

# SALLES DE CONSOMMATION

à moindres risques pour usagers de drogues



**CONFÉRENCES-DÉBATS**  
27 juin et 5 octobre 2011

**PARIS**  
santé

# CONFÉRENCE-DÉBAT DU 27 JUIN 2011

animée par Frédérique Prabonnaud, journaliste.

## Préambule

Le Conseil de Paris s'est prononcé, le 19 octobre 2010, en faveur de l'expérimentation d'au moins une salle de consommation supervisée de drogues dans la capitale française. Cette volonté politique a été émise après un long travail très approfondi de près d'une année d'élus locaux issus des Villes de Paris, Marseille, Lille, Le Havre, Bordeaux, Saint Denis et d'Annemasse.

L'origine de ce travail fut en partie provoquée par la situation extrêmement préoccupante dans le Nord-Est parisien des usagers de drogues désocialisés : un état sanitaire très dégradé des personnes, des situations humaines sociales dramatiques et des questions d'ordre public non résolues...

La Ville de Paris, en partenariat avec l'association ASUD et la Région Île-de-France, a continué cette sensibilisation en ouvrant le débat aux parisiens et franciliens à travers deux conférences sur les salles de consommation organisées (27 juin et 05 octobre 2011) afin de les informer en toute transparence de ces " nouveaux " outils sanitaires et sociaux de réduction des risques désormais - considérés - comme indispensables.

Conférence-débat du 27 juin p. 3

Conférence-débat du 5 octobre p. 24

## Sommaire

### Présentation p. 4

- Frédérique Prabonnaud, journaliste spécialisée sur les sujets de santé
- Pierre Chappard, de l'association Auto Support des Usagers de Drogues
- Jean-Marie Le Guen, adjoint au Maire de Paris, chargé de la santé publique et des relations avec l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
- Laure Lechatellier, vice-présidente du Conseil régional d'Île-de-France chargée de l'action sociale, des formations sanitaires et sociales, de la santé et du handicap

### Usage de drogues et réduction des risques : contexte nationale et situation parisienne p. 9

- Marie Jauffret-Roustide, sociologue à l'Institut de veille sanitaire (InVS)
- Catherine Duplessy-Garson, directrice de l'association SAFE,
- Pierre Leyrit, directeur de l'association Coordination Toxicomanies

### Questions et débat avec les participants p. 16

### L'expérience de Quai 9 à Genève p. 17

- Frédéric Hohl, député élu au Grand Conseil de l'Etat de Genève
- Philippe Bertschy, chef de la police judiciaire
- Martine Baudin, directrice de Quai 9
- Alexandre Pesenti, intervenant de Quai 9

### Conclusion p. 23

- Emmanuel Hirsch, professeur d'éthique médicale, université Paris-Sud XI

# Présentation

**Frédérique Prabonnaud**, journaliste spécialisée sur les sujets de santé

Bonjour et bienvenue pour ce premier débat sur les Salles de Consommation de drogues à Moindres Risques (SCMR) et la Réduction des Risques (RDR), organisé par l'association Auto Support des Usagers de Drogues (ASUD), la Mairie de Paris et le Conseil Régional d'Île-de-France.

Ces derniers temps, l'actualité a beaucoup porté sur les SCMR, qu'on les appelle salles de shoot ou salles de consommation en fonction du regard que l'on porte sur elles.

Il y a d'un côté ceux qui les voient comme une porte ouverte vers la légalisation des drogues voire sa promotion, de l'autre ceux qui les présentent comme un outil supplémentaire de RDR.

Ce débat veut faire le tour des enjeux sur les SCMR en s'appuyant sur une expérience concrète de terrain de nos voisins suisses : Quai 9.

Quels résultats en matière de RDR en particulier sur les overdoses, le sida et les hépatites ?  
Quels résultats sur la criminalité, sur la tranquillité publique ?  
Quels accueils par les riverains, la population ? Quelle est la réaction de la police ?

Pour répondre à ces questions, des invités suisses nous font l'honneur d'être présents : Frédéric Hohl, député de l'Etat de Genève, Martine Baudin, la directrice de Quai 9, ouvert par l'association Première ligne. Chaque jour, une centaine d'usagers de drogues sont accueillis à Quai 9 par des infirmiers et travailleurs sociaux ; leur rôle sera présenté par Alexandre Pesanti. Un autre point de vue intéressant est celui de la Police judiciaire, représentée par Philippe Bertschy. Nous aurons aussi l'occasion de faire un focus sur la région Île-de-France et sur la situation parisienne.

**Accueil par Pierre Chappard**, association Auto Support des Usagers de Drogues (ASUD)

Cette conférence est issue du partenariat entre ASUD, la Mairie de Paris et le Conseil Régional d'Île-de-France. Le travail a commencé le 19 mai 2009 lorsqu'un collectif d'associations a monté une SCMR dans les locaux d'Asud pour alerter les politiques et les médias sur plusieurs points :

- Le premier concerne l'épidémie d'hépatite C dont personne ne parle mais qui fait 4000 morts en France.

- Le deuxième est l'asphyxie de la RDR qui est prise dans les griffes d'une répression accrue.
- Le troisième est l'alerte à propos d'usagers de drogues en grande précarité qui échappent à tous les dispositifs socio-sanitaires et qui prennent des risques sanitaires maximales.

Cette action a été un succès médiatique inattendu, ce qui nous a permis de contacter de nombreux hommes et femmes politiques. Notamment, le député UMP Michel Heinrich. Celui-ci a ensuite posé une question à l'Assemblée Nationale à Mme Bachelot en lui demandant quand la France allait ouvrir des SCMR. Mme Bachelot a répondu qu'un rapport Inserm était en cours et que si ce rapport était favorable, le gouvernement soutiendrait l'ouverture des SCMR.

Ce rapport est rendu public en juin 2010 et en juillet Roselyne Bachelot tient parole et annonce " une grande concertation dans le but d'expérimenter les SCMR ". Mais un mois après, il y a eu la fameuse phrase du Premier Ministre François Fillon : " ces salles ne sont ni utiles, ni souhaitables ".

La deuxième rencontre est celle avec Jean-Marie Le Guen, dont naîtra un séminaire d'élus locaux sur les SCMR avec des villes très différentes, autant politiquement que géographiquement : Paris, Marseille, Lille, Bordeaux, Le Havre, Annemasse qui est près de Genève, et Saint-Denis.

Ce séminaire d'élus locaux, porté par l'association Élus, Santé publique et Territoires (ESPT) va rendre un rapport en septembre 2010, demandant à l'Etat de prendre les mesures juridiques pour pouvoir expérimenter les SCMR.

Ces deux rapports, celui de l'Inserm et celui des élus, vont déclencher et nourrir un débat national entre juin 2010 et octobre 2010. Ce débat va être alimenté par le fait que la Mairie de Paris prenne officiellement position pour l'expérimentation d'au moins une salle de consommation ; il va être alimenté par la pétition de l'association Élus locaux contre le sida signée par plus de 300 élus en faveur des SCMR ; il va être alimenté par un sondage qui montre que 53 % des français sont en faveur des SCMR, et enfin par le Conseil régional d'Île-de-France qui va débloquer 300 000 € pour la première commune qui installera une SCMR.

Depuis ce premier débat, on est resté un peu bloqué, le gouvernement ne change pas de position. Mais les villes continuent, elles, de leur côté à travailler. La Ville de Paris en formant les leaders d'opinion et la ville de Marseille plus concrètement en préfigurant ce que pourrait être une SCMR à Marseille.

Si ce lobby a marché c'est grâce à l'alliance entre des associations très différentes : ASUD pour sa légitimité à parler de la place des usagers de drogues, Act Up - Paris avec son punch et sa possibilité d'interpellation, la Fédération Addiction avec tout son réseau et son côté " respectable ", SOS hépatites par rapport à l'épidémie d'hépatites C qui touchent les usagers de drogues, Safe et Gaïa qui sont des associations de terrain et font remonter l'information.

La deuxième alliance est celle entre des associatifs et des élus qui va permettre au débat de sortir du champ associatif pour rentrer dans celui du politique et surtout dans celui de la politique territoriale. Cette conférence en est la preuve.

Il faut ajouter un mot sur l'intérêt des SCMR pour les usagers de drogues.

Les SCMR les protègent des overdoses, des contaminations VIH/VHC et de toutes les maladies qu'ils peuvent attraper dans la rue, mais ce qui est peu pointé, c'est que les SCMR les protègent aussi de toute la violence de la rue. Les SCMR permettent aux usagers les plus précaires qui sont addicts à un produit mais aussi à la scène de consommation, à son contexte, de casser cette addiction et de proposer autre chose.

Il ne faut pas oublier aussi que les SCMR sont un outil fort de citoyenneté. A l'heure actuelle, des usagers de drogues shootent dans des cages d'escaliers, des toilettes publiques, des halls d'immeubles, c'est le reflet de notre indignité et cela les enferme dans la marginalisation. Les SCMR leur donnent un lieu dans la ville, les réintègrent autant concrètement que symboliquement dans la cité.

Pour conclure, les SCMR ne sont pas LA solution à tous les problèmes, mais elles sont un outil nécessaire à la politique de RDR, elles représentent un chaînon manquant à cette politique.

Comme la RDR, la compréhension sur les SCMR n'est pas innée et il est plus facile de se faire passer pour un tenant de l'ordre moral que d'être pédagogue sur le sujet, notamment quand on est un responsable politique.

Cette conférence a pour but d'être pédagogique et objective, et de présenter toutes les facettes des SCMR.

**Jean-Marie Le Guen**, *adjoint au Maire de Paris, chargé de la santé publique et des relations avec l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris*

Je remercie tous les élus parisiens d'être ici car ils montrent que c'est un engagement serein et déterminé de la Ville de Paris. Cet engagement est déterminé car il part d'un constat appuyé par des faits scientifiques et partagés par de nombreux voisins européens. On parle souvent de la Suisse mais il y a des SCMR en Espagne, en Hollande, en Allemagne, etc.

Avec nous, il y a des communes aux courants différents mais qui se reconnaissent dans les SCMR. En face, il y a un gouvernement ou tout au moins une partie du gouvernement qui s'appuie sur de l'idéologie. La prochaine étape va être au-delà de s'adresser aux experts, aux associatifs et aux politiques locaux, de s'adresser à la population. Ces questions sont récupérées et permettent de faire peur à la population avec un laxisme supposé, un défaitisme supposé pour les partisans des SCMR face aux problèmes d'ordre public.

Sur ces questions-là, nous voulons démontrer tout le contraire. Notre engagement est fondamental en matière de santé publique. Nous n'acceptons pas qu'un certain nombre de nos concitoyens soient dans des situations sanitaires et sociales catastrophiques. Nous voulons les réintégrer dans leurs droits de citoyen sur le plan sanitaire et sur le plan social.

Nous savons aussi que ces mêmes quartiers, alors qu'on déploie devant nous le drapeau de l'ordre public, sont abandonnés sans autre forme de considération pour la population.

Certains vont faire peur à cette population alors qu'elle est elle-même victime de ces scènes ouvertes.

Un exemple : la place Stalingrad est occupée par des dealers et des consommateurs. La solution proposée a été de dissoudre cette scène par la police et immédiatement cette scène s'est déplacée dans d'autres quartiers.

Il est fondamental pour répondre à cette problématique de tenir compte de la question éthique et de ne pas sombrer dans la démagogie.

La sécurité et la tranquillité publique sont des arguments utilisés par les détracteurs des SCMR et pour l'emploi des forces de l'ordre. Mais en fait ce sont les partisans des salles qui sont pour la tranquillité publique quand ces détracteurs sont prêts à laisser la situation dans les quartiers s'aggraver, et pour les usagers de drogues, et pour les habitants.

Au cours des discussions au sein du Conseil de Paris, il est apparu la volonté de punir des pratiques et donc des individus. Nous étions accusés de vouloir cacher des pratiques alors que celles-ci auraient dû être punies. C'était la théorie du pilori.

D'un certain point de vue, nous voulons cacher, car si l'individu est exposé, il subit une violence supplémentaire et nous pensons que la violence envers les populations qui subissent ces scènes n'est pas du tout éducative, s'il existe des violences éducatives.

In fine, le débat est là : faut-il ou non exposer ces pratiques, ces individus ?

C'est le rôle des experts, des associatifs, des politiques de faire mûrir un débat. Ces débats ont pour vocation d'être appropriés par la population. Nous souhaitons que la population s'approprie ces questions de santé publique.

Grâce à ce débat démocratique et nourri - sur les SCMR, nous allons pouvoir avoir un débat avec nos concitoyens et nous ferons bouger les lignes sur plusieurs sujets car nous allons mettre en avant la problématique humaine et du soin avant celle de l'ordre public. Et pourtant l'ordre public va se retrouver compatible avec un plus grand soin à la personne.

**Laure Lechatellier**, *vice-présidente du Conseil régional d'Ile-de-France chargée de l'action sociale, des formations sanitaires et sociales, de la santé et du handicap*

Le Conseil Régional veut être associé, pas simplement en tant que financeur, mais en tant que partenaire sur ce débat de société.

La question qui nous réunit ce soir est une question complexe, porteuse d'émotions, d'expériences, de représentations. Il m'a fallu à moi aussi réussir à convaincre mes collègues des enjeux des SCMR. Il y a un travail de pédagogie et d'information. Nous avons monté des colloques, des auditions de qualité qui ont permis de faire basculer les quelques réticences de notre propre majorité. Cela explique aujourd'hui notre engagement total sur ces questions.

En tant que militante écologiste, cela fait bien longtemps que j'ai adhéré à la cause mais en tant que collectivité, la région n'est pas décisionnaire sur les questions de santé. Ceci étant dit, la région d'Ile-de-France qui normalement gère les transports, les lycées,

le développement, s'attache depuis 10 ans à s'engager sur des questions sociales, de solidarité, d'exclusion et de prévention.

La Région a décidé de soutenir à hauteur de 300 000 € la commune qui souhaiterait implanter une SCMR sur son territoire.

Je pense que pour les prochaines échéances électorales, à voir tous les participants à cette conférence, ces questions seront au centre du débat. Je pense que les différences se feront sur des débats de société et notamment des débats qui émergent actuellement.

Je vous souhaite de bons travaux et un bon colloque.

# Usages de drogues et réduction des risques : contexte national et situation parisienne

**Marie Jauffret-Roustide**, *sociologue à l'Institut de veille sanitaire (InVS)*

Présentation des enjeux sociologiques, politiques et épidémiologiques de la RDR. Ils apportent quelques éléments de cadrage pour lancer le débat sur les SCMR.

D'abord, quelques concepts de réduction des risques :

- L'usage de drogues constitue une pratique à haut risque vis-à-vis de la transmission des risques infectieux et des overdoses, mais également sur son impact social dans la mesure où l'usage peut être associé à la stigmatisation et dans une certaine mesure à la marginalisation.
- Certains contextes comme la précarité, la consommation au sein du couple, l'initiation à l'injection favorisent la transmission des risques infectieux et en particulier de l'hépatite C.
- En France, pour faire face à ces risques, une politique de réduction des risques a été mise en place et se caractérise par quelques mesures phares : 1987, mise en vente libre des seringues ; 1992, création du groupe d'autosupport ASUD et développement des programmes d'échanges de seringues ; 1993, ouverture de la première boutique ; 1995, autorisation des Traitements de Substitution aux Opiacés (TSO) ; 10 ans après en 2005, inscription du référentiel de la RDR dans la loi de santé publique qui donne une assise à la RDR, souvent menacée, et 2010, le rapport Inserm préconisant l'expérimentation d'une salle d'injection supervisée (plutôt que des SMCR) à partir d'une évaluation des études internationales.
- Au-delà de la France, la politique de RDR constitue une réponse pragmatique à la question des drogues depuis les années 90 et le paradigme dominant en Europe aujourd'hui. Cette politique de RDR s'inscrit plus globalement dans la nouvelle santé publique qui place les usagers au cœur du système de santé publique.



Les fondamentaux de la réduction des risques :

- Elle se caractérise par une approche pragmatique de la santé publique. Elle rompt avec l'idéal d'éradication des drogues, idéal utopique, et s'efforce de mettre à distance une vision moralisatrice des drogues. Les dimensions de l'ordre moral et de l'ordre public ne doivent pas être mises à l'écart dans les débats, mais doivent être discutées car il s'agit des arguments mis en avant par les opposants aux SCMR.
- La RDR est basée sur le non jugement de l'usage de drogues et s'adapte aux besoins exprimés des usagers de drogues. Elle promeut la capacité des usagers de drogues à modifier leur comportement et à se prendre en charge. Cette politique s'appuie sur une vision d'un usager responsable vis-à-vis de lui-même et de la communauté.
- Cette politique se caractérise enfin par une volonté d'aller vers les usagers, une démarche de proximité. Il est donc essentiel d'implanter les dispositifs dans des environnements favorables, comme les SCMR dans les scènes de consommation.
- La politique de RDR s'inscrit dans une politique plus globale de réduction des inégalités d'accès aux soins. Les usagers de drogues ont droit aussi d'avoir accès à des soins de qualité, au même titre que le reste de la société dont ces usagers font partie intégrante.

Les dernières données relatives à l'estimation du nombre d'usagers problématiques produites par l'OFDT en 2006 sont actuellement les seules données disponibles, mais elles peuvent être discutées quant à leur définition et à la méthode utilisée.

- En France, 230 000 personnes ont un usage problématique c'est-à-dire soit elles injectent, soit elles consomment régulièrement des amphétamines, de la cocaïne ou de l'héroïne.
- Le nombre d'injecteurs actifs est estimé à 81 000 personnes.

Concernant l'injection, les données issues de l'enquête Coquelicot réalisée entre 2004 et 2007 par l'InVS avec le soutien de l'ANRS sont des données nationales, mais qui reflètent la réalité parisienne étant donné le poids important représenté par Paris. Ces données vont être réactualisées en 2011.

70 % des personnes interrogées ont injecté au moins une fois dans leur vie. La moyenne d'âge de la première injection est 20 ans et le plus souvent (83 %) elle est faite par un autre usager. Cette première injection réalisée par un tiers représente un important moment à risque de transmission du VHC.

- 40 % des usagers de drogues ont déclaré avoir injecté au moins une fois dans le dernier mois et la prévalence de l'injection est plus élevée chez les moins de 30 ans (58 %).
- Paris se caractérise par une consommation de crack beaucoup plus élevée, le crack/free base étant le premier produit consommé dans le dernier mois pour 30 % des usagers, viennent ensuite la cocaïne pour 27 % et l'héroïne pour 21 %.
- Chez les usagers de drogues de moins de 30 ans, plus d'un quart ont déjà l'hépatite C, aucun n'a le VIH.
- Il existe une disparité importante pour le VIH et le VHC selon les villes : à Paris, la prévalence du VHC s'élève à 60 % et celle du VIH à 11 %. Marseille se caractérise par une prévalence du VIH particulièrement élevée (31 %) alors qu'elle n'atteint que 1 % à Lille. La prévalence du VHC est supérieure à 40 % dans l'ensemble des villes.

- Les pratiques à risques persistent malgré l'accessibilité accrue du matériel ces dernières années : 13 % des usagers de drogues disent avoir partagé leur seringue dans le dernier mois et 38 % le petit matériel (cuiller, coton, eau de rinçage) avec un risque de transmission du VHC important lors de ces pratiques. À Paris se rajoute le risque du partage de la pipe à crack. La littérature internationale a montré que les lésions qui se situent sur les lèvres et les mains peuvent représenter un risque de transmission de l'hépatite C. À Paris, 8 usagers de drogues sur 10 ont partagé leur pipe à crack dans le dernier mois. Un usager sur 4 partage sa paille de sniff.
- Des populations sont particulièrement vulnérables vis-à-vis de la transmission des maladies infectieuses : les moins de 30 ans, les femmes qui consomment dans le couple, les migrants en situation de précarité. Ces populations ont en général une moins bonne connaissance des modes de transmission du VHC et un moindre contact avec les dispositifs de RDR.
- En France, l'accès au matériel est important même si des progrès sont à faire, en termes d'accessibilité sur l'ensemble du territoire et de diversité des matériels adaptés aux pratiques des usagers. Il est primordial d'innover pour développer des actions de RDR adaptées aux populations et aux pratiques et de prendre en compte le contexte social de consommation.

Pourquoi cette exposition aux risques persiste-t-elle alors qu'il y a une accessibilité accrue aux matériels ?

Elle persiste à cause de la précarité des conditions de vie des usagers de drogues qui les rend plus visibles et les fragilise. La consommation dans la rue expose les usagers à une peur permanente qui les empêche de mettre en œuvre des stratégies efficaces de RDR, même dans les situations où les usagers ont une bonne connaissance des risques.

Par ailleurs, la répression et la stigmatisation dont sont victimes les usagers s'accompagnent de violences physiques et parfois psychiques qui peuvent également entraîner une baisse de la vigilance vis-à-vis des stratégies de protection.

L'augmentation de la consommation de stimulants a pour conséquence des injections répétées et donc une exposition aux risques accrue.

Objectifs des SCMR :

- Réduire les risques sanitaires liés à l'usage et notamment les overdoses. Une étude récente publiée dans le Lancet montre une réduction de 35 % des overdoses autour des SCMR à Vancouver.
- Elles permettent l'accès aux soins mais aussi aux droits pour les usagers de drogues et notamment pour les populations qui ne fréquentent pas les dispositifs existants de RDR, et constituent donc des populations particulièrement exposées aux risques de transmission.
- Elles peuvent favoriser les transitions vers des modes de consommation à moindre risque.
- Elles limitent les troubles à l'espace public et apaisent les relations entre riverains et usagers de drogues en inscrivant ceux-ci dans le dispositif (ramassage des seringues).

Pour conclure :

La politique de RDR a fait largement ces preuves sur la transmission du VIH et sur la baisse de quelques pratiques à risques (partage de la seringue, par exemple).

L'impact de la RDR semble moindre sur le VHC. En France, nous manquons actuellement de recul et de données sur l'hépatite C. D'autres pays comme les Pays-Bas ont montré que lorsque les usagers ont un large accès aux TSO et au matériel d'injection, on observe une diminution de la transmission de l'incidence de l'hépatite C, c'est-à-dire des nouveaux cas de transmission.

Une limite actuelle de la politique de RDR est qu'elle est centrée sur le modèle de l'utilisateur de drogues injecteur d'héroïne alors que ce modèle évolue, les pratiques sont de plus en plus diversifiées, en particulier avec l'augmentation de la consommation de crack. Il est donc primordial de prendre en compte ces évolutions et de proposer des outils adaptés.

Par ailleurs, il est indispensable d'intervenir sur le contexte social de consommation, d'améliorer les connaissances des usagers de drogues sur les risques de transmission en essayant de promouvoir l'éducation aux risques liés à l'injection ou aux autres modes de consommation et de s'appuyer sur la responsabilité des usagers de drogues pour modifier leurs pratiques. Agir sur le contexte social de la consommation permet également de limiter les risques pour la communauté dans son ensemble.

Pour un débat serein, il est nécessaire de s'extraire des oppositions entre SCMR et arrêt de l'usage. Ces deux optiques ne sont pas contradictoires. Elles peuvent s'inscrire dans une dimension gradualiste de la RDR qui va promouvoir un continuum entre RDR et sevrage et donc proposer aux usagers de drogues des possibilités adaptées tout au long de leur trajectoire.

**Catherine Duplessy-Garson**, directrice de l'association SAFE  
**Pierre Leyrit**, directeur de l'association Coordination Toxicomanies

Safe a une mission nationale d'observation des pratiques de RDR pour les structures hors champ médico-social, et d'amélioration et diversification des outils de prévention. Au niveau de la région Île-de-France, l'association anime un dispositif d'automates, comprenant plus de 60 sites d'échanges de seringues dont 32 à Paris. Le programme d'échange de seringues (PES) de SAFE à Paris est en volume le plus important PES de France.

Coordination Toxicomanies (CT) est née il y a une dizaine d'années à partir d'une problématique spécifique à l'Est parisien. Des contestations d'habitants remettaient en cause les actions des acteurs de RDR, et avec elles, la question des politiques publiques. Ce contexte a amené à réfléchir à l'intégration des dispositifs de RDR sur un territoire donné.

• Présentation du contexte parisien en lien avec le national :

La politique de RDR est une politique nationale inscrite dans la loi depuis le 9 août 2004. Il y apparaît qu'elle relève de l'Etat sans préjudice des financements des collectivités territoriales.

Ces actions de RDR sont mises en œuvre par des dispositifs variés : au niveau national, on compte 131 CAARUD, 62 échanges de seringues fixes ou mobiles, 261 automates, 55 structures qui réalisent des interventions en milieu festif, 24 associations qui portent des programmes d'échange de seringues en pharmacie, et plus de 300 CSAPA.

• Les missions de RDR sont cadrées par des textes :

- Décret CAARUD de 2005 avec le référentiel, décret CSAPA de 2007 avec une circulaire de 2008.

- Les CAARUD portent 5 missions :

- \* l'accueil collectif et individuel avec information et conseil personnalisé pour les usagers de drogues,
  - \* l'orientation et accompagnement des usagers de drogues dans l'accès aux soins de droit commun et spécialisés,
  - \* l'orientation et accompagnement des usagers pour l'accès aux droits sociaux,
  - \* la distribution de matériel de prévention,
  - \* le contact (intervention à l'extérieur du centre en vue d'aller au contact des usagers).
- Tout cela peut se faire en lien avec les CSAPA, le plus souvent sous forme de convention.

• L'offre de RDR à Paris :

Paris possède la file active d'usagers de drogues la plus importante de France. C'est un département où l'on enregistre l'un des plus hauts niveaux de vente de TSO et de trousse de prévention, et on constate une hausse constante de l'activité de distribution de matériel par les automates.

Paris est doté de 9 CAARUD, 21 CSAPA et 32 automates, et il existe en complément des dispositifs d'interventions en espaces festifs comme " Fêtez Clairs " par exemple.

Il existe une grande diversité dans les services proposés, des centres de soins hospitaliers aux programmes à bas seuil associatifs. Il y a beaucoup de CAARUD à Paris, mais on constate qu'ils sont principalement concentrés sur le Nord-Est parisien.

Les automates sont mieux repartis sur le territoire parisien, même s'il reste quelques arrondissements non couverts.

Les maraudes sont elles aussi concentrées sur le Nord-est parisien, des quartiers entiers ne sont pas couverts.

Dans le Nord-est parisien, on enregistre 85 000 passages dans les CAARUD et une file active cumulée pour les 6 CAARUD de 3 700 personnes (il peut exister des doublons).

20 000 contacts ont été initiés en maraudes dans le Nord-est, 3 500 dans les autres quartiers de Paris.

• Les automates :

Actuellement, il y a 32 sites dans 16 arrondissements. Les quartiers non couverts sont les 4ème, 5ème, 8ème, 17ème. Et dans certains arrondissements, la couverture est à peine suffisante.

En 2010, les automates ont permis de distribuer 350 000 seringues stériles et de collecter 200 000 seringues usagées. Ce dispositif est le seul à être ouvert 24h/24 et 7 jours sur 7, il est gratuit et anonyme. Il y a un accroissement de l'activité quasiment constant : de 8 à 10 % par an depuis 10 ans.

L'activité d'échange de seringues est compliquée dans certains quartiers pour les équipes. Par exemple, dans la seule rue de Maubeuge, plus de 100 000 seringues sont distribuées par an, ce qui implique des difficultés en termes de relation avec les riverains, en termes de salubrité publique, notamment parce qu'une partie des usagers de ce site est en situation de grande précarité.

L'activité des automates est complémentaire de celle des CAARUD, à la fois en termes d'amplitude horaire d'ouverture mais aussi en termes de file active. Les automates permettent en effet de toucher des usagers cachés, qui ne fréquentent pas les CAARUD, dans le sud et le nord de Paris.

Depuis plusieurs années, des usagers de drogues précaires fréquentent de plus en plus les automates et sont dans une situation très risquée parce qu'ils sont dans la rue, parce qu'il faut faire vite au moment de l'injection. Certains ne prennent pas tout le matériel, ne se protègent pas correctement. Ces usagers ont peur, soit parce qu'ils sont en situation irrégulière, soit parce qu'ils ont sur eux un produit ; la peur d'être contrôlé entraîne le fait que les usagers ramènent difficilement leur matériel usagé, prennent peu de matériel stérile. Cela amène des prises de risques de plus en plus fréquentes (abandon de matériel souillé, réutilisation de matériel, etc.).

Pour Safe, il est impossible de comptabiliser une file active car le dispositif est totalement anonyme. Les équipes sont quand même en contact avec des usagers soit par le biais des automates soit au local ; ils sont au moins 150.

Pour mieux connaître les pratiques, Safe a analysé les restes des seringues collectées. Le premier produit consommé est la cocaïne retrouvée dans 70 % des seringues, ensuite l'héroïne (dans 50 % des seringues), le sulfate de morphine (dans 50 % des seringues) et pour finir le Subutex® (dans 13 % des seringues). Ces chiffres montrent qu'il y a consommation simultanée de produits et réutilisation des seringues car certains produits ne peuvent pas être mélangés.

À Paris, il existe une bonne répartition de l'offre de soins. L'offre de RDR reste, elle, mal répartie même si elle est compensée par le dispositif des automates. Ces déséquilibres renforcés par la présence policière vont cantonner les usagers de drogues dans des espaces de relégation. Il y a un phénomène de récurrence des lieux de relégation. Ces lieux sont investis par les usagers de drogues, les forces de police arrivent, ces lieux sont vidés. Les usagers se déplacent vers la périphérie. Ces lieux de relégation deviennent des scènes ouvertes où il existe de la violence pour les usagers et les habitants.

Le dispositif aujourd'hui est beaucoup plus adapté qu'il y a quelques années.

Il répond à des enjeux mais les acteurs de terrain ont le sentiment que les CAARUD ne peuvent pas tout absorber et ne sont pas faits pour accompagner les enjeux en lien avec l'ordre public. Ils pensent que les SCMR apporteront un début de solution.

Pour les habitants, la concentration des dispositifs entraînent une concentration des usagers de drogues qui pose un problème d'ordre public. Chez eux, il existe une contradiction : les dispositifs sont légitimes et efficaces mais n'enraillent pas le trafic et concentrent les usagers de drogues.

Une double agression : pour les usagers et pour les riverains

Les professionnels et habitants se sentent agressés, les usagers de drogues se sentent agressés, obligés de s'exposer. Par peur de se faire contrôler par la police, ces usagers vont porter sur eux le moins de matériel possible et donc prennent de l'eau par exemple dans les toilettes. Ils sont dans des conditions de risques sanitaires maximales.

Les maraudes ne peuvent pas résoudre ces problèmes. Il faut des outils adaptés qui n'existent pas pour le moment en France. Il faut des outils nouveaux : les SCMR.

Il existe des facteurs aggravateurs de risques comme la précarité et l'absence chronique de logements adaptés aux usagers de drogues. Il ne suffit pas d'ouvrir des places d'hébergement. Il faut ouvrir des places adaptées aux usagers actifs.

Un autre facteur est l'errance qui empêche toute insertion et tout accès aux soins de manière durable.

L'illégalité sur le territoire est un autre facteur qui va souvent conduire les usagers de drogues à avoir recours à des actes délictueux pour survivre et notamment aux deals.

Ces trois facteurs sont identifiés depuis longtemps comme aggravateurs de la situation des usagers.

Sans une structure adaptée aux problématiques des usagers de drogues, le système actuel, même s'il peut paraître présenter une palette de possibilités importantes, atteint ses limites en matière de réduction des risques, et ne parviendra pas à résoudre l'impact des comportements à risques pour les usagers eux mêmes mais aussi pour les habitants des quartiers.

Persistent aujourd'hui des situations que les associations ne peuvent pas résoudre.

Ces situations sont :

- 1) des prises de risques par les usagers de drogues les plus précaires.
- 2) le manque d'espaces où l'on peut observer et sécuriser les pratiques les plus dangereuses. Toute une partie de la RDR ne peut pas se faire sur le trottoir. On peut faire évoluer positivement les usagers mais on ne peut le faire que dans des lieux adaptés.
- 3) les situations pour lesquelles on ne peut pas faire grand chose, notamment pour les riverains, des situations de gêne et d'insalubrité publique. A l'heure actuelle, on peut passer dans les halls d'immeuble pour parler avec les riverains, ramasser les seringues souillées ... mais quelles solutions durables existent ?

Les SCMR représentent une solution pour la santé des usagers mais aussi pour pacifier les relations avec les riverains.



## Questions et débat avec les participants

**Catherine Duplessy-Garson**, directrice de l'association SAFE

Au vu du contexte, combien faudrait-il de salles de consommation à Paris ?

Une seule ne paraît pas suffisante pour expérimenter et amènerait une situation de rassemblement et d'encombrement. Il faut aussi prendre en compte les lieux de consommation des banlieues.

Il faut entendre la question de la précarité, que les SCMR ne suffisent pas et qu'il y a besoin d'ouvrir des hébergements en parallèle, pour espérer une issue aussi positive qu'aux Pays-Bas.

# L'expérience de Quai 9 à Genève

**Frédéric Hohl**, député élu au Grand Conseil de l'Etat de Genève

Quand je suis arrivé au Parlement, j'étais contre cette salle. Le directeur de l'époque m'a invité. J'y suis allé et je me suis laissé convaincre. Il y a deux solutions : soit on décide de fermer les yeux et de dire que ça n'existe pas, soit on les ouvre et on agit. Une des stratégies pour convaincre est d'aller chercher les opposants et de leur montrer des salles.

Bien sûr, il est important de consulter et d'informer la population mais à la fin ce sont les politiques qui décident et pas la population.

En Suisse, la population peut envoyer une pétition qui sera examinée par le Parlement. Beaucoup de personnes se sont plaintes des seringues et des usagers de drogues ; avec l'arrivée de Quai 9, les avis ont évolué et aujourd'hui ces personnes demandent une ouverture plus large de la salle.

Des personnes questionnent " l'universalité " de Quai 9. Les financeurs de la salle sont la ville et l'Etat de Genève à hauteur de 2.7 millions d'euros. Donc est-il acceptable que la salle soit ouverte aux étrangers ? A Genève, il y a un parti d'extrême droite qui demande que la salle soit fermée aux étrangers.

Les opposants disent que cela incite à la consommation. Il est évident que les bus et Quai 9 ne font pas de publicité et que les jeunes ne décident pas de se droguer en voyant Quai 9. Le problème n'est pas si simple. A gauche et à droite, tous les politiques savent que c'est un dispositif positif pour la ville. Il faudrait un budget supplémentaire pour augmenter les horaires d'exploitation. La droite est même partisane pour ouvrir tous les jours.

Comment communiquer avec la population ? Pour les habitants du quartier c'est facile mais pour les autres qui ne connaissent pas la situation, c'est plus compliqué. Il est très difficile pour les gens de digérer le paradoxe d'ouvrir un lieu où l'on peut se droguer alors qu'il est interdit de se droguer.

La politique générale de la Suisse sur les stupéfiants et quelles sont les relations entre Quai 9 et la police ?

La constitution fédérale prévoit la prise en charge de toute personne dans la détresse. La RDR fait donc partie du droit constitutionnel. La loi poursuit la consommation, la production, la vente... La consommation est contractuelle.

Quand un usager de drogues est dealer, il n'est pas poursuivi si la vente couvre sa consommation. Il existe 4 piliers pour gérer la question des drogues : prévention, thérapie (sevrage), RDR, répression et régulation du marché. Ces 4 leviers peuvent agir, interagir sur un même domaine.

Chaque canton applique des législations fédérales. C'est pour cela que les locaux d'injection n'ont pas la même logique d'application. Par exemple, pour le canton de Bâle, cette prestation est reversée aux résidents, ce qui n'est pas le cas de Genève.

Même chose en matière de poursuites : le canton de Zurich a 4 fois plus de dénonciations pour consommation que le canton de Genève. Il s'agit de dénonciations associées à d'autres délits. Ainsi que de dénonciations de mineurs. Cela a pour effet d'intégrer les parents dans l'accompagnement, de leur faire ouvrir les yeux sur la consommation de leurs enfants.

Les dénonciations pour trafic des trafiquants : il s'agit de définir à partir de quelle quantité on parle de trafic. Il faut pondérer les données en fonction de cela. Mais on peut constater que la volonté du canton de Genève est de condamner les trafiquants et non pas de faire la chasse aux usagers.

Quai 9 a un effet sur le nombre de morts des usagers de drogues. Au début des années 90 jusqu'en 1995-1996 le nombre de décès est très élevé. Depuis la mise en place de la politique de RDR et la mise en place des 4 piliers, le nombre de décès a connu une baisse visible et très marquée alors qu'il n'y a pas moins de drogues en circulation dans le pays.

On remarque exactement la même chose dans le canton de Genève. Il ne fait aucun doute à mes yeux en tant que policier que le travail de Quai 9 en est en partie responsable.

Quelles sont les conséquences pour les policiers ?

Les zones de non droits sont des zones de non droits si on est dogmatique, pas si on est pragmatique et la Suisse n'a pas tendance à la moralisation. A partir du moment où la coordination se fait avec chaque partenaire et que chacun respecte le mandat de l'autre, on arrive à trouver des solutions qui sont tout à fait acceptables pour les parties.

S'il est nécessaire que la police intervienne au local, cela va se faire en avisant le local et cela peut se faire à la demande du local s'il y a des problèmes de sécurité. Des choses ont évolué comme la présence d'un garde à l'extérieur pour assurer l'accès aux usagers au local tout en garantissant la sécurité de chacun et sans que les usagers aient l'impression que la police les attend à la sortie, ce qui n'aurait aucun sens ainsi que

pour éviter la présence de trafiquants qui attendraient des usagers de drogues à la sortie du local. On a connu cette situation à Zurich dans les premiers temps. Il y a aussi des opérations de régulation avec la police de proximité et la police ferroviaire puisque Quai 9 se situe près de la gare.

C'est pour cela que la localisation de la salle est très importante. Soit elle est peu visible et peu fréquentée soit elle est très visible et très fréquentée. Il faut pouvoir mettre en place une disposition qui convienne au cadre. Quel que soit le cadre défini, il faut garantir l'accessibilité. Quai 9 est très accessible, situé derrière la gare. La salle est accessible aux Genevois mais aussi aux Français et aux personnes des cantons voisins. Est-ce que c'est le marché de la drogue genevois à bas pris qui est accessible ou est-ce que c'est la salle qui fait venir les usagers de drogues ? C'est difficile à dire. Quel lieu pour une SCMR ? Il faut un lieu dégagé où l'éclairage est bon, ne pas la cacher car cela ne va que renforcer le sentiment d'insécurité des non consommateurs. Un lieu dégagé garantit la sécurité pour les non consommateurs et les consommateurs qui se font souvent agresser.

Il y a des éléments d'insécurité objectifs liés à l'installation d'une salle dans un quartier. Il y a aussi des éléments d'insécurité subjectifs. Les attroupements d'usagers, juste avant l'ouverture ou un peu avant la fermeture, donnent un sentiment d'insécurité. Mais franchement, les alentours d'une gare ont toujours attiré tout type de personne, la présence de la salle n'a pas aggravé ou diminué cette situation.

Les effets sur le voisinage :

- À propos de la présence de seringues : Quai 9 organise des actions de nettoyage. La police de proximité se met en contact avec la structure quand elle constate des seringues dans la rue. Cela rassure la population car des personnes s'adresseront plus facilement à la police qu'à Quai 9 et d'autres iront voir directement Quai 9. Avec le temps, la peur des riverains s'estompe. Cela se fait dans la durée avec la présence d'une police de proximité et un démarchage des intervenants de Quai 9 auprès des riverains.

- À propos des effets sur les commerces : il y eu des craintes de voir baisser le chiffre d'affaire des commerces. Les commerçants ne divulguent pas facilement leur chiffre d'affaire mais je n'ai pas l'impression que la présence de Quai 9 ait changé quoi que se soit. Certains se sont plaints quand même. Il y a donc des opérations de médiation par la police de proximité.

Ce qui peut poser problème à la police c'est l'universalité de la prestation c'est-à-dire que toute personne qui se présente est accueillie. Cette attractivité peut poser des problèmes de sécurité publique comme des personnes qui viennent de loin, de France par exemple, en voiture, qui consomment et qui reprennent leur voiture. Certains usagers de drogues achètent en grande quantité en Suisse et repartent en France où la législation est plus stricte en matière pénale. Cela les amène à faire des va-et-vient et renforce un trafic déjà existant.

En ce qui concerne les migrants illégaux et les résidents : les migrants de toute façon sont là et Quai 9 est une manière d'avoir un minimum de lien social. S'ils ont un problème, ils peuvent toujours aller là-bas et cela est le pendant en or de la prestation universelle.

Il y a le problème lié à la délinquance collatérale de certains toxicomanes, pas tous mais certains. Ils peuvent s'attrouper et décider d'aller piquer telle chose dans un magasin ou d'agresser une personne pour avoir de l'argent. Il y a quelques agressions de cette sorte mais les alentours de la gare sont bien occupés par des professionnels du vol à la tire.

Les réponses apportées au problème :

Il y a les directives du code de procédures pénales qui permettent de définir le mode d'intervention en lien avec les toxicomanes consommateurs et trafiquants.

La régulation sur les lieux se fait par la police de proximité dans les conditions que j'ai décrites précédemment. La police de proximité doit absolument être présente sur le terrain avec les voisins les commerçants. Ce ne sont pas des actions antinomiques de celles de quai 9 mais complémentaires et elles doivent se coordonner. Le message doit aller dans le même sens pour que l'on soit efficace.

Il y a aussi des formations en interne pour les policiers, à savoir comment et quand intervenir dans des lieux comme celui-là pour garantir l'accessibilité à Quai 9. C'est un peu facile de se poster à l'entrée et de contrôler tout le monde et ce n'est pas comme cela que nous allons être efficaces. Le travail policier se situe au niveau de la répression du trafic et en coordination avec le réseau.

La police travaille en réseau avec les instances médicales et sociales. Il y a la notion de secret partagé entre toutes ces instances. Nous devons pouvoir parler librement entre nous, pouvoir parler des situations particulières qui peuvent poser problème. Pour nous, la notion de secret partagé, c'est la garantie de la liberté de parole entre nous.

Cela fait 25 ans que je suis policier dont 12 ans à la brigade des stupéfiants et je peux témoigner personnellement de l'amélioration de l'état de santé des toxicomanes depuis la mise en place de mesures de RDR et l'installation des SCMR.

Pour conclure, des lieux comme Quai 9 sont indispensables. Le travail de réseau est possible. Il faut que toutes les parties aient l'envie et la motivation et avant tout la compréhension et le respect pour les différents partenaires et leur mandat. Il faut que tous travaillent avec le même objectif. Pour la police, l'objectif premier est la vie de ses concitoyens. La RDR participe à cet objectif.

### **Martine Baudin**, directrice de Quai 9

Nous allons décrire comment s'effectue le travail avec les usagers de drogues dans une démarche participative.

L'activité de Première ligne a commencé en septembre 2004 mais son ouverture fait suite aux activités du groupe Sida Genève qui a eu le mandat d'ouvrir le bus. L'association est entièrement subventionnée par le département des affaires régionales de l'économie et la santé, c'est-à-dire que nous avons l'expérience de l'associatif et du terrain pour émettre une expertise avec l'appui et le soutien de l'État et de la ville de Genève. Soutien nécessaire quand nous sommes attaqués par certaines personnes.

Quai 9 a ouvert en 2001 mais avec le fruit du travail de concertation et de l'expérience de 10 ans du bus.

(Présentation d'un clip de 3 minutes)

Quai 9 est ouvert 365 jours par an, 7 jours sur 7 de 11h à 19h et est géré par 17 professionnels formés aux soins infirmiers ou en travail social. Depuis 2001, 3200 personnes différentes sont venues à la salle avec 150 consommations par jour dont 50/60 injections, 50/60 inhalations et le sniff est en augmentation avec 10/20 pour un total de 50/80 personnes différentes.

En 2001, il n'y avait qu'une salle pour l'injection. Il fallait répondre à l'augmentation croissante de la consommation de cocaïne par voie intraveineuse. Aujourd'hui, nous répondons à 3 modes de consommation : en 2007, ouverture de 2 places de sniff puis en nov 2009, 4 places d'inhalation. Aujourd'hui nous parlons de "salle de consommation". Il est primordial de pouvoir offrir ces 3 modes de consommation. Premièrement pour proposer des alternatives à l'injection. Des personnes ont pu freiner ou arrêter l'injection. Deuxièmement, il y a toute une population de fumeur d'héroïne qui injecte peu ou pas du tout. Il fallait toucher cette population qui a des besoins en RDR ainsi que d'autres besoins, nous y reviendrons. Une évaluation externe sur les deux premières années d'ouverture de la salle a tout de suite montré des besoins pour les fumeurs. Quai 9 a mis un peu de temps à répondre pour des questions architecturales. La structure s'est adaptée aux besoins des usagers. Les fumeurs sont venus quelques années plus tard. Ils ne pouvaient pas fumer au Quai 9 mais ils avaient besoin de liens sociaux, d'écoute, de santé, besoin d'avoir un lieu qui fasse rupture avec la rue. Le sniff nous paraissait important en tant qu'alternative à l'injection.

De notre expérience nous sommes convaincus que dans une grande ville comme Paris il faut plusieurs salles. Les gens viennent consommer mais il y a tout l'accueil, le "avant, pendant et après" consommation qui est fondamental pour vraiment faire tout le travail de RDR. Il faut pouvoir gérer tout les mouvements de groupe dans la salle. Il faut que chacun puisse trouver sa place. Pour permettre l'accompagnement à la consommation ainsi que l'accompagnement sanitaire et social, il paraît compliqué de réunir tous les consommateurs dans une seule salle.

### **Alexandre Pesenti**, intervenant de Quai 9

Je suis de formation éducateur mais tous les professionnels ont la même activité c'est-à-dire que les éducateurs font des soins et les infirmiers font de l'accueil et inversement.

À l'ouverture, il y a déjà des personnes qui attendent. Les usagers de drogues rentrent, sont accueillis et prennent un ticket comme à la poste. Ils attendent leur tour pour pouvoir consommer soit en injection, inhalation ou sniff. Il y a énormément de poly-consommateurs qui consomment donc différents produits de manière diverse. La personne peut demander un ticket mais il peut être refusé. Les accueillants travaillent avec les usagers de drogues pour vérifier qu'ils sont en état de consommer. L'évaluation de l'état de la personne se fait à chaque passage. Les usagers peuvent venir autant de fois qu'ils le désirent avec évaluation par l'équipe. Les 3 modes de consommation permettent de proposer des alternatives de consommation. Cela se fait en créant du lien avec les personnes.

C'est un espace d'accueil et de consommation. Cet espace d'accueil permet de créer du lien avec les usagers, il y a une connaissance fine de chaque usager par le personnel

de la salle. Et c'est par ce lien que nous arrivons à faire passer des messages de prévention au plus juste et les plus adaptés aux pratiques des personnes. Intervenir au moment de la consommation, c'est permettre aux professionnels de situer exactement où en est la personne dans sa consommation, dans son mode de consommation, des choix qu'il fait et de leur proposer des conseils et des alternatives aux plus près de ses pratiques.

Le cadre de travail est celui du bas seuil donc une accessibilité universelle. Les seules exigences d'accès sont la majorité et la consommation de psychotropes. Travailler en bas seuil c'est garantir l'anonymat et la confidentialité. Nous ne travaillons pas sur dossier. Aucun dossier n'est ouvert pour les usagers de drogues. Il n'y a pas d'exigence de soins. On peut travailler pour amener les personnes vers le soin mais ce n'est pas une exigence. Quai 9 s'inscrit dans un dispositif de soins et d'accompagnement à Genève. Après 10 ans de pratiques, nous avons élargi la RDR sanitaire à la RDR sociale. Quai 9 a développé ses relais vers la prise en charge de la précarité, du logement et de la citoyenneté. Notamment, il existe la possibilité de petits jobs, de valorisation des compétences. Les usagers se voient proposer la possibilité de travailler à Quai 9 plus ou moins longtemps : au bar, au ramassage des seringues, à la régulation du lieu avec ce qui s'appelle le " travail des pairs ". Depuis très récemment des usagers de drogues travaillent avec les professionnels dans la salle de consommation.

Au niveau épidémiologique, on constate que la première injection représente des risques accrus. Elles sont faites à 80 % par des pairs. A Quai 9, le choix est d'accepter ces premières consommations, ce qui n'est pas le cas de toutes les salles, pour diminuer ces risques. Pour ce premier acte tellement important dans un parcours de consommation, il faut proposer des conditions sanitaires saines et qui ne soient pas parasitées par les mythes de la consommation.

Quai 9 est très visible dans le quartier. Le local travaille avec les voisins notamment au ramassage de seringues, à la médiation avec les voisins. C'est un travail constant. Quai 9 a organisé des " soirées voisinage ", des tables rondes. Quai 9 fait paraître un journal tri-annuel qui explique le travail dans le local et permet de réduire les fantasmes.

# Conclusion

**Emmanuel Hirsch**, *professeur d'éthique médicale, université Paris-Sud XI*

Quelques mots de synthèse. Prendre connaissance des approches développées dans des pays comme la Suisse, ne peut que nous rendre davantage impatients car conscients du gâchis que représente un attentisme peu compatible avec le droit des personnes vulnérables dans leurs dépendances à l'injection de drogues.

Il ne s'agit pas de persévérer dans une posture moralisatrice, mais d'affronter dignement une réalité humaine qui, c'est évident, sollicite de notre part une approche relevant du principe du " moindre mal ". En matière de santé publique, le réalisme semble constituer l'approche préférable dans le contexte où l'urgence de décider implique des choix courageux.

Personne, je pense, ne considère les salles de consommation à moindre risque comme une fin en soi, je veux dire comme la réponse aboutie aux circonstances si complexes de l'entrée dans la spirale infernale de la toxicomanie, de la marginalité sociale, de la précarité.

Il s'agit de l'expression d'une volonté de non abandon de la personne ainsi accueillie et accompagnée dans une structure favorisant une relation possible, un lien fait de sollicitude, d'écoute, de conseils et d'échanges. Aussi précaires, incertains et parfois décevants puissent-ils être.

A l'opposé de la criminalisation de pratiques qui relèguent et condamnent à une survie misérable exposée à toute sorte de dangers, l'espace consacré à l'addiction de personnes dans l'impossibilité d'assumer leur autonomie et d'arbitrer des choix peut être compris comme une passerelle entre deux rives qui permet d'entrevoir un cheminement, une évolution alors que tout aurait pu sembler révolu.

Quel meilleur signe donner à une personne qui doute de tout et surtout d'elle-même, pour lui témoigner qu'elle nous importe au point d'aller vers elle, là où elle se situe, même s'il s'agit pour nous de transgresser certains principes qui s'avèrent académiques et d'adapter nos postures pour tenter coûte que coûte de lui éviter le pire ?

Il nous faut savoir admettre le risque de bouleverser nos habitudes, de provoquer nos préventions et nos évidences en situation d'urgence.

D'autres l'ont compris alors que pour des raisons idéologiques et en référence à des considérations sécuritaires qu'ignorent les réalités de terrain nous renonçons à reconnaître à des personnes ainsi destituées de tout droit, une possibilité de retrouver un horizon de liberté, aussi ténu soit-il.

Nos refus interrogent notre société dans sa capacité d'assumer les valeurs que lui inspirerait une plus juste compréhension de l'idée de justice. Il serait temps, semble-t-il, de concilier le principe de responsabilité avec les valeurs de la démocratie.

# CONFÉRENCE-DÉBAT DU 5 OCTOBRE 2011

animée par Dominique Rousset, journaliste.

## Introduction

**Jean-Marie Le Guen**, député de Paris, adjoint au Maire de Paris, chargé de la santé publique et des relations avec l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

## Sommaire

<b>Introduction</b>	p. 25
<ul style="list-style-type: none"><li>• Jean-Marie Le Guen, Député de Paris, Adjoint au Maire de Paris, chargé de la santé publique et des relations avec l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris</li><li>• Julie Nouvion, Conseil régional d'Île-de-France</li><li>• Pierre Chappard, association Auto support des usagers de drogues (ASUD)</li></ul>	
<b>Usages de drogues et réduction des risques : Contexte national et situation parisienne</b>	p. 31
<ul style="list-style-type: none"><li>• Marie Jauffret-Roustide, sociologue - Inserm U988</li></ul>	
<b>Les résultats de la salle de Bilbao</b>	p. 37
<ul style="list-style-type: none"><li>• Celina Pereda, Directrice du Bureau des addictions du gouvernement basque</li><li>• Alessandro Bua, Coordinateur des projets d'insertion sociale, Médecins du Monde</li><li>• Iñaki Elexalde Garcia Escudero, Représentant de la police basque</li></ul>	
<b>Rotterdam, une salle de consommation pour usagers de crack</b>	p. 47
<ul style="list-style-type: none"><li>• Kris Van der Vlies, centre " BoumanGGZ "</li><li>• Leo Thomassen, Directeur du centre " BoumanGGZ "</li><li>• Ed Wiesemann, Représentant de la police</li></ul>	
<b>Les apports de la salle de Vancouver</b>	p. 53
<ul style="list-style-type: none"><li>• Thomas Kerr, Professeur associé au Département de médecine de l'Université de Colombie-Britannique</li></ul>	
<b>Conclusion</b>	p. 59
<ul style="list-style-type: none"><li>• Emmanuel Hirsch, Professeur d'éthique médicale, Directeur du département de recherche en éthique, Université Paris-Sud 11</li></ul>	

Bienvenue. Cette nouvelle conférence est destinée à approfondir notre réflexion, nos échanges sur les salles de consommation à moindres risques pour les usagers de drogues. Nous avons initié notre réflexion il y a environ deux ans, et en tant qu'élus de Paris, nous avons eu l'occasion de travailler avec des élus d'autres villes de France – Marseille, Le Havre, Saint-Denis, Lille... – et nous avons eu l'occasion de nous rendre dans un certain nombre de villes d'Europe où ces salles existaient déjà et avaient un bilan à nous présenter. Nous abordons aujourd'hui une nouvelle étape pour faire le point, pour essayer de faire converger nos réflexions d'ordre technique, éthique, social, et politique. Avant quelques mots d'introduction sur le fond, je tiens à remercier vivement tous nos invités, à commencer par nos amis de Bilbao, de Rotterdam. Messieurs Leo Thomassen et Chris Bills du Centre de Rotterdam BoumanGGZ, Monsieur Ed Wiesemann, représentant de la police d'Amsterdam. Madame Celina Pereda de la ville de Bilbao, Directrice du Bureau des Addictions. Monsieur Alessandro Bua représentant de Médecins du Monde, Monsieur Herecha de Garcia Escudero, représentant de la police basque. Monsieur Thomas Kerr, Professeur associé au Département de médecine de l'université de Colombie-Britannique. Et pour la France, des personnalités scientifiques, Madame Marie Jauffret-Roustide, sociologue et Directrice de l'Unité Inserm, Monsieur le Professeur Emmanuel Hirsch. Je tiens également à saluer un certain nombre d'élus d'Île-de-France et de Paris, qui sont à nos côtés dans ce travail, des représentants du mouvement associatif, Monsieur Pierre Chappard de l'association ASUD. Ainsi que toute l'équipe parisienne de la Mission Prévention des Toxicomanies.

Toutes ces personnes travaillent depuis des mois pour essayer de faire avancer un débat qui, en France, avait pris des caractères très idéologiques, des positions très marquées, exprimant peut-être des craintes respectives des uns et des autres. Je suis toutefois optimiste grâce au travail réalisé et au chemin parcouru. Nous sommes dans une année de campagne électorale où les tensions politiques et idéologiques ne permettront sans doute pas de dépasser des blocages, mais sur le fond je crois que les choses ont beaucoup avancé.

S'agissant de ces consommateurs injecteurs de drogues, qui sont dans une situation de très grande précarité personnelle, sociale, sanitaire, morale, et qui se situent sur l'espace public dans des lieux déterminés, pouvant évoluer selon les pressions urbaines et policières, je pense qu'aujourd'hui personne ne conteste l'existence de ces faits sociaux qui existent depuis des années. Quelle que soit la législation, quelle que soit la volonté d'éradiquer les problèmes de drogue, les mois et les semaines passent et les situations de souffrance sociale que nous avons mises en évidence sont toujours présentes. Personne ne peut vraiment croire que par un coup de baguette magique, par une politique acharnée de



lutte contre la drogue, ce type de situation peut disparaître. Et les forces de l'ordre sont tout simplement obligées de prendre en considération que ces scènes ouvertes existent dans nos rues, dans nos quartiers. Ce constat n'est plus nié par personne.

Le second constat concerne la question du prendre soin. Dans le débat que nous avons eu en France, certains ont eu des positions de déni, d'autres des positions de mépris, peut-être de peur, mais aujourd'hui, parce que nous avons parlé de ces problèmes et de ceux qu'ils concernent, plus personne aujourd'hui ne peut nier que nous avons, en tant que responsables de la chose publique, dans les métropoles, dans les sociétés, la responsabilité morale, sociale, sanitaire, de prendre soin. Cette idée commence à faire consensus.

Reste évidemment un débat, que nous allons approfondir aujourd'hui sur la nature de ce prendre soin. Au-delà des aspects très techniques, très professionnels, qui résultent de vos expériences, de vos réflexions, tout le monde comprend qu'il y a une totale légitimité à intervenir auprès de ces personnes à travers une approche sociale, sanitaire, humaine, de protection. Qu'il s'agisse de Bilbao, de Genève, d'Amsterdam ou de Rotterdam, personne ne peut nier l'attitude éthique de ces lieux où, quelles que soient les stratégies et les approches mises en œuvre en matière de réduction des risques, des protocoles très précis sont mis en place, et où les soignants ne sont pas des complaisants, de ceux qui franchissent la frontière et inciteraient ces personnes d'une façon ou d'une autre. Il y a donc une attitude éthique qui est celle du soin et non pas celle de la complaisance. J'accepte volontiers les interpellations de ceux qui, de bonne foi, sont très réticents, ou du moins l'étaient, face à ces centres et se demandaient si nous n'allions pas tomber du côté de la complaisance. Non, nous sommes dans le soin, dans l'accompagnement, et pas dans la complaisance, et encore moins évidemment dans le prosélytisme ou l'incitation.

Les divergences qui restent entre nous sont très fragiles et parfois paradoxales. En défendant ces centres, en les reconnaissant, en ne disant pas seulement qu'il faut renforcer les équipes sociales et sanitaires présentes sur ces scènes ouvertes, mais qu'il faut des lieux préparés, indiqués, normalisés, protocolisés, j'ai l'impression d'être plutôt quelqu'un qui défend l'ordre public par rapport à d'autres qui sont plutôt dans l'acceptation du désordre sur la voie publique. Les rôles sont un peu inversés. Je suis persuadé que pour ces raisons, la France sera bien obligée de franchir ce pas supplémentaire dans une stratégie de la réduction des risques. Je le dis avec conviction et je ne fais pas de cette question – et je ne le ferai jamais – une question d'affrontement politique entre les uns et les autres. Je me refuse à instrumentaliser ce type de questions, extrêmement complexes et sur lesquelles j'accepte par principe que l'on puisse, au départ, avoir des sentiments ou des expériences de natures différentes.

Je pourrais dire que ce débat n'est qu'un chaînon, de la même façon que ces structures ne sont qu'un des chaînons de la prise en charge des toxicomanes. Personne ici ne prétend que ces salles de consommation sont la réponse à la toxicomanie, ni même à ces toxicomanes. Ce n'est qu'un chaînon supplémentaire à un certain type de réponse qui est celle de la stratégie de la réduction des risques. Nous sommes bien loin d'avoir une position qui serait la réponse absolue à toutes les questions. En revanche, nous avons le sentiment profond de participer à une évolution du regard de la société, et singulièrement de la société française qui, sur ces questions des toxicomanies, est une des plus crispées dans le monde, pour des raisons qui ne sont pas toutes mauvaises. Avec le rationalisme exagéré qui distingue parfois la France, certains ont pensé qu'un monde sans drogue

pouvait exister, et nous participons à ce discours de guerre à la drogue. Mais ce discours est aujourd'hui remis en cause au plan planétaire et des forces mondiales s'interrogent aujourd'hui sur les bonnes stratégies. A travers les expériences menées en Amérique latine, en Asie, aux Etats-Unis, en Afrique, et dans de nombreux pays européens peut-être plus pragmatiques que nous pour prendre soin des personnes, et à travers des approches de santé publique plus scientifiques et moins idéologiques que les nôtres, nous participons à une réflexion beaucoup plus globale. Je suis favorable à des politiques de santé publique, car toutes les formes de toxicomanie sont un problème majeur de santé publique. Toutefois, ces politiques ne doivent pas passer simplement par des positionnements idéologiques, par des attitudes de répression vis-à-vis des consommateurs, des producteurs, et des trafiquants, mais aussi par une politique de diminution de la consommation, et la politique de réduction des risques est un des éléments qui nous permet de dire à la société qu'il est légitime d'avoir la volonté de réduire l'usage des drogues dans notre pays et dans notre société.

Je vous remercie du fond du cœur parce que vous avez été des acteurs très intelligents de cette question et parce que nous avons traité cette question avec intelligence, peut-être que cette question encore très fermée il y a quelques mois sera une question ouverte d'ici quelques mois.

#### **Dominique Rousset, journaliste**

Les représentants des trois villes vont nous présenter l'expérience qu'elles conduisent. Ensuite, Emmanuel Hirsch viendra conclure et tirer une synthèse de ces présentations. Je cède tout d'abord la parole à Julie Nouvion, du Conseil régional d'Île-de-France qui est également très impliqué sur ces questions. Elle est notamment en charge des questions de santé, et Présidente de la Prévention Sida. Après elle, nous accueillerons Pierre Chappard, de l'Association Auto support des usagers de drogues, ASUD. Après quoi nous aurons une présentation du contexte national et en Île-de-France par Marie Jauffret-Roustide, sociologue à l'Inserm.

#### **Julie Nouvion, conseillère régionale d'Île-de-France**

Je suis ravie d'être parmi vous aujourd'hui et de représenter la région Île-de-France, notamment sa vice-présidente Laure Lechatellier qui, depuis le début de la mandature, en mars 2010, suit avec intérêt ce dossier des salles de consommation. Merci à Jean-Marie Le Guen et à la Ville de Paris de nous accueillir à nouveau.

La Région Île-de-France s'est emparée de ce sujet et a choisi de s'engager à vos côtés, aux côtés des acteurs de la réduction des risques. A titre personnel, je m'en réjouis car je suis

sensibilisée depuis longtemps à cet enjeu, grâce notamment aux acteurs du Caarud nord 77, présents ici ce soir.

En tant qu'élue, mais également en tant que militante de terrain, je suis très satisfaite que ma conviction personnelle devienne partagée, celle de la nécessité de travailler avec les acteurs de terrain, avec les usagers, celle d'aborder la question des drogues sous l'angle de la santé, celle surtout de songer à maintenir les usagers en vie, (parce que pour moi, soyons honnête, il s'agit bien de cela, et quand on laisse les usagers s'injecter entre deux voitures, ou dans les toilettes des gares, il faut avoir conscience que cela revient à potentiellement les laisser mourir par terre en cas de surdosage... et je refuse personnellement la pudeur qui consisterait à ne pas le dire ainsi), bref je suis satisfaite que l'institution régionale ait pris la décision de s'engager pour participer au financement d'une ou de plusieurs salles de consommation à moindre risque, si elles devaient et pouvaient voir le jour.

Alors, pour un projet de ce type, nous dépendons de l'Etat, et donc d'un changement, d'un changement de politique de santé, et donc d'une autorisation future de l'Etat pour l'ouverture de salles. En espérant que cela arrive, je l'espère, prochainement, je salue vivement le courage politique de Bertrand Delanoë qui s'est dit favorable à une telle expérimentation sur le territoire parisien et a fait voter son Conseil de Paris en ce sens il y a tout juste un an.

Alors, si une salle de consommation à moindres risques s'ouvre à Paris, lorsqu'une salle de consommation à moindres risques s'ouvrira à Paris, nous, Région Île-de-France, serons à vos côtés. C'est le sens de l'engagement que nous avons pris, tout d'abord lors du dernier budget en votant un amendement qui prévoit de financer les collectivités qui ouvriraient des salles sur le territoire francilien. Et c'est aussi un engagement que nous allons inscrire de manière pérenne, durable, dans le rapport cadre santé qui sera voté au mois de novembre.

Nous avons ce soir l'opportunité très rare d'accueillir des invités venus nous présenter trois expériences distinctes dans leur approche de ce que peut être une salle de consommation à moindres risques, car les pratiques, les modalités, les règles de fonctionnement, les publics reçus également, diffèrent d'une salle et d'un projet à l'autre. Je vous souhaite à tous et à toutes de très bons débats. Je laisse la parole à Pierre Chappard avant que nous ne rentrions dans le cœur du sujet avec les trois exemples de Bilbao, Amsterdam et Vancouver qui vont nous être présentés.

**Pierre Chappard**, *association Auto Support des Usagers de Drogues (ASUD)*

Bienvenue à cette deuxième conférence sur les salles de consommation organisée en partenariat avec l'Association ASUD, la Mairie de Paris et le Conseil régional Ile de France. Je tiens à remercier tous les intervenants de ce soir, mais aussi la Ville de Paris qui nous prête l'Hôtel de Ville, ce lieu hautement symbolique qui témoigne d'une certaine volonté d'aboutir, ainsi que la DASES de Paris pour tout le travail qu'elle a réalisé pour mettre en place ces conférences.

Si nous sommes là ce soir, c'est grâce à deux types d'alliances. D'une part, une alliance entre des associations qui n'avaient pas grand-chose à faire ensemble au départ et qui ont eu envie de travailler ensemble dans leur complémentarité et leurs différences. Ces associations sont ASUD, Act up - Paris, la Fédération Addiction, SOS Hépatites, Gaïa, Safe, [salledeconsommation.fr](http://salledeconsommation.fr). Elles ont monté une salle de consommation le 19 mai 2009 destinée à alerter l'opinion publique sur la nécessité de cet outil. Cela nous a permis d'aller voir les politiques, de faire de la communication.

D'autre part, une alliance entre les associations et les élus locaux, notamment par le biais du séminaire organisé par l'Association Élus, Santé publique et Territoires. Les élus locaux sont allés voir les salles de consommation de Bilbao et de Genève et ont interrogé un panel d'experts.

Une salle de consommation n'a rien à voir avec un bar ou un coffee shop. Une salle de consommation, c'est une structure supportée par les collectivités locales et l'Etat, permettant à des usagers de consommer à moindres risques des drogues qu'ils ont acquises illicitement à l'extérieur, et permettant également la rencontre avec les professionnels du secteur socio-sanitaire. Cette rencontre est au cœur de ce que sont les salles de consommation et c'est trop souvent oublié.

La mise en place des salles de consommation en France changerait un certain nombre de choses. D'une part, parmi les acteurs des salles de consommation, il y a les acteurs du répressif, du sanitaire, et les acteurs politiques. Or, en France, pour l'instant, les acteurs répressifs et du sanitaire sont totalement clivés et ne trouvent pas les moyens de travailler ensemble. Pour qu'une salle de consommation fonctionne bien, il faut que tous ces acteurs se mettent autour de la table et travaillent en réseau.

L'autre changement, c'est redonner le pouvoir aux collectivités locales. Les salles de consommation sont un outil de politique locale pour résoudre des problèmes locaux de scènes ouvertes. En France, le système est ultra centralisé, mais la mise en place de salles de consommation permettra de redonner le pouvoir aux collectivités locales. Une grande majorité des pays ayant des salles de consommation sont d'ailleurs plutôt des fédérations qu'un Etat-nation comme la France.

Il y a également l'esprit des salles de consommation auquel nous sommes très attachés à ASUD. C'est un outil très puissant pour redonner une citoyenneté à des usagers de drogues très marginalisés. A Paris, il suffit d'aller gare du Nord pour voir les tapis de seringues ou les sanisettes, les parkings pris d'assaut par des usagers qui se shootent dans des conditions sanitaires désastreuses, qui sont exclus, qui sont marginalisés. Les salles de consommation leur permettent d'avoir un lieu institutionnel où ils peuvent être réintégrés tant symboliquement que physiquement dans la cité. C'est ce qui nous anime tout particulièrement à ASUD.

L'autre point fondamental, c'est la société que nous voulons. Une société se juge sur la façon dont elle s'occupe des plus vulnérables. Actuellement, nous assistons à du laisser faire, de l'indifférence, du mépris envers les usagers de drogues en grande exclusion. Les salles de consommation font partie du prendre soin et de l'accompagnement de ces usagers pas à pas, dans leur globalité, y compris par rapport à l'usage de drogues. C'est un point essentiel.

Enfin, je rappelle qu'il y a trois jours, la Cour Suprême du Canada a rendu un jugement sur le seul centre d'injection supervisée d'Amérique du Nord, Insite à Vancouver. Depuis plus de trois ans, le gouvernement canadien essayait de fermer ce centre par tous les moyens, mais la Cour Suprême a rendu ce jugement en faveur d'Insite, estimant que le gouvernement n'avait pas le droit de le fermer. Dans son argumentaire, elle précise que fermer Insite, c'est violer le droit fondamental des usagers à obtenir des services de santé et que cela mettrait leur santé et leur vie en danger. Je pense personnellement que la France, pays des Droits de l'Homme, pourrait s'en inspirer.

**Dominique Rousset**, *journaliste*

Beaucoup d'effets rappelés par Pierre Chappard peuvent encore poser problème, comme la question de protéger la société. Comment veut-on le faire, est-ce en niant le phénomène ou en l'accompagnant ? C'est une question centrale que les politiques se posent.

# Usages de drogues et réduction des risques : Contexte national et situation parisienne

**Marie Jauffret-Roustide**, *sociologue, Inserm U988*

Pour l'instant en France, les salles de consommation à moindres risques ne sont pas mises en place. Elles s'inscrivent dans le contexte de la politique de réduction des risques. Tout d'abord, quelques éléments de contexte épidémiologique et sociologique. L'usage de drogue constitue une pratique à haut risque sanitaire puisque des pratiques comme l'injection ou la voie fumée lors de l'utilisation de pipes à crack peuvent être vecteur de transmission de maladies infectieuses et peuvent provoquer des overdoses. L'usage de drogue est également une pratique à haut risque social puisqu'elle peut donner lieu à de la marginalité et à de la désaffiliation sociale.

Ce que l'on sait par des données françaises et qui a été validé par des publications internationales, c'est que certains contextes comme le fait d'être dans une situation de précarité, le moment de l'initiation à l'injection ou la consommation au sein du couple peuvent entraîner une vulnérabilité accrue vis-à-vis des risques de transmission de maladies infectieuses. En France, à l'instar d'autres pays, une politique de réduction des risques a été mise en oeuvre dans les années 80 afin de faire face aux risques infectieux et plus particulièrement à l'épidémie de sida. La France, contrairement à d'autres pays comme les Pays-Bas, l'Allemagne et la Suisse, a mis en place très tardivement cette politique de réduction des risques.

Un rappel de quelques mesures phares : 1987, la mesure la plus importante, à savoir la mise en vente libre des seringues. 1991, le développement des programmes d'échange de seringues, 1992, la création du groupe d'auto support ASUD. A partir de 1993 vont se développer les dispositifs à bas seuil de type boutique, dénommés Caarud aujourd'hui, et qui comprennent également les PES. Et au milieu des années 1990 vont se diffuser les traitements de substitution aux opiacés, méthadone et buprénorphine.

En 2005, une mesure importante, la réduction des risques s'inscrit en tant que référentiel dans la loi de santé publique, ce qui constitue une forme de protection de cette politique publique face aux différentes attaques que cette politique peut subir dans le cadre

de débats, comme par exemple, à l'Assemblée nationale. En 2010, une expertise collective menée à l'Inserm sur la réduction des risques a préconisé l'expérimentation des salles d'injection en France, accompagnée d'une évaluation des besoins.

La réduction des risques constitue depuis les années 90 le paradigme dominant des politiques publiques liées à l'usage de drogues en Europe, et s'intègre dans le modèle de ce que l'on appelle la nouvelle santé publique, qui met l'accent sur la participation des usagers au cœur des politiques de santé.

Un rappel des principes fondamentaux de cette politique. Tout d'abord, cette politique est pragmatique, elle vise à l'efficacité et s'inscrit dans une démarche de santé publique avec l'idée de rompre l'idéal d'éradication des drogues, qui est totalement utopique. Autre élément important, cette politique de réduction des risques veut trancher avec la vision moralisatrice des drogues, très prégnante dans notre société, et s'efforce de promouvoir une approche des drogues basée sur une forme de non-jugement. Enfin, cette politique de réduction des risques s'adapte aux besoins des usagers de drogues en fonction de leur trajectoire. Et la mise en place des salles de consommation à moindres risques correspond à la nécessité de s'adapter aux besoins d'une partie de la population des usagers particulièrement à risques. La réduction des risques promeut également la capacité des usagers à modifier leurs comportements. Pendant longtemps, on a pensé que même si l'on mettait en place la vente libre des seringues, les usagers de drogues ne s'empareraient pas de cette politique et ne changeraient pas leurs comportements. Or, toutes les politiques menées ont montré, à l'inverse, que la pratique de partage de seringues, par exemple, a considérablement diminué avec la mise en vente libre des seringues puisqu'on est passé de 50 % d'usagers qui partageaient leurs seringues dans les années 80 à 13 % en 2004. Cela montre que lorsqu'on leur en donne les moyens, les usagers de drogues sont capables de modifier leurs comportements et d'adopter des comportements rationnels.

Cette politique de réduction des risques promeut ainsi une vision responsable de l'usager de drogues. Elle s'efforce également de mettre en œuvre un travail de proximité avec la démarche d'aller vers les usagers. Ce qui est insuffisamment pris en compte aujourd'hui en France, c'est le fait que la réduction des risques essaie d'inscrire cette politique dans ce que l'on appelle les environnements favorables, concept très développé au Canada, en Suisse, et aux Pays-Bas, c'est-à-dire la prise en considération de la communauté, la société dans lesquelles des dispositifs de réduction des risques vont se mettre en place.

Enfin, cette politique vise à réduire les inégalités sociales et sanitaires au sein de la population dans son ensemble pour faire en sorte que les usagers de drogues, au même titre que les citoyens dont ils font partie, puissent avoir accès aux droits et aux soins de la même façon que le reste de la population.

Quelques données épidémiologiques concernant l'injection et la consommation de crack, issues de deux enquêtes menées par l'Institut de Veille Sanitaire et l'Inserm, l'enquête Coquelicot et l'enquête Crack. Il est important de parler des salles de consommation à moindres risques et de ne pas réduire la question aux seules injections puisque les expériences menées à l'étranger montrent qu'au-delà de l'injection, ces salles peuvent aussi permettre de favoriser des transitions vers des modes de consommation à moindres

risques. A Paris, nous sommes confrontés à des scènes de consommation de crack particulièrement importantes et visibles dans l'espace public auxquelles les salles de consommation à moindres risques pourraient contribuer à apporter une réponse sanitaire, politique et sociale.

Selon les estimations de l'OFDT datant de 2006, il y a 230 000 usagers dits problématiques, c'est-à-dire des usagers injecteurs ou consommateurs réguliers de cocaïne, d'ecstasy, d'amphétamines ou d'héroïne. 145 000 personnes déclarent avoir eu recours à la voie intraveineuse, et 81 000 personnes déclarent utiliser la voie intraveineuse de manière régulière. D'après l'enquête Coquelicot, près des trois-quarts des usagers de drogues déclarent avoir injecté au moins une fois dans leur vie, avec un âge moyen à la première injection qui se situe aux alentours de 20 ans. A noter que pour la très grande majorité des usagers de drogues (83 %), l'injection est réalisée par un autre usager au moment de l'initiation, ce qui constitue un facteur de transmission important de l'hépatite C. Donc, bon nombre d'usagers de drogues sont contaminés par l'hépatite C dès la première injection. 40 % des usagers de drogues déclarent avoir injecté au moins une fois dans le dernier mois. En revanche, chez les plus jeunes usagers, de moins de 30 ans, la proportion d'injecteurs actifs atteint quasiment les 60 %.

Par rapport aux autres villes françaises, Paris se caractérise par une consommation de crack beaucoup plus élevée. Dans la population des usagers de drogues sur Paris, qui fréquentent les Caarud ou les Csapa, l'enquête Coquelicot montre que le crack est le premier produit consommé dans le dernier mois, étant consommé par un tiers des usagers de drogues, derrière la cocaïne consommée par 27 % d'entre eux et derrière l'héroïne consommée par 21 % des usagers.

Malgré la mise en place d'une politique de réduction des risques, la proportion d'usagers de drogues contaminés par l'hépatite C est extrêmement élevée. La prévalence globale est de 60 %. C'est-à-dire que six usagers sur dix, en France, sont contaminés par l'hépatite C. On constate que chez les usagers les plus jeunes, de moins de 30 ans, un tiers sont déjà contaminés par l'hépatite C ; et chez les usagers âgés de plus de 40 ans, la prévalence atteint les 70 %, c'est-à-dire sept usagers sur dix.

En 2004, Paris se caractérise par une prévalence de l'hépatite C très élevée, qui atteint 62 %, prévalence relativement conforme à ceux observés dans d'autres villes en France. La prévalence du VIH à Paris est également élevée puisque 11 % des usagers de drogues sont porteurs du VIH. A Lille, 1 % des usagers étaient contaminés par le VIH et à Marseille, un tiers des usagers.

Pourquoi une prévalence de l'hépatite C aussi élevée en France malgré la mise en place d'une politique de réduction des risques ? Une des premières réponses se situe du côté des pratiques. D'une part, les pratiques à risques restent encore élevées. Même si on a observé une diminution, ces vingt dernières années, sur le partage de la seringue, plus d'un usager sur dix déclare encore avoir partagé ses seringues au cours du dernier mois. Surtout, la transmission de l'hépatite de C est élevée à cause d'un partage du petit matériel, de la cuiller ou du coton. 38 % des usagers de drogues déclarent avoir partagé le petit matériel dans le dernier mois.

Cette prévalence de l'hépatite C est également élevée en raison d'autres pratiques de consommation. L'injection reste le principal vecteur de transmission, mais des données récentes de la littérature ont montré que le partage de pipes à crack pouvait être impliqué dans la transmission de l'hépatite C ; sachant que les usagers qui consomment du crack utilisent, en France, des doseurs à pastis en verre qui occasionnent des coupures et des brûlures au niveau de la bouche et des mains des usagers au moment où ils fabriquent le filtre, et ces lésions peuvent être un vecteur de transmission de l'hépatite C. En France, et notamment sur Paris, huit usagers sur dix déclaraient en 2004 avoir partagé la pipe à crack dans le dernier mois. La paille de snif peut également être impliquée, et un quart des usagers déclarent l'avoir partagée.

D'autre part, la prévalence élevée de l'hépatite C peut être liée à des explications d'ordre social et politique. Ces pratiques à risques sont globalement élevées et elles le sont encore plus dans certains groupes de population, les usagers les plus vulnérables, c'est-à-dire les plus jeunes, les femmes, les migrants, qui ont une méconnaissance des modes de transmission parce que ces groupes ont moins de contact que le reste de la population des usagers de drogues avec les dispositifs de réduction des risques.

Des données récentes, issues d'une étude sur le crack que nous avons réalisée avec la collaboration d'un collectif inter Caarud en 2009 et qui porte sur les " crackeurs " du Nord-est parisien, montrent que la population des crackeurs est particulièrement précaire, notamment vis-à-vis du logement. La moitié des usagers de crack parisiens déclarent avoir dormi dans un squat ou dans la rue au moins une fois dans les six derniers mois. Une majorité d'entre eux n'a pas de logement et va être amenée à dormir dans la rue. Cette absence de logement contraint les usagers de crack à consommer dans l'espace public. C'est la raison pour laquelle les salles de consommation à moindres risques pourraient être une alternative intéressante également pour les consommateurs de crack.

Concernant les pratiques à risques de cette population, l'enquête Crack menée en 2009 montre que huit usagers sur dix ont partagé la pipe à crack, et si on regarde la dernière consommation, près d'un usager sur deux déclare avoir partagé la pipe à crack. Parmi les usagers de crack qui partagent leur matériel pour fumer, un usager sur cinq a utilisé un doseur coupant, qui entraîne des lésions au niveau des mains et des lèvres et facilite la transmission de l'hépatite C. D'ailleurs, les données épidémiologiques montrent que la prévalence de l'hépatite C est plus élevée chez les consommateurs de crack que dans le reste de la population des usagers de drogue puisque sept consommateurs de crack sur dix sont contaminés par l'hépatite C.

Concernant les politiques publiques, les salles de consommation à moindres risques se situent entre une logique de santé orientée plutôt vers l'utilisateur, mais aussi une logique de sécurité publique prenant en considération l'environnement de vie des usagers de drogues et donc la société dans son ensemble. C'est la raison pour laquelle les salles de consommation à moindres risques constituent une proposition politique intéressante. Les pratiques à risque persistent en France malgré l'accessibilité accrue aux dispositifs de réduction des risques, et elles existent tant dans le domaine de l'injection que dans le domaine de la consommation de crack par voie fumée.

Pourquoi les usagers de drogues s'exposent-ils au risque alors que ces dispositifs existent ? Pour des raisons politiques et sociales. Les usagers de drogues les plus précaires qui consomment dans la rue sont confrontés à la peur permanente d'être arrêtés par les forces de police, et cette peur permanente les amène à réaliser leurs injections ou la consommation de crack de manière extrêmement rapide sans pouvoir mettre en œuvre les stratégies de réduction des risques qui leur permettraient de ne pas se contaminer.

Dans leur ensemble, les usagers sont confrontés à des formes de violence physique et psychique liée à la répression et à la stigmatisation sociale, qui peut avoir pour conséquence une exposition accrue au risque. Dans l'ordre des hypothèses pouvant expliquer la persistance des pratiques à risque, l'évolution des produits consommés est également à noter. Depuis quelques années en France, nous assistons à une augmentation importante de la consommation de cocaïne et de crack, et l'injection de cocaïne entraîne des injections répétées et donc une exposition au risque accrue. Cette question de la cocaïne n'a pas encore été suffisamment prise en compte dans la politique de réduction des risques en France.

Enfin, le rapport précaire à l'espace urbain, auquel sont soumis bon nombre d'usagers de drogues, va entraîner à la fois une surexposition au risque sanitaire pour les usagers, mais également une visibilité importante de l'usage pour les riverains.

Pour répondre à ces questions, limiter les pratiques à risque et la précarité à laquelle sont réduits les usagers de drogues pour réaliser leurs injections ou consommer du crack, les salles de consommation à moindres risques constituent une alternative. Leur objectif est de réduire les risques sanitaires liés à l'usage de drogues, et en particulier les overdoses. Les données récentes publiées dans la revue internationale *the Lancet* sur la salle de Vancouver ont objectivé scientifiquement que le nombre d'overdoses à proximité de la salle avait considérablement diminué avec la mise en place des salles de consommation à moindres risques.

Elles permettent également d'améliorer l'accès aux soins et aux droits sociaux ; d'atteindre des populations qui ne fréquentent pas les dispositifs de réduction des risques, sachant que pour l'instant, l'offre de réduction des risques en France est diversifiée mais ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins des usagers. Certains usagers n'ont pas accès aux messages de réduction des risques parce que les outils de prévention proposés dans les dispositifs de réduction des risques ne répondent pas à leurs besoins. Les salles de consommation à moindre risque pourrait élargir la palette d'outils et permettrait d'atteindre ces populations d'usagers. Ces salles permettent également de favoriser les transitions vers les modes de consommation à moindres risques, par exemple de passer de l'injection à la voie fumée ou à la voie sniffée.

Du point de vue sociétal, ces salles permettent également de limiter les troubles à l'ordre public, en entraînant une moindre visibilité de l'usage, et de pacifier cet espace public ainsi que les relations entre les usagers et le reste de la société. Dans certaines salles, on propose aux usagers de les responsabiliser en les associant, par exemple, au ramassage des seringues dans la rue, ce qui permet aussi de favoriser leur acceptation sociale ensuite dans le quartier.



# Les résultats de la salle de Bilbao

Pour conclure, quelques éléments sur l'efficacité de la politique de réduction des risques. En France, toutes les données épidémiologiques vont dans le même sens et montrent que la réduction des risques a fait la preuve indéniable de son efficacité sur la diminution de la transmission du VIH. Dans les années 80, la prévalence du VIH était de l'ordre de 50 % chez les usagers de drogues ; elle a été diminuée par cinq en France par la mise en place de la politique de réduction des risques.

Toutefois, l'impact de la réduction des risques semble pour le moment, d'après les données disponibles, plus limité sur le VHC en France. Mais nous manquons en France de recul et de données récentes disponibles, alors qu'aux Pays-Bas, des études récentes ont montré l'impact de la politique de réduction des risques sur le VHC quand on mettait en œuvre des politiques combinées permettant aux usagers d'avoir accès à un panel diversifié de mesures de réduction des risques, dont les salles de consommation pourraient faire partie.

Autre limite concernant l'efficacité de la politique de réduction des risques sur l'hépatite C en France, c'est que cette politique s'est exclusivement centrée sur le modèle de l'héroïnomanie injecteur et n'a pas suffisamment pris en compte, à l'instar d'autres pays, l'évolution des pratiques, en particulier l'augmentation de la cocaïne et du crack. Il est donc indispensable aujourd'hui, en France, de proposer des stratégies de RDR adaptées à cette évolution des publics et des produits consommés.

Pour terminer, il est aujourd'hui indispensable, pour être efficace sur l'hépatite C, de pouvoir agir sur le contexte de consommation en assurant de bonnes conditions d'hygiène aux usagers de drogues lors de la consommation ; de pouvoir améliorer le niveau de compétence des usagers de drogues concernant les risques associés aux pratiques de consommation ; et de s'appuyer sur la responsabilité des usagers pour modifier leurs pratiques. Agir sur le contexte social de l'injection et de la consommation de crack permet de limiter les risques pour les usagers de drogues, mais également pour la communauté dans son ensemble. Et les salles de consommation doivent permettre d'agir sur l'ensemble de ces niveaux, individuel et sociétal.

La France doit également s'abstraire de l'apparente controverse, trop souvent entendue, entre les salles de consommation à moindres risques et l'arrêt de l'usage. Pour que ces salles s'inscrivent dans le paysage français et qu'elles soient efficaces, il faut accepter que la politique de réduction des risques s'inscrive dans une vision gradualiste, qui crée un continuum et non une opposition entre la réduction des risques et le sevrage, pour proposer une politique et des solutions adaptées aux besoins et aux attentes des usagers.

## Dominique Rousset

Nous allons accueillir les trois villes qui nous ont fait l'amitié de venir ici, Bilbao, Rotterdam et Vancouver. Celina Pereda dirige le Bureau des Addictions du gouvernement basque, Alessandro Bua est coordinateur des projets d'insertion sociale à Médecins du monde, et Iñaki Elexalde Garcia Escudero est représentant de la police basque.

## Celina Pereda, directrice du Bureau des addictions du gouvernement basque

En 2002, plusieurs associations nous ont offert la possibilité d'ouvrir une salle de consommation. Elle s'est ouverte en 2003. A l'époque, je faisais partie du conseil de direction de Médecins du Monde basque. Je fais aujourd'hui partie du département de toxicomanie du gouvernement basque, et je vais vous présenter le VIème plan d'addiction 2011-2015 du gouvernement basque.

Depuis l'ouverture de la salle de consommation en 2003, on peut constater que la consommation de cannabis a diminué, de même que la consommation occasionnelle de drogues illégales. Le nombre de personnes en demande de traitement augmente. L'ouverture de la salle de consommation n'a pas entraîné d'augmentation de la consommation de drogues et a même permis une diminution.

Concernant les politiques en matière de toxicomanie, il y a eu la modification de la loi sur le tabac du 1er janvier 2011 interdisant de fumer dans les espaces fermés ; la nouvelle loi sur la prévention, l'assistance et la réinsertion en matière de toxicomanie ; et la loi sur les services sociaux de 2008 a été approuvée.

Pour mettre en place ce plan d'action, nous avons dû intégrer la stratégie en santé mentale, la loi municipale ayant trait à la prévention communautaire au niveau local, le plan pour l'égalité hommes/femmes, le plan Gatzte Plana en direction de la jeunesse, le plan Interinstitutionnel des familles, le plan d'action du gouvernement basque contre la violence conjugale, le plan stratégique de santé professionnelle, le plan de Santé et le plan d'Immigration. Tous ces plans ont été pris en compte dans l'élaboration du plan sur la toxicomanie.

Les objectifs de ce plan sont d'impliquer activement tous les citoyens ; envisager la transversalité et la connexion du VIème Plan sur les addictions avec d'autres plans mis en place auparavant ; offrir une assistance pour répondre aux besoins de toutes les personnes directement ou indirectement touchées par la consommation de drogues ; réduire l'offre et la demande ; réduire le nombre de personnes qui commencent à utiliser des drogues de manière continue et qui souffrent d'addictions sans produit ; réduire le nombre de personnes qui utilisent des drogues de manière habituelle ; améliorer le traitement des doubles pathologies ; améliorer les conditions sociales des personnes avec des problèmes de toxicomanie et d'addictions sans produit ; augmenter les traitements dans les addictions sans produits ; encourager la recherche appliquée pour informer et orienter correctement la prise de décision en matière de toxicomanie et d'addiction ; améliorer et assurer la formation des professionnels des services de santé ; renforcer l'évaluation systématique de programmes et d'actions ; analyser les nouveaux traitements ; progresser et approfondir les interventions définies dans le VIème plan en fonction du sexe ; promouvoir et développer expressément la prévention destinée aux groupes et personnes vulnérables, connues avec les termes de prévention sélective et indiquée.

La mission du VIème Plan est d'élargir le point de vue pour aborder le phénomène des addictions. En renforçant la promotion de styles de vie sains et de valeurs saines et bénéfiques pour la société. En encourageant le développement express des interventions de prévention avec les personnes et les groupes vulnérables. En s'adressant dans les interventions plus précisément aux personnes très vulnérables et en situation de marginalisation sociale. En étendant les possibilités d'intégration sociale aux consommateurs de drogues. En complétant les traitements actuels en ouvrant la voie à d'autres traitements pour réduire la mortalité.

Quels sont les espaces et les groupes auprès desquels l'intervention est prioritaire ? S'agissant des espaces : la famille ; les centres pédagogiques – maternelle, primaire, collège et lycée – et hors cadre – enseignement technique, professionnel, formation pour adultes et apprentissage tout au long de la vie ; les soins sanitaires ; les espaces ludiques et de loisirs ; les moyens pour l'attention aux mineurs et aux jeunes en risque d'exclusion ; les prisons ; les centres de travail. S'agissant des groupes : les enfants, garçons et filles, adolescents et jeunes, consommateurs et consommatrices habituels et problématiques ; groupes et personnes vulnérables ; personnes gravement exclues ; personnes ayant des activités délictueuses ; travailleurs actifs.

Quelles sont les stratégies et instruments utilisés dans le VIème plan ? Les stratégies directes sont le contrôle de l'offre, la promotion des valeurs saines et dans la société, la prévention universelle, la prévention sélective, la prévention indiquée, la prévention déterminée, les soins thérapeutiques, l'insertion et l'intégration sociale, et le soutien des professionnels. Les stratégies transversales sont la réduction des risques et des dommages, la perspective en fonction du sexe, l'immigration, la planification de l'intervention, et l'évaluation. La différence étant que la réduction des risques est désormais une ligne transversale pour travailler dans les différents cadres évoqués auparavant.

Ce plan a été pensé au sein d'une commission interdépartementale. Concernant le contrôle de l'offre, nous avons travaillé avec le ministère de l'Intérieur et donc la police basque.

La prévention universelle concerne le milieu scolaire, les familles, le milieu professionnel, le lieu de travail et la communauté. Une ligne d'actions traite de cette volonté d'aller vers les jeunes par rapport au problème de globalisation. Nous constatons à quel point les problèmes de trafic de drogues affectent les pays producteurs, mais également les pays de transit.

Concernant la prévention sélective, nous avons voulu agir dans les milieux festifs et de loisirs, l'idée étant de prévenir et de réduire les risques dans ces lieux. Lors des fêtes de rue, une tente est toujours installée dans laquelle sont pratiqués des tests d'alcoolémie, de l'information est proposée, et sont distribués des préservatifs, de l'eau, des fruits secs, des sandwiches. Les très jeunes qui viennent à ces fêtes pour la première fois peuvent donc s'adresser à ces lieux qui sont présents à chaque fois. Nous participons à des projets interrégionaux, et nous travaillons notamment avec la préfecture de Bayonne, avec la mairie d'Hendaye. Nous lançons des projets en basque, en espagnol et en français. Il est intéressant de pouvoir envisager la situation d'un point de vue légal, c'est-à-dire savoir quelles sont les lois, comment elles s'appliquent.

L'idée est d'ouvrir la communication en passant par les nouvelles technologies. En ce qui concerne la prévention sélective, nous travaillons au sein des communautés sur le comportement à travers des équipes proches des mineurs, avec des adolescents et leur famille. Les traitements sont souvent proposés à des familles qui se présentent avec de jeunes adolescents confrontés à ce type de problème. Nous travaillons avec ces jeunes adolescents et leur famille.

Il s'agit de consolider les différentes ressources existantes, les programmes thérapeutiques qui ont fait leur preuve ; de détecter l'apparition de nouveaux produits sur le marché, comme l'héroïne orale ou la naloxone, d'étudier l'usage de ces différents produits, de réduire les risques en travaillant avec d'autres services, notamment ceux qui s'intéressent à la prévention contre le VIH. Le public change, de même que les types de toxicomanie, et nous essayons de voir comment agir.

Concernant le traitement des toxicomanes dans les prisons, il existe différents types de produits de substitution qui donnent de meilleurs résultats que la méthadone. Nous nous efforçons de travailler sur la situation individuelle des usagers en milieu carcéral. Une politique espagnole en matière d'application des peines a mis en place une incarcération adaptée, c'est-à-dire que les détenus travaillent à l'extérieur la journée et réintègrent la prison le soir.

Lorsque les personnes ne suivent pas les protocoles de sevrage, ils sont exclus du programme. Nous travaillons avec des personnes ayant une consommation que nous qualifions d'active. Au Pays Basque, nous avons un partenariat avec une organisation de type Pôle Emploi pour essayer de trouver un emploi à ces personnes. Nous faisons donc tout un travail d'insertion et d'intégration sociale. Nous travaillons avec les toxicomanes faisant l'objet d'une condamnation pénale pour voir comment les réintégrer dans la société. Nous utilisons les plans et programmes mis en place précédemment à travers une approche transversale et verticale.

S'agissant du cadre institutionnel qui nous a permis de lancer ce plan, nous avons le département des Addictions, une commission mixte, une commission

interdépartementale, Santé, Consommation, Emploi, Affaires sociales, Education, Universités, Recherche, Intérieur, Justice, Administration publique, Culture et Industrie. Un conseil de surveillance, et différents comités se réunissent.

Le Bureau des Addictions est un organisme supérieur qui décide de travailler avec les secteurs sociaux de manière à les impliquer dans la lutte contre la drogue. La commission est composée de la Direction des Toxicomanies, des différents services des commissions interdépartementales, des différentes municipalités basques, d'experts en toxicomanie, de membres du Parlement basque, d'associations patronales ainsi que de syndicats, le Conseil basque du Bien-être social, le Conseil de la Jeunesse du Pays Basque, le Conseil scolaire du Pays Basque, le Tribunal supérieur de Justice du Pays Basque, et le Service de lutte contre la drogue du Pays Basque.

Les collègues professionnels sont composés de l'ordre des Médecins, des Pharmaciens, des psychologues, des travailleurs sociaux, etc. Nous travaillons également avec des ONG, Emakunde, organisme spécialisé dans les droits des femmes, des universités du Pays Basque et des associations de consommateurs. Toutes ces personnes siègent au sein de ce Conseil.

Il ne nous manque plus qu'un document pour pouvoir approuver l'ensemble des plans élaborés au sein de cette commission, après quoi le Parlement doit ratifier cette décision.

**Alessandro Bua**, *coordinateur des projets d'insertion sociale, Médecins du Monde*

Je tiens tout d'abord à remercier les organisateurs de cette soirée de nous permettre de partager avec vous l'expérience de la salle de consommation de Bilbao.

Préalablement, une analyse de la situation a été réalisée à travers les différents profils des personnes intéressées par ce type de salle, et les différents recours existant au sein de la ville. Deux études initiées par la région et par le gouvernement basque ont montré que les usagers étaient dans des situations extrêmement précaires. 80 % des usagers qui ne suivaient aucun traitement de désintoxication ont exprimé leur intérêt et leur volonté d'utiliser ce type de salle. De nombreuses scènes ouvertes existaient, notamment dans le centre ville. Il existait des réponses sociales pour venir en aide à ces usagers, mais des problèmes se posaient, liés aux traitements, à l'accès à la méthadone, aux différents soins, et il nous a paru essentiel de mettre en place une supervision des différents personnels spécialisés.

Nous avons donc imaginé une stratégie englobant les aspects médicaux et sociaux. Nous avons tout d'abord regardé notre cadre législatif. En Espagne, celui-ci est beaucoup plus complexe que dans d'autres pays en raison de l'existence des autonomies, c'est-à-dire qu'une loi existait au niveau national, mais nous n'avions aucune mesure légale au niveau régional nous permettant d'ouvrir des salles de consommation. Des règlements au sein du gouvernement basque mettaient l'accent sur la nécessité de la société basque de tout mettre en œuvre pour travailler à la prévention des risques.

Nous avons inscrit notre volonté de développer et d'ouvrir ces salles de consommation en tenant compte les différentes lois et réglementations. Aucune loi ne nous interdisait l'ouverture de ces salles de consommation.

Un autre élément essentiel concernait l'emplacement même de cette salle. Les scènes ouvertes étaient très fréquentes et la consommation se faisait un peu n'importe où. Les personnes vivant dans le quartier où est installée la salle de consommation côtoyaient des usagers qui venaient s'injecter dans les halls des immeubles et ils subissaient également le trafic. Beaucoup craignaient que la salle de consommation ne développe le trafic alentour. Au moment de choisir l'emplacement, il nous a paru nécessaire de travailler avec les usagers pour trouver un lieu qui leur permette d'être au contact de différents spécialistes, et qui soit proche de leur lieu d'approvisionnement. Cette salle de consommation se situe en plein centre ville, près des endroits traditionnels de vente et de consommation de drogue. Ce lieu est très accessible.

En termes de méthodologie, nous avons réuni l'ensemble des acteurs impliqués dans l'ouverture de la salle de consommation, à savoir le gouvernement basque, la Mairie, les acteurs sociaux, les commerçants du quartier, les médias, les usagers, ainsi que des responsables des ressources humaines et des financeurs. L'objectif était de trouver un consensus, que l'ensemble des acteurs se sentent impliqués dans la création de cette salle, et que nous ne soyons pas les seuls acteurs au moment de son ouverture.

Le gouvernement basque avait la volonté d'agir sur la prévention des risques. Nous avons mis en place une " table de réhabilitation ", c'est-à-dire que les différentes institutions se sont mises autour de la table pour aborder le problème de la rénovation et de la réhabilitation du quartier. Nous avons organisé de nombreuses réunions, notamment avec les différents partis politiques, quelle que soit leur couleur, pour aboutir à un consensus avec l'ensemble des acteurs.

Du point de social, Médecins du Monde est très impliqué dans les actions à destination des personnes en situation de précarité et cette action était donc proche de notre cœur d'activité. Nous avons également réuni l'Assemblée des membres de Médecins du Monde qui a approuvé à l'unanimité l'ouverture de la salle de consommation à côté de nos bureaux.

Nous avons mis en place un comité incluant l'Ordre des Médecins, des Pharmaciens, les différents barreaux, etc., mais également la société civile car notre objectif était de les rassurer, de leur faire comprendre notre démarche, de leur démontrer ses avantages. La salle de consommation n'est pas uniquement un lieu de prévention des risques sanitaires, c'est également un lieu d'écoute.

Notre stratégie a été aussi de travailler avec la communauté de quartier, c'est-à-dire les voisins, les commerçants, à qui nous avons présenté la salle de consommation, expliqué quelle était notre démarche. Nous avons pris en compte leurs craintes, essayé de les rassurer et de leur montrer à quel point la salle de consommation n'est qu'un maillon de la politique visant à lutter contre la drogue. Dans le cadre de la politique de réhabilitation du quartier, les trottoirs ont été élargis, les façades d'immeubles ont été ravalées.

En ce qui concerne la stratégie de communication, nous ne souhaitons pas que les médias en fassent un sujet à sensation, avec des titres chocs, ni que les partis politiques fassent

des salles de consommation un argument de leur campagne électorale. D'ailleurs, l'ouverture de la salle de consommation a coïncidé avec une échéance électorale, mais nous ne voulions pas être instrumentalisés. La Présidente de Médecins du Monde était la seule habilitée à répondre aux journalistes afin d'avoir une information tout à fait objective.

En ce qui concerne la stratégie auprès des usagers, nous les avons interrogés afin d'identifier leurs besoins, de voir comment nous pouvions les aider, de quel type de matériel nous avions besoin, comment nous allions organiser les locaux. Nous avons pris compte de tous ces éléments au moment de l'ouverture de la salle de consommation. Celle-ci est répartie en trois espaces et chacun a un rôle précis, défini. Il fallait également assurer la sécurité des différents usagers et des travailleurs au sein du centre.

Ces salles sont destinées aux injections, mais elles offrent également un appui aux usagers et il fallait un personnel extrêmement polyvalent. En ce qui concerne le financement, nous avons eu l'appui des différentes institutions basques ainsi que de l'Union européenne. Il est important de souligner que sans le FEDER, nous n'aurions pu ouvrir cette salle de consommation. Ce financement témoigne de la volonté des institutions de s'engager dans ce processus pour lutter contre un véritable problème social et sanitaire.

Pour terminer, je souhaite insister sur les faux mythes et les vérités sur les salles de consommation. Est-ce qu'elles attirent les toxicomanes dans les quartiers où elles se situent ? Ce n'est pas le cas. Est-ce qu'elles maintiennent les usagers dans leur toxicomanie ? Au fil du temps, nous avons pu constater une augmentation constante, mais ce n'est pas pour autant " un appel d'offres ". En tout état de cause, ces salles sont nécessaires et ont permis d'aider les usagers.

### **Iñaki Elexalde Garcia Escudero**, *représentant de la police basque*

Quelques mots sur les relations entre la police de Bilbao et la salle de consommation supervisée. Le Pays Basque est une entité autonome au sein de l'Etat espagnol, c'est-à-dire qu'elle a son propre parlement et son propre gouvernement, et donc sa propre police. L'Euskadi, c'est-à-dire le Pays Basque, compte 2,2 millions d'habitants. La capitale est Vitoria, et la ville la plus importante est Bilbao avec une population de 355 000 habitants. C'est le centre d'une zone d'influence beaucoup plus large appelée le Grand Bilbao, avec environ 900 000 habitants.

Bilbao possède deux polices : la police basque avec 650 hommes et femmes, et la police municipale avec 730 hommes et femmes. Il y a également la police nationale espagnole, la garde civile espagnole et d'autres polices, mais en matière de sécurité et de protection des citoyens, les deux polices compétentes sont l'Ertzaintza et la police municipale de Bilbao. Le nombre de délits est en diminution depuis 2006, malgré la crise que connaît l'Espagne à l'heure actuelle. A souligner également que 70 % des délits ayant fait l'objet de plaintes concernent des vols et des dommages tels que du vandalisme sur des biens privés. Les autres délits arrivent nettement derrière, soit 8 % en ce qui concerne la drogue,

7 % en ce qui concerne les violences conjugales, bagarres ou autres. Le nombre de personnes arrêtées diminue également. 35 % des personnes arrêtées sont Espagnoles et 65 % sont d'origine étrangère, dont la plupart d'origine africaine et plus particulièrement maghrébine, c'est-à-dire Algériens et Marocains. Parmi les citoyens européens, les Roumains sont les plus nombreux à être arrêtés.

Concernant la relation de la police et de la salle de consommation, je dois d'abord vous dire que j'ai été surpris de recevoir votre invitation car je connais l'existence de la salle, mais j'ignorais où elle était située, ce qui est très bon signe pour nous, car cela signifie que la salle de consommation de drogue supervisée ne représente pas un problème pour la police. D'ailleurs, j'ai interrogé à quelques-uns de mes collègues plus anciens qui m'ont dit qu'il y avait eu quelques problèmes au départ, mais que ce n'était plus le cas du tout.

En ce qui concerne les relations de la police avec les voisins, les riverains vivant à proximité, l'ouverture de ce type de structure est toujours un peu problématique. Dans certains cas, cela pouvait aboutir à des situations de violence, et la police a dû défendre les responsables des salles et les usagers contre la colère des habitants. Cependant, depuis plusieurs années, nous participons à des comités de quartier au cours desquelles ils nous font part de leurs problèmes, et depuis trois ans, il n'a pas été question une seule fois de la salle de consommation, nous n'avons eu aucune plainte.

Les personnes accueillies dans cette structure sont des usagers chroniques ayant une longue histoire d'addiction aux drogues, mais ils intéressent peu la police par rapport au trafic de drogue, car ils ne nous fournissent pas d'information précieuse. Selon la loi espagnole, la possession d'une petite quantité de drogue pour sa consommation personnelle n'est pas un délit, c'est une infraction administrative mineure sanctionnée par une contravention que les toxicomanes ne sont pas en mesure de payer. Les mesures de répression sont donc totalement inefficaces. Les usagers commencent à intéresser la police lorsqu'ils commettent des délits ; sachant qu'un pourcentage élevé des vols et actes de vandalisme est commis par des usagers de drogue. Et ils posent problème lorsqu'ils consomment publiquement, mais la consommation au sein de la salle n'est pas un problème pour la police.

En ce qui concerne les relations de la police avec les responsables de la salle de consommation, nous sommes parvenus à des accords pour ne pas patrouiller dans la rue où est installé le dispositif afin de ne pas effrayer les personnes susceptibles d'y venir. D'autre part, dans le cas où un problème surviendrait entre usagers, par exemple – ce qui n'a jamais été le cas jusqu'alors – il est convenu que nous agissions toujours avec discrétion. Non seulement la salle de consommation de Bilbao n'est pas un problème, mais elle a permis de supprimer aux yeux du public une série d'activités à risque qui entraînaient des appels constants au commissariat et pour lesquelles nous avons peu de réponses compte tenu de la législation espagnole.

## Questions et débat avec les participants

**Stéphane Martinet**, adjoint au Maire, chargé de la Culture du 11<sup>e</sup> arrondissement

Par rapport à tout ce que vous avez présenté, qui est un monde merveilleux, j'ai une question qui s'adresse aux trois intervenants. Comment avez-vous réussi à faire en sorte que la relation avec les voisins passe d'une relation d'hostilité à une relation d'indifférence, voire pour certains d'acceptation de cette salle, avec probablement une compréhension des objectifs et des moyens ? C'est sans doute, en termes d'acceptation dans un quartier, la part la plus délicate à gérer pour une collectivité municipale, c'est ce qu'il faut fortement anticiper, et ce sont les moyens premiers à développer pour envisager l'ouverture d'une telle salle.

**Celina Pereda**

Tout à fait. Un an auparavant, l'ouverture d'un centre de nuit avait fait l'objet d'une forte opposition de la part du voisinage. Lorsque nous avons ouvert la salle de consommation, nous avons également dû faire face à une forte opposition des habitants du quartier, voire à des insultes. La salle est située dans un quartier où le niveau socioculturel est plus élevé et les habitants n'étaient pas prêts à ces manifestations dans la rue. Nous organisons des réunions à la mairie, des discussions sur Internet. Mais ils nous ont demandé d'être très discrets, ce que nous avons toujours respecté, et nous nous sommes engagés à fermer le centre s'il devait générer des problèmes. Nous organisons des conférences de presse.

**Dominique Rousset**

Il s'agit de ne pas donner le sentiment qu'on fait les choses sans en informer les gens. Quant à la proximité, on veut peut-être bien l'accepter dans le quartier, mais pas forcément dans l'immeuble voisin.

**Celina Pereda**

Nous avons établi une liste des personnes du quartier qui pouvaient appuyer notre démarche. Notre slogan était une ville plus ouverte et plus solidaire. Nous voulions également que le Bilbao du Guggenheim ait une arrière-cour et que celle-ci soit prise en compte.

**Fred Bladou**, association Aides

Je regrette que nous n'ayons pas dans ce tour de table l'expérience suisse ou celle des Portugais. Ne pensez-vous pas qu'aujourd'hui, la pénalisation des usagers de produits psycho actifs soit un frein majeur aux avancées en termes de réduction des risques ? Ne pensez-vous que ces salles d'injection ou tous ces autres outils sont insuffisants et qu'il faudrait attaquer le problème à la base, c'est-à-dire déjà dépenaliser les usagers de produits psycho actifs ?

**Pierre Leyrit**, Coordination Toxicomanies

Je souhaitais réagir par rapport notamment à cette stratégie d'implantation. D'une part, Madame Jauffret-Roustide a montré à quel point il est nécessaire d'agir et d'ouvrir cette perspective des salles de consommation à moindres risques. Le réquisitoire est accablant et pourtant cela ne se fait pas. Donc pourquoi cela ne se fait pas et quels sont les points d'appui ? Les points d'appui, on les voit autour de la question de l'alliance qu'il peut y avoir avec les habitants des quartiers de manière à franchir le pas et faire en sorte que la société civile aide la société politique à franchir le pas. Néanmoins, le débat tel que posé en France a une limite, celle de l'opposition traditionnelle entre santé publique et sécurité publique. L'enseignement essentiel que nous a apporté l'expérience de Bilbao est qu'il ne s'agit pas d'une question d'opposition ou de coopération entre la sécurité sociale et la santé, mais une question sociale. La perspective de non relégation des usagers de drogue et donc d'amélioration de leur dispositifs s'accompagne d'un dispositif actif de non relégation des quartiers. Et c'est parce que cette perspective existe dans les quartiers, d'accompagnement, de rénovation urbaine, qu'il est possible d'aboutir à une adhésion.



**Alessandro Bua**

Médecins du Monde ne souhaite pas rentrer dans le débat sur la dépénalisation des drogues illégales. En ce qui concerne le Portugal, ils n'ont pas encore obtenu l'autorisation d'ouvrir une salle de consommation. Les Portugais nous ont beaucoup appris et nous ont beaucoup accompagnés. La plupart des usagers de drogue sont totalement exclus du système sanitaire et social, ils ne sont plus à la Sécurité sociale, et nous leur permettons d'accéder de nouveau aux soins et aux services sanitaires et sociaux. L'implication de l'ensemble des professionnels de santé est très importante.

# Rotterdam, une salle de consommation pour usagers de crack

**Leo Thomassen**, directeur du centre "Bouman GGZ"

Ma présentation concerne la mise en place d'une salle de consommation pour usagers de crack à Rotterdam. Notre organisation Bouman Santé Mentale a été créée il y a une centaine d'années pour les alcooliques, puis les toxicomanes. Aujourd'hui, nous sommes spécialisés dans la toxicomanie et la psychiatrie. Nous proposons des consultations, des traitements, la prise en charge, et ceci pour tous ceux qui rencontrent des problèmes d'addiction à l'alcool, aux drogues, aux médicaments, et depuis quelques années, aux jeux sur Internet et aux paris.

Nous considérons que l'addiction est une maladie psychiatrique chronique qui entraîne souvent une perte d'autonomie au niveau des émotions, de la pensée et des actions. Pour nous, l'addiction est une maladie. Nous pensons également que l'addiction ne se manifeste jamais seule. De nombreux toxicomanes présentent des problèmes psychiatriques. C'est ce que l'on appelle le double diagnostic. Notre organisation est située à Rotterdam avec des dépendances dans les environs. Nos patients vivent à Rotterdam ou à proximité de cette ville. Nous traitons environ dix mille patients par an. Notre budget de fonctionnement s'élève à 79 millions d'euros par an, issus de sources financières diverses : collectivités locales, la sécurité sociale individuelle, l'assurance maladie, le ministère de la Justice et le ministère de la Santé Publique, du Bien-être et des Sports.

Nous proposons plusieurs activités.

Premièrement, nous estimons que la prévention est essentielle. De ce fait, nous nous déplaçons dans les écoles, dans les entreprises, dans les fêtes, pour informer les populations des dangers de l'alcool et des drogues. Nous proposons également du travail de rue, c'est-à-dire que nos équipes vont à la rencontre des consommateurs d'alcool ou de drogue, qui ont perdu le contrôle, pour tenter de les convaincre d'être pris en charge de façon à améliorer leur qualité de vie.

Nous offrons des traitements spécialisés en ambulatoire et en clinique. Nous travaillons avec un hôpital spécialisé dans la prise en charge des aspects psychologiques. Et nous tentons de les sortir de cette ornière. Une fois la période clinique passée, la plupart des personnes sont à même de rentrer chez elles, et par le biais du traitement en ambulatoire, elles peuvent retrouver une vie normale. Mais certaines ont perdu tout contrôle et nous leur proposons un environnement protégé où elles peuvent se reconstruire d'un point de vue social.

Nous pensons qu'il est très important pour les individus de retrouver une vie structurée au quotidien. C'est la raison pour laquelle nous proposons des activités sociales et organisées. Les trois éléments essentiels sont la santé, le logement et le travail, ce qui permet aux patients de structurer et de contrôler leur vie et d'améliorer l'estime de soi. Nous proposons également une aide juridique aux personnes orientées par le ministère de la Justice Il se peut, par exemple, qu'on prenne en charge ou qu'on supervise des personnes qui ont été incarcérées et qui ont besoin d'être réinsérées dans une vie normale.

Je vous présente Kris van der Vlies, qui est un membre fondateur de notre structure. Il a participé aux salles de consommation dès leur ouverture. Il est donc un véritable expert des salles de consommation.

### **Kris van der Vlies, clustermanager "Bouman GGZ"**

Je travaille pour notre organisation chargée de la santé mentale. J'ai ouvert la première salle de consommation en 1997, car de nombreuses personnes d'un quartier difficile étaient toxicomanes et s'injectaient, ce qui représentait un grave problème. Les gens nous ont demandé d'ouvrir un lieu où ces toxicomanes pourraient se droguer de manière supervisée. Nous avons commencé à en parler aux toxicomanes qui ont approuvé l'idée, puis nous avons trouvé une maison à proximité dans laquelle nous nous sommes installés.

Nous avons fait beaucoup d'erreurs au départ, tout n'était pas parfait, mais cela a fonctionné ; les gens ont quitté la rue pour venir consommer dans ce centre. C'était propre, contrôlé, il y avait un cadre, et on avait le droit de venir se droguer dans ce lieu. Ce n'était plus interdit. Les toxicomanes se trouvaient dans une situation totalement folle, c'est-à-dire que tout d'un coup, ils pouvaient se droguer sans être arrêtés, on ne les chassait pas. Ils venaient donc sur place, utilisaient les produits. Les premières semaines, nous avons constaté une augmentation de leur consommation puisque ce n'était plus interdit ; ils pouvaient apporter leur propre drogue, donc ils perdaient le contrôle, mais au bout de quelques semaines, nous avons assisté à une chute du niveau de consommation, le côté "nouveau" ayant disparu. Cela a donc eu un effet extrêmement positif. Notre "entreprise" a été couronnée de succès. Tous les mois, nous parlions avec les voisins, les commerçants, et c'était une très grande réussite.

Au cours de deux à trois premières années, c'était le seul lieu existant pour les toxicomanes qui fumaient ou injectaient des drogues.

Nous avons créé des salles distinctes car mélanger dans une seule salle les fumeurs et ceux qui pratiquaient des injections par voie intraveineuse s'avérait problématique. Les fumeurs méprisaient les injecteurs.

Dès le début, les toxicomanes venaient avec leurs propres règles, règles que nous avons validées ; au final, nous sommes parvenus à une liste parfaite de règles. A ce jour, nous utilisons toujours le même règlement pour tous les lieux de consommation à Rotterdam. Etant donné qu'il s'agit de leurs propres règles, nous avons peu de problèmes pour les faire respecter, puis, ils signent un engagement à s'y tenir.

L'objectif de la salle de consommation était d'arriver à sortir les gens de la rue, un peu comme ferait une voiture balai, et de permettre aux usagers d'être en lieu sûr. Au bout d'un moment, nous arrivions à modifier les choses au sein de la structure. Nous avons commencé avec l'hygiène, le programme d'échange de seringues, l'alimentation, les machines à laver, les sanitaires pour la toilette. Nous sommes alors arrivés à introduire progressivement les éléments périphériques à la toxicomanie. Au bout de quelques années, d'autres quartiers se sont tournés vers nous, car nous étions le premier lieu de consommation licite à avoir été autorisé par la police et le ministère de la Justice. Du fait de notre réussite, beaucoup de quartiers ont souhaité mettre en place des lieux de ce type, mais cela exigeait beaucoup de travail, donc cela a pris plusieurs années. Maintenant nous avons cinq salles avec leurs propres utilisateurs. En effet, les consommateurs sont habitués à un environnement donné et ne vont pas d'une salle à une autre. Ils restent dans les mêmes quartiers, avec leurs propres amis, dans leur propre culture en quelque sorte. Ils appartiennent à un groupe déterminé.

La première salle que nous avons ouverte à Rotterdam a été fermée, victime de son succès. Les 40 personnes étant placées, le centre n'avait plus vraiment de raison d'être. Le voisinage s'est pacifié d'une certaine façon.

Les salles pour fumeurs sont équipées d'extracteurs de fumée, de poubelles, de sols faciles à nettoyer, de caméras. Nous restons à l'extérieur des salles et surveillons par le biais de caméras. C'est un lieu privé qui fonctionne très bien. En tout cas, à Rotterdam, nous avons connu de grands succès. La salle destinée aux injections est équipée d'eau courante et d'aiguilles de rechange. Il faut que le lieu soit propre, mais pas trop confortable pour que le passage soit limité dans le temps. Au cours des deux dernières années, le temps autorisé était de deux heures, au bout desquelles il leur est demandé de terminer ce qu'ils sont en train de faire et de sortir pendant au moins une heure. Il ne faut pas que la drogue les occupe toute la journée, et qu'ils fassent une pause pour aller manger, prendre une douche. Cela fonctionne extrêmement bien.

Les règles de la maison sont importantes. Toute personne qui intègre le centre prend connaissance de ces règles et s'engage à les respecter. Chaque fois qu'une nouvelle personne arrive au centre, on l'informe que les règles ont été élaborées par les usagers et on lui demande de signer le document avant d'être autorisée à rentrer.

### **Ed Wieseemann, représentant de la police**

Depuis 1984, je travaille au sein de la police d'Amsterdam, et je suis maintenant responsable de la police d'un quartier. Au début des années 2000, les autorités locales ont souhaité ouvrir un centre de consommation. De 2000 à 2005, j'ai travaillé en coopération avec la salle "Blaka Watra" puis de 2006 à 2010 avec la salle "Amoc".

Je travaille essentiellement au centre d'Amsterdam, où se produisent de nombreux incidents liés à la drogue. Nous travaillons dans un quartier de trois à cinq mille citoyens.

Nous sommes en charge de la sécurité dans notre quartier. Là où je travaille, c'est un environnement multiethnique. Nous avons des réseaux et nous bénéficions de la participation des citoyens, ce qui constitue un élément essentiel pour nous.

Concernant mon travail avec les salles de consommation " Blaka Watra " et " Amoc ", tous les trois mois, ils organisaient une commission d'orientation à laquelle je participais. Cette commission était présidée par l'autorité locale et réunissait, outre la police, le directeur de la salle de consommation, ainsi que des riverains venus pour expliquer les problèmes rencontrés dans le quartier. Parallèlement, nous avions des réunions mensuelles entre le policier responsable du quartier et le responsable de la salle de consommation pour parler des nouveaux usagers accueillis et de leur comportement à l'intérieur et à l'extérieur de la salle de consommation. Lorsque leur comportement était jugé inacceptable, on avertissait les usagers qu'ils risquaient d'être exclus de la salle de consommation pendant une période déterminée. Cela permettait une autorégulation.

Pour illustrer mes propos, j'ai choisi un tableau représentant le Cheval de Troie qui est dangereux. Lorsque, dans les salles de consommation, les usagers n'utilisent pas leur propre drogue mais la partagent ou l'achètent sur place, cela peut entraîner des bagarres, parfois au couteau ; il faut donc être très vigilant. Quant à la coopération avec la police en général, le fait que le policier responsable du quartier soit admis dans les salles de consommation est un élément essentiel. Si nous ne sommes pas admis dans la salle, ça veut dire qu'il y a un problème ou qu'il y a quelque chose de louche qui s'y passe. En cas de problème, les équipes de la salle de consommation nous appellent ; le policier responsable du quartier leur ayant communiqué au préalable son numéro de portable. Ces salles de consommation peuvent être bénéfiques aussi bien au quartier, car il y a moins d'usagers dans la rue, qu'aux autorités locales car elles peuvent proposer une solution alternative aux consommateurs. La police rencontre moins de problèmes dans la rue et n'est donc pas obligée d'agir de façon répressive et de donner des amendes.

## Questions et débat avec les participants

**Lenneke Keijzer, Apothicom**

Ma question s'adresse à Ed Wieseemann. Quand vous entrez dans la salle de consommation, les usagers sont-ils réticents ou, au contraire, le contact se fait-il bien ? Et dans ce cas, comment avez-vous fait pour que cela se passe bien ?

**Ed Wieseemann**

Ce n'est jamais un problème lorsque j'entre dans la salle de consommation. Beaucoup d'usagers connaissent mon nom ; moi-même je connais leurs noms, et quand nous nous rencontrons, nous avons toujours une conversation agréable, nous discutons de tout et de rien ou de choses qui se passent dans la rue. Il est très important pour nous de pouvoir accéder à ces salles, car il faut une supervision par la police. La coopération entre ces centres et la police est essentielle. Sans cela, l'opération ne sera pas aussi bénéfique à la fois pour les usagers et pour la police. Les usagers ont parfois des problèmes, et ils savent qu'ils sont vulnérables par rapport à ce Cheval de Troie.

**Dominique Rousset**

Ed Wieseemann me disait qu'il était important d'avoir un nombre assez limité d'usagers dans chaque salle de manière à bien les connaître. Je lui demandais si lorsque les salles installées dans un quartier commencent à être connues des usagers, elles n'attiraient pas d'autres usagers venus d'autres villes. Il m'a répondu qu'il veillait à bien connaître chaque usager et à les avoir dans une seule salle de manière à ne pas attirer d'autres personnes. Ce qui signifie qu'il vaut mieux multiplier les salles de consommation plutôt que d'en avoir une grande.

**Léon Gomberoff, association Ego**

Ma question s'adresse à Monsieur Thomassen. Pourquoi votre règlement interdit-il de s'injecter des médicaments ?

n.b. : aux Pays-Bas, les personnes ayant leur propre logement sont censées consommer à la maison. Par conséquent, elles n'ont généralement pas accès aux salles de consommation, réservées aux personnes SDF. Etant donné qu'il y a de moins en moins de personnes (de nationalité Néerlandaise) SDF, les salles de consommation reçoivent moins de monde.

## Kris Van der Vlies

Le problème avec les médicaments, c'est qu'on ne sait jamais ce que contiennent les comprimés qu'ils s'injectent. Je ne parle pas de la méthadone, mais des benzodiazépines ou des comprimés à base de morphine qui peuvent entraîner une overdose. C'est la même chose avec l'alcool. Nous ne pouvons pas autoriser l'alcool dans ces salles, car la combinaison de l'alcool et de la cocaïne est extrêmement dangereuse et les usagers qui mélangent les deux sont très difficiles à gérer. L'alcool génère des violences particulières, et il existe d'autres lieux pour gérer les personnes alcooliques.

Dans les salles de consommation de drogue, nous n'autorisons que l'héroïne, la cocaïne et le cannabis. Toutefois, on ne peut pas toujours l'éviter car nous ignorons ce qu'ils ont déjà ingéré ou consommé lorsqu'ils entrent dans la salle de consommation. Toutefois, nous acquérons progressivement de l'expérience, et au bout de quelques années, nous connaissons chaque usager, son nom, son comportement, sa drogue de prédilection, etc. Les connaître personnellement est essentiel. Un environnement sûr favorise la confiance de part et d'autre. Il y va aussi de l'estime et de l'image de soi.

## Elisabeth Avril, directrice de Gaïa Paris

L'accès des salles est parfois, dans certaines villes, interdit aux étrangers, aux migrants, aux sans-papiers. En Suisse, par exemple, les personnes qui ne sont pas du canton de Berne ne peuvent pas venir injecter dans la salle de consommation de Berne. En revanche, à Genève, tout le monde peut venir injecter. J'espère que nous pourrions un jour ouvrir une salle de consommation à Paris, mais c'est un environnement multiethnique, et de nombreux usagers de drogue venant des pays de l'Est et de différents pays du monde n'ont pas de papiers administratifs pour résider sur le territoire français. Comment faites-vous avec ces personnes qui sont dans cette situation à Rotterdam ? Quand vous leur interdisez l'accès à la salle, ne vont-elles pas injecter dans les environs ?

## Léo Thomassen

Nous ne les autorisons pas à rentrer dans nos salles de consommation à moindres risques en raison de la politique mise en place par le gouvernement qui ne souhaite pas attirer des migrants clandestins dans la ville de Rotterdam. De plus, ces salles sont subventionnées par le gouvernement et nous sommes donc un peu obligés de suivre leurs directives. Généralement, ces migrants ont des proches, de la famille où ils peuvent se réfugier.

# Les apports de la salle de Vancouver

**Thomas Kerr**, professeur associé au Département de médecine de l'Université de Colombie-Britannique

Vancouver est considérée comme une des villes du monde les plus agréables à vivre, selon plusieurs sondages. Mais elle compte de nombreux quartiers défavorisés, avec beaucoup d'usage de drogue et de problèmes sanitaires depuis quelques années. Derrière les belles avenues principales se cachent une multitude de petites ruelles abritant des toxicomanes qui s'injectent sous des portes cochères, derrière des boutiques, fuyant la surveillance de la police, et qui sont donc confrontés à des pratiques d'injection à haut risque. Beaucoup de gens ignorent qu'en 1997, Vancouver a connu l'épidémie de VIH la plus explosive qu'on ait jamais vue dans le monde développé. 90 % des injecteurs de drogue à Vancouver ont été infectés sur une très courte période.

Nous avons pensé que la politique de répression consistant à augmenter le nombre de policiers dans la rue n'était pas la solution. D'où la création de cette salle de consommation à moindres risques pour usagers injecteurs de drogue. Elle porte le nom d'Insite et est ouverte de 18h à 4h du matin. Elle possède douze cabines d'injection, une infirmerie où les infirmières peuvent prodiguer des soins primaires pour les infections des tissus mous, par exemple, principale cause d'hospitalisation parmi cette population. Il y a également des conseillers et des travailleurs sociaux qui peuvent recommander un traitement contre la toxicomanie ou aider les usagers à trouver un logement.

Au départ, les objectifs étaient tout à fait clairs et simples, il s'agissait de réduire les troubles à l'ordre public, de réduire la transmission du VIH et d'autres maladies infectieuses, et d'aider les usagers de drogue à renouer avec les services de santé et les services sociaux. Il nous fallait trouver une approche innovante pour les atteindre. A l'époque, nous avons donc assisté à une explosion des taux de VIH et à un grand nombre de décès par overdose. Un toxicomane mourait chaque jour d'overdose.

Je suis chargé de l'évaluation scientifique de ce projet. Une étude financée par l'Institut national de santé des Etats-Unis, initiée en 1997, incluait les usagers de drogue utilisant ces salles de consommation et ceux qui ne les utilisaient pas. Nous avons réalisé une étude avant et après l'ouverture, comparé les toxicomanes qui utilisaient ce recours et les autres. En Colombie-Britannique, chacun a son propre numéro de sécurité sociale, et avec l'accord des personnes concernées, nous avons pu relier leur numéro de sécurité sociale à toutes sortes d'autres traitements pour voir ceux qui se tournaient vers les services sociaux, les services de santé, lesquels avaient été hospitalisés, etc.

Une autre caractéristique de cette expérience de Vancouver est la polémique très vive suscitée par ce premier site d'injection supervisé en Amérique du Nord, sachant que les

Etats-Unis, notre voisin le plus proche, sont les champions de la lutte mondiale contre la drogue et du tout répressif. En vertu de la loi canadienne, notre site ne pouvait opérer légalement que s'il faisait l'objet d'une évaluation scientifique rigoureuse et encadrée. Une autorisation initiale nous a été donnée pour trois ans avant une autre évaluation obligatoire. A l'issue de ces trois ans d'essai, au lieu de rédiger simplement un rapport avec nos conclusions, nous avons eu recours à une évaluation scientifique pour accroître notre crédibilité et nous protéger de toute critique. Nous avons donc réalisé une série d'études très poussées, que nous avons soumises pour publication dans les meilleures revues médicales mondiales, comme le New England Journal of Medicine et le Lancet. Ce n'est que lorsque ces études ont été vues par les pairs et admises pour publication que nous les avons rendues publiques. Par souci de transparence, nous avons également publié notre méthodologie d'évaluation dans une revue médicale accessible gratuitement en ligne.

Nous nous sommes focalisés sur trois aspects. Tout d'abord, décrire précisément comment cela se passait dans ces salles, puis démontrer preuves à l'appui quels étaient les avantages sur le plan de la santé et pour l'ensemble de la communauté. Mais nous n'avons pas étudié que les aspects positifs et nous avons cherché quels pouvaient être les impacts négatifs, délétères, comme accroître la criminalité ou favoriser le trafic de drogue dans le voisinage. A chaque démarrage d'un nouveau projet de ce type, la question est de savoir si l'on va réussir à atteindre la population cible. Si Insite n'attirait que des usagers de drogue ayant conscience de l'importance de la santé, nous n'aurions pas d'impact, alors que si nous attirions des usagers de drogue négligeant leur santé, nous apporterions un avantage. La comparaison des usagers de drogues utilisant ce service et de ceux qui ne l'utilisaient pas montrait que les usagers qui se rendaient dans les salles de consommation à moindres risques possédaient tous les marqueurs de risque plus élevé pour l'infection par le VIH et l'overdose. Ils s'injectaient de la cocaïne, de l'héroïne quotidiennement et participaient aux troubles à l'ordre public. Nous voulions donc nous assurer d'atteindre la population cible pour laquelle le projet a été conçu.

Beaucoup d'usagers s'injectent de l'héroïne, 35 % s'injectent de la cocaïne. Certains détournent l'utilisation des médicaments et s'en injectaient, mais il y a eu plus de 2 000 surdoses, et depuis que ces personnes ont accès à la salle de consommation, nous n'avons plus ce problème. Par ailleurs, le centre est ouvert à tout le monde, quelle que soit l'appartenance ethnique et la nationalité.

Ce centre a-t-il réduit les troubles à l'ordre public causés par les injecteurs de drogue ? Certains pensaient qu'un tel centre aurait un effet négatif en attirant d'autres toxicomanes et que les nuisances augmenteraient. Nous avons publié un article dans le Canadian Medical Association Journal de Vancouver en 2004. Nous avons fait une évaluation six semaines avant l'ouverture et douze semaines après l'ouverture qui montre que l'augmentation de la fréquentation du centre est spectaculaire. Nous avons essayé également de dénombrer les personnes qui s'injectaient en public, et pu constater qu'à mesure que le nombre de visiteurs dans notre centre augmente, le nombre d'injecteurs dans les rues diminue. Nous avons également réalisé une étude assez sophistiquée pour voir si le nombre de déchets et de seringues dans la rue avait diminué. Notre centre a ouvert durant la saison des pluies, et nous avons collecté des statistiques sur les niveaux de précipitation au Canada. Quels que soient les paramètres utilisés, les troubles à l'ordre public avaient beaucoup diminué.

Un papier a été publié dans le Lancet en 2005 sur le partage des seringues. 75 % des usagers qui fréquentaient Insite déclaraient ne plus partager les seringues. Depuis l'ouverture d'Insite, les données montrent que le taux de transmission du VIH a baissé. Ces dernières années, moins de 1 % des usagers ont été contaminés par le VIH. Nous savons que ces salles de consommation et d'injection à moindres risques ont participé à cette diminution.

Les gens disaient également que ces centres, de par leur côté convivial et sympathique, allaient favoriser la toxicomanie et que les usagers allaient refuser de se faire traiter. Un papier publié dans le New England Journal of Medicine indique que les personnes qui se rendent souvent dans ces centres sont les plus à même de rentrer dans un programme de désintoxication. Les admissions dans les centres de désintoxication ont augmenté de 50 %, et certaines des personnes accueillies à Insite ont ensuite entamé un traitement à long terme contre la toxicomanie.

Certains nous opposaient que ces personnes pourraient rechuter après le sevrage. Là encore, les statistiques montrent que les personnes accueillies dans notre centre arrêtent de consommer plus longtemps, et que c'est un premier tremplin pour aller en désintoxication. Beaucoup connaissent un premier échec, mais ils persévèrent et leurs efforts sont souvent couronnés de succès.

En Suisse, à une époque, un traitement de la toxicomanie était disponible à la demande, mais il ne s'agissait que d'un traitement contre l'addiction qui ne touchait que 20 % des usagers de drogue. Les gens trouvaient ce programme peu rentable. C'est parce que ces centres de désintoxication en Suisse ne s'intéressaient qu'aux injecteurs. Dès lors qu'on a élargi l'éventail, on est passé de 20 à 65 % de personnes intéressées par les programmes de désintoxication. Les usagers de drogue à haut risque avaient ainsi pu mettre un pied dans le système de santé, approcher des professionnels de santé, et être aidés par des travailleurs sociaux.

S'agissant de la mortalité par surdose, nous avons étudié tous les registres de décès de la province, avant et après l'ouverture d'Insite, et nous avons constaté une chute de 35 % des cas de mortalité par surdose dans les environs du centre sur deux ans. Beaucoup de gens nous ont interrogé sur le rôle de la police et nous ont demandé si la police avait aidé les toxicomanes à trouver ce centre lorsqu'ils étaient pris en train de s'injecter en public. 60 % des usagers ont répondu que la police les avait orientés sur le centre. La police comprend maintenant que dépenser l'argent des contribuables à arrêter des héroïnomanes, les juger et les mettre en prison, en sachant qu'ils vont recommencer ne sert à rien. L'OMS, toutes les grandes organisations mondiales, considèrent désormais la toxicomanie comme une question de santé et plus uniquement comme une question de répression et de police.

Qu'en est-il du rapport coût/efficacité ? Une équipe d'économistes nous a aidé à faire une évaluation qui démontre qu'en dix ans, ce centre a permis d'éviter 1 119 infections par le VIH, a généré 18,3 millions d'économie et a permis de gagner 1 175 années de vie. Il s'agit uniquement de la limitation des risques liés au VIH, mais il y a également la prévention des surdoses. Sur un an, les services d'urgence, le SAMU, ont économisé deux à trois millions de dollars par rapport à la prise en charge des surdoses. D'autres économies ont été réalisées du fait de la diminution des infections à traiter à l'hôpital grâce à une amélioration des conditions d'injection.



Les statistiques de la police montrent qu'il n'y a pas eu d'accroissement de la criminalité ou du nombre de toxicomanes dans les environs. Beaucoup de gens estiment qu'un message erroné est envoyé aux jeunes, véhiculant l'idée que l'injection est acceptable. Or, nous n'avons constaté aucune hausse de la toxicomanie chez les nouveaux initiés. Beaucoup d'articles publiés par des pairs dans des revues médicales commentent tous les avantages et les aspects positifs de ces centres. Trois études basées sur trois méthodes différentes prouvent qu'Insite est associé à une réduction des troubles à l'ordre public, à la diminution de la pratique du partage de seringues, au fait que les usagers recourent davantage aux traitements et aux programmes de désintoxication, et à une réduction des overdoses. D'autre part, Insite a permis de réduire la violence contre les femmes ; sachant que les femmes toxicomanes qui se piquent en public sont souvent rackettées. Nous avons aussi favorisé un accroissement des relations sexuelles protégées en mettant des préservatifs à leur disposition. Aucune augmentation de la criminalité liée à la drogue n'a été constatée.

En 2005, le Canada a élu un gouvernement de la minorité, qui était de droite, et tous les grands partis politiques canadiens soutenaient notre projet, hormis ce parti conservateur. Avant de décider de l'avenir d'Insite, ils ont réalisé leur propre sondage et se sont aperçu que dans la province de la Colombie-Britannique où se trouve Insite, 71 % des habitants soutenaient le projet contre 60 % dans le reste du pays. Toutefois, les personnes qui ignorent l'action menée par Insite sont les plus promptes à rejeter le projet. Le gouvernement, ne voulant pas choquer ses électeurs conservateurs, a voulu davantage d'études. Beaucoup de gens soutiennent cette cause, qu'il s'agisse du gouvernement de la Colombie-Britannique, la ville de Vancouver et l'Association des Marchands chinois. En effet, Insite est situé à proximité du quartier historique de Chinatown, et la communauté des commerçants de ce quartier s'était opposée féroce à la création de cette salle de consommation à moindres risques, mais ils ont été d'accord pour une étude sur trois ans, à l'issue de laquelle ils ont écrit une lettre au Premier ministre canadien pour l'enjoindre de poursuivre le projet. Ce projet est également soutenu par l'Association Médicale, les associations de personnels infirmiers, de santé publique, et par les services de police de Vancouver.

Toutefois, la situation est devenue un peu difficile car le gouvernement canadien n'apprécie pas que tous les articles scientifiques démontrent les bienfaits apportés par ce centre, et a donc imposé un moratoire sur l'ensemble de ces centres. Un commentateur australien a évoqué le fait que le gouvernement canadien avait délibérément ignoré le milieu scientifique et l'opinion publique, mettant ainsi en péril la réputation de son pays. Craignant que le gouvernement fédéral ne ferme Insite, la communauté locale a décidé de faire un procès à l'Etat, devant la Cour Suprême de la Colombie-Britannique. A l'époque, le juge a refusé la fermeture de ce centre qui serait une violation du droit constitutionnel du Canada sur l'accès de tout citoyen à la santé. Le gouvernement fédéral a toutefois appelé de cette décision. Là encore, le juge a décidé que fermer ce centre serait anticonstitutionnel. L'affaire est allée jusqu'à la Cour Suprême Fédérale du Canada où les neuf juges ont décidé de poursuivre ce projet.

L'omission du ministre d'accorder une exemption pour Insite contrevient au principe fondamental de justice car il a été prouvé qu'Insite sauvait des vies sans impact négatif sur la sécurité publique et sur les objectifs sanitaires du Canada. Un site d'injection faisant décroître les risques de mortalité et de morbidité, il a été ordonné au ministre de la Santé d'accorder l'exemption en vertu de laquelle ces centres pouvaient rester ouverts.

A la lumière de cette vaste expérience scientifique, nous pouvons dire que cette intervention a prouvé son utilité, preuves robustes à l'appui. Je comprends les difficultés qu'ont pu rencontrer tous les collègues qui se sont battus et qui devaient répondre aux arguments de mauvaise foi sans avoir, à l'époque, les preuves que nous avons pu accumuler. S'il s'agissait d'une intervention dont il a été prouvé qu'elle réduisait l'incidence du cancer du sein, par exemple, et qui facilitait la prévention, on ne se poserait pas la question de savoir s'il faut y aller, si cela va gêner les voisins, etc. On dirait qu'il faut y aller parce que c'est une question de vie et de mort. Nous avons une obligation éthique et morale de fonder nos décisions sur les meilleures preuves scientifiques disponibles, ne pas le faire est immoral et va à l'encontre des droits fondamentaux des citoyens. Sur la base de preuves scientifiques, nous avons fait la démonstration que c'était une question de santé publique et non pas une question d'ordre public.

## Questions et débat avec les participants

### Olivier Guérin

Vous avez cité l'expérience suisse qui inclut des prescriptions médicales d'héroïne. Je souhaitais avoir votre point de vue sur ces pratiques qui, pour des raisons légales ou d'acceptation sociale, sont difficiles à mettre en place mais qui peuvent être un complément et parfois un facteur de réinsertion sociale encore plus important que les salles d'injection.

### Thomas Kerr

Les prescriptions d'héroïne ont montré, à travers de nombreuses études randomisées contrôlées, qu'elles permettaient une amélioration de l'état de santé. Je pense que la prescription d'héroïne peut être un facteur positif, ce qui est étayé par des preuves scientifiques. A Vancouver, la pénalisation des drogues crée une situation telle que se développe un marché de drogues chères et de pureté incertaine. Ne pas réfléchir à un accès supervisé à l'héroïne est une erreur, car il offrirait de nombreux avantages.

### Patrizia Carrieri, *chercheur Inserm*

Je travaille sur l'évaluation de l'intervention en réduction des risques. En France, nous avons rattrapé le retard dans le domaine de la réduction des risques. Le problème de fond est que nous faisons parfois des choses extraordinaires sans aucune évaluation, mais il est très difficile de montrer que le programme marche s'il n'y a pas d'évaluation scientifique. C'est un paramètre que nous devons changer. Je pense que si des salles de consommation sont mises en place en France, ou d'autres types de programmes d'héroïne médicalisée, nous aurons besoin de les évaluer pour montrer qu'ils sont efficaces en termes de coût/efficacité.

### Dominique Rousset

Cela vaut aussi pour les questions de sécurité, puisqu'au Pays Basque, par exemple, la diminution du nombre d'arrestations et de délits était très visible après quelques années de fonctionnement de ces salles de consommation.

## Conclusion

**Emmanuel Hirsch**, *professeur d'éthique médicale,*  
*Directeur du Département de recherche en éthique Université Paris-Sud 11*

C'est la troisième fois que j'interviens sur cette thématique dont on constate à quel point elle est sensible. La première, c'était dans le cadre d'un workshop qui a permis d'identifier les enjeux complexes d'une réalité humaine et sociale : elle en appelle de notre part à la qualité d'une attention et de réponses politiques à la fois dignes, courageuses et innovantes. Des personnalités comme Jean-Marie LE GUEN et Pierre CHAPPARD permettent ainsi d'approfondir une réflexion nécessaire qui rassemble au-delà des clivages politiques, mais fait apparaître des rigidités idéologiques d'une autre époque. Comme si certains évoluaient dans un autre monde et se référaient à un système de référence obsolète, indifférents en fait aux évolutions, pour ne pas dire aux mutations générées dans les années sida. Ces expériences si douloureuses ont permis d'inspirer un militantisme qui relève d'un souci partagé du bien commun. Elles ont favorisées l'émergence d'une culture mais également d'une expertise validée par des approches plurielles. Pour ce qui me concerne je me réfère à de tels acquis et interroge la réalité immédiate avec cette grille de lecture qui permet de mieux repérer notre champ de responsabilité. Car la question essentielle est bien celle de l'exercice de nos responsabilités, de nos obligations à l'égard de personnes en situation d'extrême fragilité. Ou nous les considérons à ce point disqualifiées qu'elles ne relèvent plus de nos préoccupations sociales et doivent donc être abandonnées au désastre et à leur mort annoncée. Ou nous estimons résolument que le parcours dans la toxicomanie relève de multiples facteurs qui engagent nos responsabilités collectives et justifient des approches et des réponses adaptées, évolutives : des modalités d'accompagnement qui procèdent du principe de non abandon.

Il y a urgence en situation de péril vital. On ne pourra pas se satisfaire d'autres rencontres sollicitant une fois de plus les compétences venant de pays comme l'Espagne, les Pays-Bas, la Suisse ou le Canada pour nous décrire l'intelligence et la minutie des procédures mises en œuvre pour ouvrir des salles de consommations à moindres risques à destination des usagers de drogues. Les analyses et évaluations qu'ils produisent constituent autant d'insultes faites à l'inconséquence de nos politiques de réduction des risques, à l'inanité de nos programmes de santé publique dans ce domaine tout spécialement. Car il s'agit d'appréhender ces situations en termes de santé publique et non pas de sécurité publique ou plutôt de politiques sécuritaires. Car les responsables municipaux, les responsables de l'ordre public nous l'ont affirmé à plusieurs reprises : dans les pays qui ont su mettre en place les réponses appropriées, la criminalité liée aux trafics des drogues et à leur usage, les promiscuités de toute nature n'y ont pas trouvé le moindre avantage, au contraire. Accueillir selon des règles strictes et dans un contexte professionnel parfaitement maîtrisé des personnes hautement dépendantes de stupéfiants, c'est créer les conditions d'une relation possible qui se construit progressivement et réhabilite ainsi un rapport de confiance. Plutôt que de vivre la dépendance dans la déchéance de pratiques indignes,

tragiques et dangereuses, reléguées dans les bas-fonds de la cité, ces lieux d'exclusion, de violence qui exposent au cumul de risques, l'alternative proposée est celle de l'hospitalité, de l'écoute, du suivi, de l'accompagnement et parfois d'une ouverture possible sur une réintégration sociale, une sortie de la dépendance.

Qui peut soutenir honnêtement que, d'un point de vue éthique, le renoncement, la négligence, l'exclusion s'avèrent préférables à la tentative d'une approche différente qui privilégie une certaine idée que l'on a de la personne humaine reconnue dans sa valeur propre et ses droits quelques soient les circonstances qui affectent son autonomie ?

Je l'ai dit à plusieurs reprises, en matière de santé publique et face aux réalités de la vulnérabilité, le réalisme inspire mieux que ces prudences délétères sollicitées pour justifier l'inertie, les rigidités et les obstinations idéologiques contraires aux valeurs d'humanité.

En l'occurrence nos réponses ne relèvent pas des vaticinations morales, des considérations d'une philosophie politique juchée sur le promontoire de ses convictions. Il y a urgence à agir, à sensibiliser la cité à des enjeux forts qui la concernent et l'impliquent plus qu'elle ne le pense faute de concertations à cet égard.

J'ai bien conscience de l'effort de sensibilisation et donc d'information qu'il conviendra d'assurer afin de contribuer à l'acceptabilité de ces salles de consommation dans un contexte social a priori peu préparé. La notion de responsabilité partagée me semble signifiante dans l'approche qui s'impose désormais afin de mobiliser les compétences et plus encore les solidarités dans ce domaine si maltraité auquel il nous fait conférer une authentique dignité politique.

Je crois avoir exprimé clairement où se situent mes engagements à cet égard, de quel côté s'exprime une position militante, fidèle en tous points à celle que j'affirme dans d'autres domaines de mon implication sociale qui ne suscitent pas ce type de controverses.

Il m'a été demandé de produire quelques textes de référence pour éclairer notre avancée et lui apporter quelques arguments d'ordre éthique que ne me semblent moins nécessaires qu'un véritable courage politique.

Fin des débats.

## ANNEXE

## L'expérience des salles de consommation à moindres risques pour usagers de drogues

### **Plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012.**

L'accompagnement éthique, c'est affirmer la permanence de la personne humaine en toutes circonstances même les plus dégradées.

### **Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, UNESCO, 19 octobre 2005.**

Article 10. - Égalité, justice et équité

L'égalité fondamentale de tous les êtres humains en dignité et en droit doit être respectée de manière à ce qu'ils soient traités de façon juste et équitable.

### **Debra Lynkowski, présidente de l'Association canadienne de santé publique, 30 septembre 2011.**

La dépendance aux drogues est une question de santé publique et non de justice criminelle.

### **Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, Conseil de l'Europe, Oviedo, 4 avril 1997.**

Article 2. - Primauté de l'être humain L'intérêt et le bien de l'être humain doivent prévaloir sur le seul intérêt de la société ou de la science.

### **Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains, (CIOMS/OMS), Genève, 2003.**

Principes généraux d'éthique

Le respect de la personne fait intervenir au moins deux considérations éthiques fondamentales, à savoir :

a) Le respect de l'autonomie, qui exige que quiconque est capable de discernement quant à ses choix personnels soit traité dans le respect de cette faculté d'autodétermination ;

### **Lignes directrices internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains, (CIOMS/OMS), Genève, 2003.**

b) La protection des personnes dont l'autonomie est restreinte ou limitée, qui impose que les personnes dépendantes ou vulnérables soient protégées contre les atteintes ou les abus.

### **Code de la santé publique.**

Article L. 3121-4

La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants.

Article L. 1411-1-1.

L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en oeuvre par l'État ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées.

Article L. 1110-1.

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessaires par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Article L. 1110-3.

Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

### **Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme, UNESCO, 19 octobre 2005.**

Article 11. - Non-discrimination et non-stigmatisation

Aucun individu ou groupe ne devrait être soumis, en violation de la dignité humaine, des droits de l'homme et des libertés fondamentales, à une discrimination ou à une stigmatisation pour quelque motif que ce soit.

Article 5. - Autonomie et responsabilité individuelle

L'autonomie des personnes pour ce qui est de prendre des décisions, tout en assumant la responsabilité et en respectant l'autonomie d'autrui, doit être respectée. Pour les personnes incapables d'exercer leur autonomie, des mesures particulières doivent être prises pour protéger leurs droits et intérêts.

### **Déclaration de Barcelone, novembre 1998.**

Les vulnérables sont ceux pour qui les principes d'autonomie, de dignité ou d'intégrité, sont à même d'être menacés. Tout individu capable de dignité est protégé par ce principe. [...] De ces prémisses s'ensuit un droit positif à l'intégrité et à l'autonomie, qui fonde la pertinence des idées de solidarité, de non discrimination et de communauté.

### **Didier Sicard, " Prendre soin ", la Lettre de l'Espace éthique AP-HP, n° 15-18, hiver/été 2002.**

Prendre soin, c'est donc assumer notre métier pour en faire peut être le dernier rempart face à l'indifférence de notre monde, le dernier refuge de l'humanité de notre société.

**MAIRIE DE PARIS**

DIRECTION DE L'ACTION SOCIALE,  
DE L'ENFANCE ET DE LA SANTÉ

MISSION DE PRÉVENTION  
DES TOXICOMANIES

**TOUTE L'INFO  
au 3975\* et  
sur PARIS.FR**

\*Prix d'un appel local à partir d'un poste  
fixe sauf tarif propre à votre opérateur