terrain et la société civile. L'objectif général de la Stratégie Nationale et du Plan d'Action est de contribuer à un haut niveau de protection en termes de santé publique et de cohésion sociale. Elle se fonde sur deux piliers : réduction de la demande et de l'offre ; et sur quatre axes transversaux : 1. réduction des risques et des troubles à l'ordre public, 2. recherches et informations, 3. relations internationales, et 4. mécanismes de coordination.

La première SCMR fut établie dans la ville de Luxembourg en 2005, dans le cadre du deuxième Plan d'Action National sur la drogue 2005–2009 sous le volet « réduction des risques

et des troubles à l'ordre public ». Le Ministère de la santé conçut le concept originel de la SCMR et inclut l'établissement dans une convention financière du Comité National de Défense Sociale (CNDS), qui gérait déjà un centre à bas-seuil pour les personnes dépendantes dans la ville de Luxembourg appelé « Abrigado ».

Le Plan d'Action National sur la drogue anticipait le développement de services de réduction des risques dans d'autres régions du pays et, plus particulièrement, la création d'une deuxième SCMR dans le sud du pays.

### **Concept et objectifs**

Avant la mise en place de la SCMR au Luxembourg, une analyse des besoins fut effectuée et conclut que les services de réduction des risques devaient être diversifiés afin de mieux répondre aux besoins des usagers de drogues dans le pays, dont la plupart s'auto-injectaient. Les décès par overdose d'opiacés parmi les usagers de drogues injectables avaient augmenté depuis plusieurs années et il était devenu nécessaire d'atteindre ce groupe d'usagers très marginalisé.

La philosophie d'Abrigado consiste en le fait qu'un service à bas-seuil fondé sur l'acceptation permettra de réduire les risques associés à la consommation de drogues et de promouvoir une utilisation à moindre risques. L'un des objectifs fondamentaux de l'établissement est donc de respecter le droit des clients à l'auto-détermination et de promouvoir leur sentiment de responsabilité. Cette philosophie considère qu'une approche purement médicale ne répondrait pas aux besoins individuels des clients. L'objet central de la SCMR n'est pas la consommation de drogues en elle-même, mais la communication et le développement de relations interpersonnelles. La SCMR est donc perçue comme une « salle de communication ».

### **Prestation de services**

Les clients doivent remplir un certain nombre de critères pour accéder au centre. Les clients

doivent avoir au moins 18 ans et être déjà dépendants, ne doivent pas être sous TSO, ne doivent pas être intoxiqués lors de leur arrivée au centre et n'ont pas le droit d'acheter ou de vendre des drogues sur place. Les femmes enceintes et les clients avec enfants ne sont pas acceptés. Enfin, tous les clients doivent signer un contrat sur « les conditions d'utilisation » du centre lors de leur première visite.

La SCMR de la ville de Luxembourg peut actuellement accueillir et superviser sept injections simultanées. Un projet pilote qui offre quatre places supplémentaires pour les fumeurs ou inhaleurs a commencé en Février 2012. Un refuge de nuit est aussi disponible, avec 42 lits, une infirmerie et un point d'accueil appelé « Kontakt Café » qui offre des soins basiques de santé. Abrigado participe aussi au programme d'échange d'aiguilles et de seringues.

La SCMR et le Kontakt Café ont les mêmes heures d'ouverture : ils sont ouverts trois jours par semaine le matin (pendant six heures) et trois jours par semaine l'après-midi (pendant six heures). Deux membres du personnel sont toujours présents et sont assistés par six employés du Kontakt Café. L'équipe d'Abrigado (23 employés) est multidisciplinaire et comprend des psychologues, des assistant(e)s sociaux/les, des éducateurs, des sociologues, un médecin et des infirmier(e)s multilingues (Luxembourgeois, Français, Allemand et Anglais), reflétant la diversité sociale et linguistique des clients.

### **Profil des clients**

Environ 170 000 consommations supervisées ont eu lieu depuis l'ouverture de la SCMR il y a sept ans et environ 1 200 clients ont signé un contrat d'utilisateur. Le nombre moyen de visites journalières est de 96 (y compris les visites multiples). En 2011, il y eut un total de 26 929 visites à la SCMR. Seul un tiers des utilisateurs du Kontakt Café utilise la SCMR. 80% des clients sont des hommes et la majorité des clients ont entre 25 et 34 ans (44%), ou entre 35 et 44 ans



(37%). Seuls 9% des clients sont âgés entre 18 et 24 ans. L'héroïne est la substance la plus utilisée (87%), suivie de la cocaïne (8%).

### **Résultats**

L'acceptation des SCMR par le public est un processus de longue haleine. Abrigado offre une permanence téléphonique pour les résidents du quartier qui leur permet de rapporter tout incident, problème ou perturbation. Un comité de coopération composé de représentants du Ministère de la santé, du Ministère de la justice, du Bureau du Procureur Général de la ville de Luxembourg, des forces de l'ordre et d'autres agences spécialisées se réunit régulièrement pour apporter son soutien au projet et agir rapidement en cas de problème. Jusqu'à présent, seules quelques plaintes de résidents ont été enregistrées.

En 2009, une évaluation du Plan d'Action 2005–2009 fut effectuée par l'Institut Trimbos basé aux Pays-Bas.<sup>32</sup> L'évaluation stipule que « la salle d'injection [...] est jugée "positive" par les parties prenantes. Elle fonctionne et a une capacité suffisante ». En effet, l'ouverture de la SCMR a été accompagnée par une baisse générale des overdoses dans le Grand-duché du Luxembourg. 1 025 overdoses, dont un tiers avec perte de connaissance, furent traitées avec succès et sans fatalités en 2005. La prestation de conseils sur une utilisation à moindre risque, le dépistage sur place du VIH et de l'hépatite C, ainsi que la mise en place d'un service de soins basiques ont également contribué à faire baisser la prise de risques liés à la consommation de drogues.

### **Défis et prochaines étapes**

Début 2012, Abrigado a emménagé dans un nouvel établissement qui fournit quatre places pour l'inhalation en plus des places pour consommation intraveineuse. Ce déménagement fut accompagné d'un changement de nom afin d'éviter la stigmatisation du groupe cible. Le centre Tox-in est devenu Abrigado.

Les défis futures comprennent l'exploration de possibilités de mise en réseau avec d'autres institutions et l'augmentation du nombre d'études sur l'impact des SCMR en développant davantage les mesures de suivi et de mise en évidence. Afin d'accroître l'efficacité des services, les SCMR devraient aussi chercher à adapter leurs services aux différents groupes cibles tels que les femmes, les jeunes et les clients présentant plusieurs co-morbidités.

Enfin, les SCMR devraient être accessibles à un plus grand nombre de personnes, dans plus d'endroits. Afin de relever ce défi, le Ministère de la santé prévoit l'ouverture d'une deuxième SCMR dans le sud du pays.

## **Salles de consommation à moindre risque en Norvège<sup>33</sup>**

### **Situation politique actuelle**

L'établissement d'injection de drogue supervisée à Oslo en Norvège fut ouvert le 1<sup>er</sup> Février 2005, après des années de débat politique sur le sujet. La SCMR fut mise en place sur une période d'essais de trois ans avec une législation temporaire, qui fut prolongée jusqu'à ce qu'une loi permanente soit votée en 2009. Au départ, la SCMR était située dans une clinique de santé avec un programme d'échange d'aiguilles et de seringues à bas-seuil, mais fut ensuite installée en 2007 dans un site mieux adapté et autonome.

### **Concept et objectifs**

L'objectif de la SCMR est d'accroître la dignité des personnes qui consomment de drogues par voie intraveineuse depuis longtemps, en leur offrant un lieu protégé et hygiénique pour s'injecter de l'héroïne. La SCMR vise à mettre en place un modèle multidisciplinaire spécialisé afin d'améliorer l'état de santé général des usagers de drogues injectables par la présence d'agents de santé qui supervisent l'injection afin de prévenir les infections, agissent en cas d'overdose, et orientent les clients vers d'autres services sociaux et sanitaires et programmes de traitement de la dépendance.

### **Prestation de services**

Le fonctionnement de la SCMR est géré par l'Agence municipale des services de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie d'Oslo. La SCMR est financée conjointement par la Municipalité d'Oslo et la Direction sanitaire norvégienne. La salle d'injection à Oslo est l'unique établissement de ce type en Norvège : aucune autre municipalité n'a pour le moment choisi de suivre ce modèle.

Selon la loi en vigueur en Norvège, l'héroïne est la seule substance autorisée dans la SCMR. Les clients doivent s'inscrire et signer un contrat qui contient les conditions d'utilisation de la salle. Les clients doivent avoir plus de 18 ans et être des usagers d'héroïne par voie intraveineuse de longue date. La loi limite l'utilisation de la SCMR à une injection d'une dose d'héroïne par client et par visite.

La salle est ouverte du Lundi au Jeudi entre 9h et 19h30, et du Vendredi au Dimanche de 9h à 15h. L'équipe qui travaille dans la SCMR est multidisciplinaire et inclut des infirmier(e)s, infirmier(e)s auxiliaires et assistants sociaux. Au moins un(e) infirmier(e) de service est toujours présent(e) pendant les heures d'ouverture. La SCMR fait partie d'un éventail de services de réduction des risques et le personnel peut orienter les clients vers d'autres services de santé, d'aide sociale et de traitement de la dépendance.

### **Profil des clients**

2 480 clients inscrits ont utilisé la SCMR depuis son ouverture en 2005, et environ 1 500 d'entre eux utilisent la salle chaque année. En Septembre 2011, une moyenne de 109 clients utilisait la salle tous les jours. Environ 70% des clients sont des hommes et l'âge moyen est de 37 ans. Moins de 1% des injections qui ont eu lieu en 2011 ont entraîné une overdose.

### **Résultats**

La SCMR à Oslo fut évaluée en 2007 et 2009 par le *Norwegian Institute for Drug and Alcohol Research* (SIRUS).<sup>34</sup> Les deux évaluations furent entreprises lorsque la SCMR était située à deux emplacements différents, reflétant ainsi l'importance de l'infrastructure. Les deux évaluations conclurent que les objectifs étaient difficiles à évaluer. Cependant, elles ont indiqué que la SCMR avait accru la dignité du groupe en question, d'un point de vue général et individuel. Elles ont également conclu que les clients se sentaient moins exclus socialement et qu'ils avaient davantage accès aux services sociaux, de santé et à une aide professionnelle en cas d'overdose.

### **Défis et prochaines étapes**

Le principal défi aujourd'hui est lié au fait que les critères strictes d'admissibilité limitent l'accès à la SCMR. Chaque client a droit à une injection d'héroïne par visite et la dose autorisée est souvent contestée. Les usagers d'autres drogues ou qui mélangent l'héroïne à d'autres substances ou qui souhaitent s'injecter plus d'une fois par jour, et ceux qui consomment des drogues en les fumant, les inhalant ou les reniflant etc. sont également exclus. L'âge minimum de 18 ans exclut automatiquement les jeunes usagers qui sont souvent extrêmement vulnérables aux risques associés à la consommation. Enfin, seules les personnes ayant « une dépendance sévère à l'héroïne » peuvent utiliser la SCMR, ce qui est un défi en soi car le statut de « dépendant sévère » n'est pas clairement défini.

Un autre défi majeur est la difficulté qu'ont les employés de la SCMR à orienter les clients vers des services sanitaires, sociaux et de traitement adaptés. La SCMR sera intégrée à d'autres services en 2012, ce qui pourrait améliorer l'orientation et accroître l'accès aux établissements de traitement de la dépendance à la drogue.

## **Salles de consommation à moindre risque aux Pays Bas<sup>35</sup>**

### **Situation politique actuelle**

En 1990, un organisme social géré par une église à Rotterdam commença à autoriser la consommation de drogues au sein de son établissement. Cependant, ce n'est qu'en 1994 que ceci fit réellement partie des services fournis par cet organisme. La mise en place officielle de la première SCMR fut rendue possible grâce au développement de directives légales par le *College van Procureur-generaal* en 1996. Ces directives expliquèrent que la possession de substances contrôlées dans les SCMR était tolérée tant que ces établissements entraient dans le cadre de la politique locale sur la drogue telle que définie par la Mairie, la Police et le Procureur.<sup>36</sup>

Aujourd'hui, les SCMR font partie intégrale de la stratégie nationale de réduction des risques aux Pays-Bas. Au cours de la dernière décennie, le profil du consommateur a changé, avec un plus grand nombre de fumeurs et d'usagers de cocaïne et d'alcool. Il y a aussi eu un changement d'orientation au niveau des politiques de santé publique qui intègrent les services relatifs à la drogue à la prestation générale de services de santé et optent désormais pour une approche multidisciplinaire qui tient compte de la situation sociale et légale de la personne et de son état de santé.<sup>37</sup>

### **Concept et objectifs**

Les SCMR aux Pays-Bas ont un nombre limité d'usagers inscrits issus d'un groupe cible bien défini : la plupart sont des sans domicile fixe. Cependant, certaines SCMR ont des critères d'accès plus larges ou ciblent des groupes vulnérables tels que les immigrés ou les travailleurs du sexe. L'objectif général est de fournir un filet de sécurité à ces groupes vulnérables afin de réduire les troubles à l'ordre public et améliorer l'état de santé et le bien-être de ces individus.

### **Prestation de services**

Les premières SCMR furent établies en 1995, et leur nombre augmenta rapidement entre 2001 et 2005. En 2010, 37 établissements avaient été ouverts dans 25 villes. La plupart des salles fournissent des services intégrés à bas-seuil, tandis que cinq d'entre elles sont des SCMR autonomes.

Pour pouvoir utiliser une SCMR les clients doivent répondre à un certain nombre de critères. Les clients doivent répondre à un âge minimum d'accès et être enregistrés auprès des services administratifs de la ville dans laquelle ils/elles utilisent la SCMR. Le client doit signer un contrat et doit déjà avoir obtenu la drogue à consommer avant d'entrer dans l'établissement (la vente et l'achat ne sont pas autorisés dans l'établissement). Le règlement intérieur diffère selon les salles, mais beaucoup sont flexibles dans la mise en application de ces règles.

La majorité des SCMR bénéficient de l'expertise d'un personnel médical et/ou des assistants sociaux, et un tiers des établissements compte des ex-usagers de drogues parmi leurs effectifs. Les salles sont normalement ouvertes tous les jours, et ce jusqu'à 15h par jour. Le client peut rester dans l'établissement entre 20min et deux heures. La plupart des SCMR ont des salles séparées pour les fumeurs et les injecteurs. La moyenne est de 15 places pour les fumeurs et 5 places pour les injecteurs. Au début de leur fonctionnement, la police orientait 75% des clients vers les salles. En 2010 ce chiffre est descendu à 47%. 75% des salles encouragent la participation active des clients en les impliquant dans les activités de routine et les processus de prise de décisions. La plupart des SCMR offrent des conseils pratiques, un suivi médical et psychologique et une formation sur l'utilisation à moindre risque.

### **Profil des clients**

La moyenne est de 24 clients par jour (ce nombre varie de 2 à 60). Le nombre de clients a diminué ces deux dernières années, dû à

la baisse du nombre d'individus ciblés et au changement des modes de consommation. Aujourd'hui, 90% des clients n'injectent pas leur drogue. Ils ont 45 ans en moyenne et 90% d'entre eux sont des hommes.<sup>38</sup>

### **Résultats**

Il n'y a pas eu d'évaluation rigoureuse de l'impact des SCMR sur une période de temps donnée. Cependant, les résultats généraux sont plutôt positifs<sup>39</sup> :

- Les troubles à l'ordre public liés à la consommation de drogues, tels que le trafic et la consommation dans les rues, a diminué de manière significative
- Il y a eu un changement important au niveau du mode de consommation avec une augmentation du nombre de fumeurs – seulement 10% des clients sont des injecteurs. Bien que le nombre de fumeurs ait augmenté, il y a eu une baisse importante d'échange de seringues
- Des recherches récentes montrent que le taux d'acceptation des SCMR par les prestataires de services sanitaires et sociaux, le voisinage et la police sont très élevés dans les zones où les SCMR ont été établies (plus de 80% d'approbation)
- Les taux d'infection au VIH et à l'hépatite C sont très bas parmi les clients des SCMR.

### **Défis et prochaines étapes**

L'objectif de la politique hollandaise est de mettre en place des programmes sanitaires et sociaux afin de réduire le nombre de personnes issues du groupe cible qui utilise les SCMR (c'est-à-dire, les sans domicile fixe qui consomment des drogues) pour que les SCMR deviennent obsolètes. Cependant, ceci pourrait poser des problèmes aux personnes vulnérables et difficiles à atteindre, car elles peuvent continuer à consommer malgré l'existence de ces programmes, et donc de

continuer à avoir besoin des SCMR. Il semble nécessaire que le gouvernement continue de soutenir le fonctionnement des SCMR comme stratégie à long-terme.

D'autre part, certains groupes aux Pays-Bas n'ont pas accès aux SCMR, bien qu'ils risquent de développer des problèmes de santé connexes et de troubler l'ordre public. Ces groupes comprennent les jeunes usagers de drogues, les usagers qui ne vivent pas dans la rue, les personnes qui sont à la fois dépendants et alcooliques et les usagers qui ne sont pas officiellement inscrits au sein des registres d'une ville en particulier, tels que les sans-papiers. Il est par conséquent nécessaire d'élargir les critères d'admissibilité afin que ces groupes vulnérables puissent aussi avoir accès aux SCMR.

Un autre défi est l'augmentation de la dépendance à l'alcool chez les jeunes usagers de drogues, et la manière de répondre aux problèmes qui y sont associés. La consommation d'alcool n'est actuellement autorisée que par 25% des SCMR.

Enfin, le contexte politique et économique actuel a une tendance inquiétante car il pourrait entraîner une diminution du soutien public et politique, ainsi que des coupes budgétaires. Le pays risquerait alors de perdre les bénéfices accumulés depuis la mise en application réussie par le gouvernement de sa stratégie intégrée de réduction des risques.

### **Salles de consommation à moindre risque en Suisse<sup>40</sup>**

#### **Situation politique actuelle**

La première SCMR au monde fut ouverte en 1986 par Contact Netz à Berne en Suisse. A cette époque, il était devenu manifeste que les stratégies qui se concentraient exclusivement sur des mesures de répression et d'abstinence ne pouvaient pas faire face au nombre élevé de

nouvelles infections au HIV, à l'augmentation continue des décès liés à la consommation de drogues et à la prolifération des scènes ouvertes en ville. La création de la SCMR marqua un virement de la politique des drogues suisse en créant une approche nouvelle et radicale aux niveaux politique, sanitaire et social. Contact Netz commença par la prestation de services médicaux et sociaux, y compris des PAS, l'offre de repas chauds et d'abris pour la nuit. D'autres SCMR furent ensuite ouvertes dans plusieurs villes et les scènes ouvertes disparurent.

Les SCMR sont maintenant acceptées et soutenues par la majorité des partis politiques du pays. Le vote de 2008 concernant la révision de la loi nationale sur les stupéfiants a mis en évidence l'acceptation par le public des politiques et programmes de réduction des risques et le concept fait désormais partie du système politique fédéral relative à la drogue. La politique suisse se base sur quatre piliers : la mise en application des lois, le traitement, la prévention et la réduction des risques.

### **Concept et objectifs**

Les objectifs fondamentaux des SCMR suisses sont de fournir des services sanitaires et sociaux aux usagers de drogues, d'améliorer l'état de santé des usagers dépendants et de faciliter leur réintégration dans la société. Les SCMR cherchent aussi à réduire les troubles à l'ordre public liés à la consommation de drogues dans les lieux publics.

### **Prestation de services**

Il existe 13 SCMR réparties dans huit villes à travers la Suisse, dont la plupart sont situées dans la partie allemande du pays. Les SCMR atteignent leur population cible, qui les acceptent à leur tour.

En 2011, des normes nationales furent développées pour toutes les SCMR en Suisse.<sup>41</sup> Ces normes fournissent des directives quant à la prestation de services, y compris la prévention et la prise en charge du VIH et de l'hépatite,

les soins de santé généraux (traitement de la dépendance, appui-conseil, amélioration de l'hygiène et traitement des abcès), et au bon fonctionnement des SCMR (critères d'admissibilité et règlement).

Pour être admis, les clients doivent avoir au moins 18 ans, être dépendants (les usagers occasionnels n'ont pas accès aux SCMR) et avoir un document d'identité officiel. Les clients doivent suivre un règlement qui interdit la violence, la vente et l'achat de drogues au sein de l'établissement et la consommation à l'extérieur de la SCMR (par exemple, dans la cafétéria ou les toilettes). Le règlement contient aussi des conseils quant aux conditions de travail des employés, aux outils d'évaluation utilisés pour contrôler la qualité des services, à la protection légale des données obtenues, et à la collaboration avec le public et la police.

Le personnel est composé d'infirmier(e)s et d'assistant(e)s sociaux/ales. Les services proposés comprennent des cabines pour s'injecter, fumer ou inhaler, une cafétéria qui propose de la nourriture et des boissons non-alcoolisées, des services de santé, des services d'aide sociale, des services d'hygiène (douches et vêtements propres), des PAS et la possibilité pour les clients d'être orienté(e) vers des programmes et cliniques de traitement de la dépendance.

### **Profil des clients**

Il est difficile de récolter des données nationales sur le profil des clients des SCMR. A Berne, la majorité des clients sont des hommes (74.1%) de plus de 35 ans qui consomment des drogues depuis de nombreuses années. Les drogues les plus communément utilisées sont (par ordre de popularité) l'héroïne, la cocaïne, les benzodiazépines, le cannabis, les produits de substitution et l'alcool. Dans une SCMR à bas-seuil à Genève, les clients sont composés de 72.2% d'hommes et 27.8% de femmes, l'âge moyen est de 32 ans et les clients s'injectent majoritairement de la cocaïne et de l'héroïne.<sup>42</sup>

### **Résultats**

Suite à l'introduction des SCMR, le nombre de décès liés à la consommation de drogues a diminué. Plusieurs études ont démontré l'impact positif des SCMR sur la réduction du taux d'infection au VIH et à l'hépatite C chez les jeunes usagers de drogues. Des changements positifs ont également été observés au niveau des comportements d'injection et au niveau de l'hygiène des clients. Ceci a été confirmé par diverses études suisses qui concluent que le partage des seringues a diminué dans le pays.<sup>38</sup>

### **Défis et prochaines étapes**

Les établissements offrant des services de réduction des risques et à bas-seuil ont adapté leurs prestations en fonction des besoins changeants de leurs clients, afin de répondre aux nouveaux modes de consommation, aux nouvelles substances et aux différents types de clients tels que les jeunes usagers et les usagers de longue durée.

Par exemple, il y a 18 mois de cela, Contact Netz changea sa stratégie de réduction des risques en s'éloignant d'un modèle basé sur l'acceptation pour se concentrer sur des services développementaux. L'anonymat des clients fut levé pour obtenir des informations quant à la situation du groupe ciblé et pour permettre de prévoir plus précisément le parcours de soins des clients. Ce changement a entraîné le développement de services centrés sur le groupe cible, avec une structure quotidienne pour les usagers plus âgés qui consomment depuis longtemps, et des services d'appui psychologique pour les plus jeunes au lieu de les orienter vers des programmes en dehors de la SCMR. Les conséquences de ce changement ont été positives et la collaboration avec d'autres prestataires s'améliore également.

Le soutien politique, le travail en réseau et la coopération positive avec les services de police locaux sont également nécessaires à l'existence à long-terme des SCMR, et il reste certainement des points à améliorer dans ce domaine.

## **Conclusions et défis subsistants**

Les SCMR sont au centre des débats dans le domaine de la réduction des risques et des politiques relatives à la drogue. Il a été prouvé que ces établissements ont un impact positif sur la santé et le bien-être des usagers et de la communauté environnante. Cependant, les responsables politiques et les médias empêchent l'introduction ou la multiplication des SCMR. Des initiatives récentes qui cherchent à démontrer la nécessité de ces salles ont été lancées à Anvers en Belgique, à Marseille en France, à Turin en Italie, au Royaume Uni et dans d'autres pays, jusqu'à présent sans évolution concrète. La seule exception est le cas du Danemark où le Parlement a récemment fait passer une loi qui pose les bases légales du développement des SCMR dans le pays.

Si l'opinion publique est souvent contre l'introduction de tels établissements, l'acceptation publique est considérablement élevée dans les endroits où les SCMR ont été mises en place, vu que l'ouverture des salles conduit invariablement à une amélioration des problèmes de santé et de l'ordre public. Les communautés, les habitants des quartiers affectés et les autorités locales sont habituellement impliquées dans le bon fonctionnement des établissements grâce à des liens de coopération et de communication. L'implication des usagers de drogues dans la conception et la gestion des établissements est aussi essentielle à l'acceptation et au succès de l'initiative.

En termes d'efficacité, il est évident qu'avec l'évolution des modes de consommation (drogues inhalées ou fumées), l'arrivée de nouvelles substances (tels que les stupéfiants légaux) consommés par un nouveau groupe d'usagers (les jeunes), les SCMR auront besoin d'adapter leurs services. Le défi auquel les SCMR font face est de parvenir à s'adapter à ces nouvelles réalités afin de fournir des services compétents aux usagers de drogues.

## Remerciements

IDPC et le Correlation Network souhaitent remercier tous les spécialistes suivants pour leurs importantes contributions : Dave Bewley-Taylor, College of Arts and Humanities, Université de Swansea et Consultant Associé de l'IDPC; Dirk Schäfer, Drogenreferent der Deutschen AIDS-Hilfe; Jakob Huber, Directeur de Contact Netz, et Ines Bürge, Chef de la SCMR de Contact Netz à Berne; Joakim Hauge,

Manager spécialisé dans les services de santé sur le terrain, Agency for Alcohol and Drug Addiction Services, Oslo Municipality; John Rogerson, Australian Drug Foundation; Olga Díaz Grau et Elena Adán Ibáñez, Croix Rouge de Barcelone; Patrick Klein, Abridado, Comité National de Défense Sociale et Alain Origer, Coordinateur national sur les drogues, Ministère de la santé au Canada; et Richard Elliott, Réseau Juridique Canadien sur le VIH/SIDA.

## Notes

- 1 Hedrich, D. (2004), *European report on drug consumption rooms* (Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index54125EN.html>
- 2 Information fournie par Street Lawyers, Danemark. Pour en savoir plus, veuillez lire: <http://www.talkingdrugs.org/danish-parliament-paves-the-way-towards-increased-safety-and-dignity-for-people-who-use-drugs>
- 3 Bewley-Taylor, D. & Jelsma, M. (2012), *TNI/IDPC Series on legislative reform of drug policies Nr. 18 - The UN drug control conventions: The limits of latitude*, [http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/limits-of-latitude-tni-idpc\\_0.pdf](http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/limits-of-latitude-tni-idpc_0.pdf)
- 4 INCB Report 2004, para 510,511
- 5 INCB, *Report of the International Narcotics Control Board for 1999*, (New York: United Nations, 2000), p. 26
- 6 KPMG Further evaluation of the Medically Supervised Injecting Centre 2007–2011
- 7 Hedrich, D. (2004), *European report on drug consumption rooms* (Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index54125EN.html>; Hedrich, D. et al (2010), *Drug consumption facilities in Europe and beyond in: Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (Lisbon) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>
- 8 Pour en savoir plus, veuillez consulter le site web du Réseau international des salles de consommation à moindre risque: <http://indcr.org/index.php?lang=en>
- 9 Il n'y a pas de données nationales sur les SCMR allemandes.
- 10 Données récoltées dans la SCMR à Frankfort en 2009. Ces pourcentages s'expliquent par le fait que certains usagers utilisent de l'héroïne et du crack.
- 11 Chiffres récoltés auprès des clients de la Rainbow Foundation.
- 12 Chiffres récoltés auprès des clients de la Rainbow Foundation.
- 13 Pas de pourcentages disponibles.
- 14 Information fournie par Dirk Schäfer, Drogenreferent der Deutschen AIDS-Hilfe (DAH)
- 15 Deutsche AIDS-Hilfe e.V. & Akzept e.V. (2011), *Drogenkonsumräume in Deutschland, Eine Bestandsaufnahme des AK Konsumraum*, <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/Drug-consumption-rooms-GER-MAN.pdf>; AK Konsumraum (2011), *Drug consumption rooms in Germany – A situational assessment* (AK Konsumraum & Deutsche AIDS Hilfe e.V.), [http://www.akzept.org/pdf/aktuel\\_pdf/DKR07af1Eng.pdf](http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/DKR07af1Eng.pdf)
- 16 Information fournie par John Rogerson, Australian Drug Foundation
- 17 <http://www.sydneymsic.com/>; <http://www.sydneymsic.com/how-the-centre-works>; <http://www.sydneymsic.com/images/resources/images/factsheetoct2011.pdf>
- 18 Sydney Medically Supervised Injecting Centre website, *Background and evaluation – Independent evaluation of the MSIC*, <http://www.sydneymsic.com/background-and-evaluation#Independent-evaluation>; Sydney Medically Supervised Injecting Centre (2011), Fact Sheet, <http://www.sydneymsic.com/images/resources/images/factsheetoct2011.pdf>; Sydney Medically Supervised Injecting Centre (2011), *Report to New South Wales Health*; SAHA International Limited (2008), *Final report: Economic evaluation of the Medically Supervised Injecting Centre at Kings Cross (MSIC) (SAHA: Sydney)*, [http://www.druginfo.nsw.gov.au/\\_\\_\\_data/page/1189/MSIC\\_Final\\_Report\\_26-9-08.pdf](http://www.druginfo.nsw.gov.au/___data/page/1189/MSIC_Final_Report_26-9-08.pdf)
- 19 Information fournie par Richard Elliott, Réseau Juridique Canadien sur le VIH/SIDA
- 20 *Canada (Attorney General) v. PHS Community Services Society*, 2011 SCC 44, online: <http://scc.lexum.org/en/2011/2011scc-44/2011scc44.html>
- 21 Pour en savoir plus, consulter Vancouver Coastal Health, "Supervised Injection Site", en-ligne: <http://supervisedinjection.vch.ca/home/>.
- 22 Données de Vancouver Coastal Health, "Supervised Injection Site" (User Statistics), en-ligne: [http://supervisedinjection.vch.ca/research/supporting\\_research/user\\_statistics](http://supervisedinjection.vch.ca/research/supporting_research/user_statistics).
- 23 Urban Health Research Initiative, *Insight into Insite*, en-ligne (en anglais et en français) via: <http://uhri.cfenet.ubc.ca/content/view/57/92/>.
- 24 Bayoumi, A.M. & Strike, C. (2012), Report of the Toronto and Ottawa Supervised Consumption Assessment Study, 2012, <http://dl.dropbox.com/u/64663568/library/report-toronto-ottawa-supervised-consumption-assessment-study-tosca.pdf>
- 25 Information fournie par Olga Díaz Grau and Elena Adán Ibáñez, Croix Rouge Barcelone
- 26 Selon l'idéologie du gouvernement local, il peut être plus ou moins facile de développer une SCMR.
- 27 Munduko Medikiak (2007), *Report on drug consumption rooms*
- 28 Données du DCRS 2009 espagnol, à l'exception des données de La Mina, Catalogne.
- 29 European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction (2010), *2010 National Report (2009 data) To the EMCDDA by the Reitox National Focal Point SPAIN – New Development, Trends and in-depth information on selected issues* (Lisbon: EMCDDA)

- 30 Les SCMR espagnoles sont des membres actifs de l'International Network of Drug Consumption Rooms (INDCR) depuis sa création en 2007.
- 31 Information fournie par Patrick Klein, Abrigado, Comité National de Défense Sociale and Alain Origer, National Drug Coordinator, Ministry of Health
- 32 Trimbos Instituut (2009), *Evaluation of the national drug action plan (2005–2009)* (Luxembourg, Utrecht)
- 33 Information fournie par Joakim Hauge, Manager Field Health Services, Agency for Alcohol and Drug Addiction Services, Oslo Municipality
- 34 Hilgunn Olsen and Astrid Skretting. Nye lokaler - andre resultater? – viderført evaluering av sprøyteromsordningen i Oslo. SIRUS-rapport nr 7/2009, <http://www.sirus.no>; Hilgunn Olsen and Astrid Skretting. Hva nå? Evaluering av prøveordning med sprøyterom. SIRUS-rapport nr 7/2007, <http://www.sirus.no>
- 35 Information fournie par Eberhard Schatz, Rainbow Foundation et Coordonnateur du Projet du Correlation Network
- 36 Hedrich, D. (2004), *European report on drug consumption rooms* (Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index54125EN.html>
- 37 Schatz, E., Schiffer, K. & Kools, J.P. (2011), *IDPC Briefing Paper - The Dutch treatment system and social support system for drug users: Recent developments and the example of Amsterdam* (International Drug Policy Consortium & The Correlation Network), <http://idpc.net/publications/2011/01/idpc-paper-dutch-drug-treatment-programme>
- 38 Chiffres collectés auprès des clients de la Rainbow Foundation
- 39 Havinga, P. & Van der Poel, A. (2011), *Gebruiksruimten in Nederland: Update van de handreiking bij organisatie en inrichting* (Trimbos Institute), [http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/alcohol-en-drugs/af/~media/files/inkijkexemplaren/af1051%20gebruiksruimten%20in%20nederland\\_web.ashx](http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/alcohol-en-drugs/af/~media/files/inkijkexemplaren/af1051%20gebruiksruimten%20in%20nederland_web.ashx); European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction & Trimbos Institute (2011), *The Netherlands Drug Situation 2011, Reitox National Focal point* (EMCD-DA & Trimbos Institute)
- 40 Information fournie par Jakob Huber, Directeur of Contact Netz, et Ines Bürge, Chef de la SCMR de Contact Netz à Bern
- 41 Standards Kontakt- und Anlaufstellen, 2. Überarbeitete Version 2011, Infodrog und Fachverband Sucht
- 42 Dubois-Arber, F., Benninghoff, F. & Jeannin, A. (2008), 'Typology of injection Profiles of clients of a supervised drug consumption facility in Geneva, Switzerland', *European Addiction Research*, **14**: 1–10
- 43 Dubois Arber, C.H. et al. (2008), *Profils of clients* (Europ Addiction Research); Gutachten zur rechtlichen Zulassung von Fixerräumen Schultz Bundesamt für Gesundheit BAG 1989; Spreyermann, C. and Willen, C (2002), *Evaluationsbericht Pilotproject Cactus. Evaluation der Kontakt- und Anlaufstelle des Contact Netz Drop-in Biel* (Berne: Sfinx), <http://www.infoset.ch/inst/infodrog/pix/txt/brr/EvalCactusD.pdf>

**Le Consortium International sur les Politiques des Drogues (IDPC) est un réseau mondial d'ONG et de réseaux de professionnels spécialisés dans les questions relatives à la production, au trafic et à la consommation de drogues. L'IDPC promeut un débat ouvert et objectif sur l'efficacité, la direction et le contenu des politiques nationales et internationales relatives à la drogue, et soutient des politiques basées sur des preuves scientifiques solides et cherchant à réduire les dommages liés à la drogue. L'IDPC produit des documents d'information, diffuse les rapports de ses organisations membres et offre des conseils experts aux responsables politiques à travers le monde.**

Produit en collaboration avec le  
Correlation Network



Financé, en partie, par Open Society  
Foundations



International Drug Policy Consortium  
5th floor, 124–128 City Road, Londres  
EC1V 2NJ, Royaume-Uni

Téléphone: +44 (0)20 7324 2975  
Email: [contact@idpc.net](mailto:contact@idpc.net)  
Site internet: [www.idpc.net](http://www.idpc.net)

Copyright (C) 2012 International Drug Policy Consortium tous droits réservés