

**LES SALLES DE CONSOMMATION DE DROGUE SONT-ELLES UNE MESURE
JUSTIFIEE DE REDUCTION DES RISQUES ?**

Agathe Evain

Mémoire de master en médecine réalisé sous la supervision de la Professeure Samia HURST,
PhD

Résumé

En place depuis plus de dix ans, les salles de consommation de drogue (SCD) ne font toujours pas l'unanimité. Le but de ce travail est de comprendre si oui et en quoi les SCD sont une mesure de soutien aux usagers de drogue justifiée.

Une revue de la littérature effectuée sur Pubmed sera décrite. Ensuite, quatre aspects éthiques seront discutés : le dilemme juridique que les SCD soulèvent, les caractéristiques du consommateur, le devoir de bienfaisance de la société et le rôle des SCD comme structure de soin. La consultation et le commentaire des journaux Le Monde, Le Figaro, Le Temps et La Tribune de Genève exploreront finalement le débat sur l'ouverture des SCD.

Les données montrent que la population ciblée par les SCD est atteinte, que les comportements à risque et les overdoses sont réduits et que l'orientation vers des structures de traitement est améliorée.

Les consommateurs transgressent la loi mais sont aussi victimes d'un commerce dégradant. La fragilisation de leur santé par la répression légitime un assouplissement juridique dans un lieu défini. Les SCD offrent un soutien sans conditions, en faisant abstraction des caractéristiques de chacun et les raisons qui poussent le consommateur à adopter un comportement nocif. En prenant des mesures pour ne pas négliger les besoins des consommateurs, l'acceptation des SCD relève du principe de bienfaisance. La santé, bien-être physique, mental et social, est améliorée par les SCD qui sont dès lors une structure de soin.

Appuyées par les bienfaits démontrés des SCD, ces réflexions montrent qu'elles sont la suite logique d'une approche pragmatique et humaine de la consommation. Leur ouverture est donc justifiée et nécessaire.

Mes remerciements à

Samia Hurst, pour son accompagnement, ses conseils et sa disponibilité.

Anne François, le personnel et les usagers du Quai 9, qui m'ont accueilli lors d'un après-midi enrichissant.

Stevan, David, mes parents pour leurs commentaires et leur lecture attentive.

I. INTRODUCTION	4
II. METHODE	4
III. LA GENESE DE LA REDUCTION DES RISQUES	4
IV. BIENFAITS ET MEFAITS DES SALLES DE CONSOMMATION DE DROGUE : CE QU'EN DISENT LES SCIENTIFIQUES	5
V. LES PRINCIPAUX ENJEUX DES SALLES DE CONSOMMATION DE DROGUE	6
A. LES SALLES DE CONSOMMATION ET LA LOI SUR LES STUPÉFIANTS : VRAIMENT INCOMPATIBLES ?	6
B. L'AUTONOMIE, LA RESPONSABILITE ET LA CULPABILITE : QUELLE IMPORTANCE DANS LA JUSTIFICATION D'UNE SALLE DE CONSOMMATION ?	7
C. LES SALLES DE CONSOMMATION COMME ACTE DE BIENFAISANCE	8
D. LES SALLES DE CONSOMMATION COMME STRUCTURE DE SOIN	8
VI. LES PRINCIPAUX ARGUMENTS MEDIATIQUES	9
VII. LIMITES	10
VIII. CONCLUSION	10
VIII. REFERENCES	11

I. Introduction

En quarante ans, l'approche des problèmes liés à la drogue a considérablement évoluée. Cela s'explique par l'échec d'une approche purement répressive, la propagation croissante de maladies infectieuses parmi les consommateurs et la définition de l'addiction comme maladie. Beaucoup d'Etats ont élaboré une politique progressiste, alliant prévention, répression, réduction des risques et traitement. Ces différents axes sont acceptés par la plupart des gouvernements. Néanmoins, les moyens proposés pour les appliquer sont délicats à mettre en place. Les salles de consommation de drogue (SCD) en sont un exemple. Implantées dans de nombreuses villes, elles continuent de faire débat. Plus que leurs effets bénéfiques ou délétères observés, ce sont les enjeux éthiques qu'elles soulèvent qui suscitent des controverses. Lors de mes recherches, quatre aspects m'ont semblé ressortir : le problème juridique que posent les SCD, l'importance de l'autonomie et de la culpabilité du consommateur dans leur légitimation, le rôle de la société dans leur acceptation, et leur statut de structure de soin. Après un bref historique sur la naissance de la réduction des risques, les effets scientifiques des SCD seront exposés. Ensuite, les enjeux éthiques des locaux d'injection seront discutés. Enfin seront cités et commentés les arguments des opposants et tenants de ces structures.

II. Méthode

La revue des données scientifiques des SCD s'est faite par la récolte d'articles sur Pubmed, avec des mots-clé tels que risk reduction, safe injection sites, safe injection facilities, supervised injecting facilities, drug consumption facilities. Les références citées en fin des articles identifiés ont également été consultées.

La discussion s'est fondée sur des ouvrages généraux de bioéthique et la lecture de la presse.

La revue de presse, permettant d'explorer un échantillon du débat public sur l'ouverture des SCD, s'est basée sur des articles parus entre 2000 et 2011 dans les journaux francophones Le Monde, Le Figaro, La Tribune de Genève et Le Temps. Les mots-clé utilisés furent politique de la drogue, réduction des risques, locaux d'injection, salle de consommation de drogue, salle de shoot, Quai 9.

III. La genèse de la réduction des risques

La consommation de drogue s'est répandue à la fin des années soixante¹, confrontant la société à une problématique relativement nouvelle. Face à cette épidémie, la seule voie de sortie proposée fut l'abstinence². Avec l'apparition du VIH au début des années quatre-vingt, ce manque de soutien aux toxicomanes s'est soldé par un grand nombre d'infections et de décès: à New-York, 13% des consommateurs de drogues par injection étaient porteurs du virus³. Les premiers à prendre conscience de ce risque infectieux furent les toxicomanes eux-mêmes : à New-York et en Hollande, ils mirent en place des programmes d'échange de seringues (PES) officieux, utilisèrent des aiguilles « homemade » et du matériel de diabétique pour limiter la propagation du virus⁴.

Les premiers programmes étatiques de réduction des risques sont nés au milieu des années quatre-vingt, en Hollande, en Grande-Bretagne et en Australie. Ils comprenaient la distribution de matériel stérile, la récupération d'équipements usagés et l'amélioration de l'accès aux traitements. Les bénéfices des PES furent rapidement avérés: diminution de la prévalence du VIH^{5,6,7,8,9}, diminution du partage de matériel¹⁰, pas d'augmentation de la consommation de drogue^{11,12,13}. En revanche, un grand nombre d'utilisateurs des PES n'étaient pas intégrés dans des programmes de traitement de l'addiction^{14,15}.

Il y a deux décennies, la drogue obscurcit l'image de la Suisse : scènes ouvertes, violence, prévalence du VIH la plus élevée d'Europe. En réponse à cette urgence sanitaire et sociale, la répression drastique et le sevrage forcé cédèrent leur place à la réduction des méfaits et aux thérapies de substitution.

Ainsi, la réduction des risques représente l'acceptation du fait que de nombreuses personnes consomment des drogues et ne désirent pas ou sont incapables de cesser leur consommation malgré tous les efforts déployés afin d'en prévenir l'usage¹⁶.

IV. Bienfaits et méfaits des salles de consommations de drogue : ce qu'en disent les scientifiques

Les SCD sont des structures où les individus peuvent consommer leur propre drogue sous contrôle clinique et avec du matériel adéquat, et recevoir un soutien social et médical. Développées dans les lieux où l'injection en public était un problème¹⁷, leurs buts sont de^{18,19} : diminuer les injections en public, le rejet des seringues sur la voie publique, les comportements à risque d'infection, traiter rapidement les overdoses, offrir une assistance médicale et sociale et être une voie d'entrée vers une structure de traitement.

La première SCD ouvrit ses portes à Berne, en 1986. En 2009, 92 SCD étaient ouvertes, dans 61 villes²⁰, notamment en Suisse, en Allemagne, en Hollande, en Scandinavie, au Canada et en Australie. En France, trois sites ont été ouverts puis fermés suite à un décès par overdose²¹. Les Etats-Unis refusent également ce genre de structure²².

Les utilisateurs des locaux

Les personnes à risque de complications liées à la drogue, en particulier la contamination par le VIH²³, sont les plus demandeurs de ce genre de structures : consommateurs quotidiens, en public, sans abri fixe, toxicomanes ayant subi une overdose récente^{24,25}, travailleurs du sexe²⁶, peinant à obtenir des seringues propres²⁷.

Les usagers souhaitent un local d'injection pour obtenir du matériel stérile, consommer sans précipitation et éviter le stress des poursuites juridiques^{28,29}.

Influence sur les comportements

Les consommateurs rapportent un comportement plus précautionneux³⁰ : moins d'usage en public, consommation plus hygiénique, dans une ambiance plus calme, diminution du nombre de jour de consommation par semaine. Beaucoup mettent en pratique les conseils d'hygiène hors du local³¹.

L'ouverture de la SCD n'est pas associée à une augmentation de l'usage de drogues injectables, en particulier chez les sujets ne consommant pas auparavant³².

Elle s'associe à une diminution du nombre de seringues partagés³³. Les principaux déterminants de ce comportement sont le besoin d'assistance pour l'injection, la consommation irrégulière ou fréquente d'héroïne et de cocaïne³⁴.

Si elle s'est abaissée³⁵, la consommation de rue reste pratiquée. Les facteurs motivant ce comportement sont la possibilité de se droguer à proximité du lieu d'achat, un besoin trop impérieux pour patienter, l'attente parfois longue aux locaux, le nombre limité de SCD, et la restriction des heures d'ouverture³⁶.

A Vancouver, une étude montre une réduction de 35% des overdoses dans le voisinage de la SCD³⁷.

Influence sur la prise en charge médicale et sociale

Les usagers des SCD intègrent plus rapidement les programmes de détoxifications³⁸. D'après les travailleurs des locaux de Sydney, une visite sur quatre concerne des demandes de services médicaux et sociaux³⁹.

Influence sur la communauté

Pour la communauté, les SCD sont acceptables si elles s'associent à une réduction des scènes ouvertes, du commerce visible de substances et se trouvent dans des quartiers appropriés⁴⁰. A Sydney, les personnes vivant à proximité de la SCD voient comme avantages le fait de contrôler les infections, de réduire les overdoses et d'améliorer la sécurité des usagés. Comme désavantages, elles citent le risque d'encourager la consommation et d'attirer dealers et consommateurs⁴¹.

V. Les principaux enjeux éthiques des salles de consommation de drogue

Cette section explique les principaux enjeux éthiques visibles dans le débat public :

- L'incompatibilité entre les SCD et la loi prohibant l'usage de stupéfiants ;
- Le rôle de l'autonomie, de la responsabilité et de la culpabilité du consommateur ;
- Le devoir de la société d'offrir des SCD ;
- Les SCD définies comme une structure de soin.

A. Les salles de consommation et la loi sur les stupéfiants sont-elle vraiment incompatibles ?

La loi interdisant le trafic et la consommation de drogue, les consommateurs se rendent coupables et sont passibles de peines. Or, dans une SCD, ils peuvent consommer tout en échappant à la justice. Ce problème inédit ne se pose pas avec les PES, qui ne prennent pas en compte de la même manière le délit que représente la consommation et sont plus compatibles avec la juridiction. Bien qu'ils cautionnent l'usage de stupéfiants, le toxicomane ne dispose pas d'endroit ni d'aide pour consommer.

Le but initial de la répression était de souligner la dangerosité des drogues et de contrôler le trafic⁴². De plus en plus d'études s'accordent à dire que son application est délétère⁴³ : en plus de ne pas être leur seul déterminant de la baisse de la consommation, elle favorise le trafic illégal et la violence qui s'y associe⁴⁴, ainsi que la propagation du VIH dans les pays n'offrant pas d'action propice à contrôler les infections⁴⁵. Cela illustre la nécessité de distinguer le simple trafiquant du consommateur, maillon final de la chaîne. Ce dernier est certes coupable, puisqu'il participe au trafic, mais aussi victime d'un commerce dégradant. Par exemple, ne sachant pas avec quoi les produits sont coupés, il s'expose à un risque de surdosage. De plus, beaucoup évitent les PES par crainte d'être contrôlés, en raison de la possession d'un produit illégal ou d'une situation irrégulière⁴⁶. Par soucis de protection de cette population, la création de zones où les mesures de répression de la consommation de drogue ne sont pas appliquées est donc justifiée.

En accueillant des usagers punissables par la loi, les SCD ne sont pas une zone de non-droit. Tout d'abord, si la police n'est pas autorisée à y intervenir pour des motifs liés à la consommation, les usagers peuvent être arrêtés pour d'autres raisons. En dehors de cette structure, l'usage de substance continue d'être illicite, ce qui ne serait pas le cas si la consommation était légalisée. La lutte contre le trafic ne devant pas exclure le soutien aux plus vulnérables⁴⁷, c'est dans un lieu bien défini que la répression est affaiblie.

B. L'autonomie, la responsabilité et la culpabilité : quelle importance dans la justification d'une salle de consommation ?

L'autonomie, la responsabilité et la culpabilité sont trois concepts imbriqués qui peuvent coexister chez une même personne. Ces caractéristiques justifient-elles l'offre d'une salle de consommation ?

L'autonomie est la capacité de délibérer, de décider et d'agir conformément à sa volonté⁴⁸ avec le moins de contraintes possibles. Dans le cas de la toxicomanie, elle dépend de nombreux éléments, dont l'histoire de la consommation, la personnalité de l'utilisateur, et sa rationalité.

Le consommateur novice ou occasionnel contrôlant sa consommation agit selon sa volonté. Après un certain temps, beaucoup vont perdre cette capacité. La « perte de la liberté de s'abstenir », décrite par l'alcoologue Pierre Fouquet, fait d'ailleurs partie des critères de définition de la dépendance selon le DSM IV⁴⁹. Différents facteurs favorisent cette déclinaison de la maîtrise de son comportement, tel que le contexte social de l'individu, sa personnalité, ou encore la substance utilisée, toutes n'étant pas propices au développement d'une addiction. Par ailleurs, la perte d'autonomie est indéniable lorsque l'utilisateur est sous l'emprise de la substance.

Au sein de cette perte de contrôle, le consommateur peut cependant maintenir un raisonnement cohérent au sens où, après pesée des avantages et des inconvénients, il estime qu'agir de cette façon est pour lui une priorité⁵⁰. Par exemple, céder au plaisir immédiat de la substance peut être plus important que d'être abstinent dans le futur. De même, consommer à moindre risque plutôt que de faire une demande de soin peut être rationnel.

Un individu dépendant voit donc son autonomie altérée lorsqu'il s'agit de contrôler sa consommation, ce qui peut l'amener à négliger les risques qu'il encoure. Les SCD veillent alors au respect des normes d'hygiènes.

Mais au sein de cette perte de contrôle, celui qui ne contrôle plus sa consommation peut malgré tout faire des choix autonomes. Par respect pour cette volonté préservée, les SDS ont leur place à côté des traitements de la dépendance.

Quelque soit la qualité volontaire du choix de consommer, les risques restent inchangés. Or, ils sont si importants qu'ils justifient en eux-mêmes la mise en place des SCD.

En se portant préjudice, les personnes toxicodépendantes sont-elles coupables d'une faute morale ?

Si l'on accepte l'idée que chacun est libre de faire ce qu'il souhaite de son corps, tant qu'autrui n'y est pas lésé, il n'y a pas de faute. « Personne ne veut être forcé à faire ce qu'il ne veut pas faire au nom de raisons qu'il ne reconnaît aucunement, ce qui signifie que personne ne veut qu'on le protège de lui-même ou qu'on cherche à faire son bien sans tenir compte de son opinion⁵¹ ». Le sujet est responsable des conséquences de ses actions, mais non blâmable.

En revanche, si l'on considère que chacun doit respecter sa propre personne au risque de blesser autrui, s'auto-infliger des dégâts en est une et l'utilisateur de drogue est coupable. Pour qu'il y ait punition, il faut considérer chaque paramètre susceptible d'amener au comportement fautif et les circonstances dans lesquelles ces choix sont décidés. Or, parmi les facteurs influents, certains auraient pu être évités par l'utilisateur, mais d'autres découlent de causes imméritées, inhérentes à la personne qui n'est pas responsable de les avoir. De plus, établir leur rôle respectif dans le développement de la consommation est délicat. Enfin, il est difficile d'évaluer à quel point (et au nom de quelle loi) autrui a été atteint par ce comportement.

Si une personne est responsable des conséquences de la consommation sur elle-même, il est donc moins évident qu'elle en soit coupable et que le refus des SCD soit justifié. Si une quelconque instance peut condamner le mal fait à soi-même, elle ne doit pas rester indifférente en n'autorisant pas l'ouverture des SCD.

C. Les salles de consommation comme acte de bienfaisance

Est-il légitime de demander à la société d'accepter d'intégrer des SCD ? Deux notions, la non-malfaisance et la bienfaisance, permettent de l'affirmer.

Le principe de non-malfaisance stipule que personne ne devrait faire de mal à autrui, y compris en aggravant le mal qu'un individu s'auto-inflige⁵². La répression favorise la consommation insalubre et les risques qui en découlent. Elle est malfaisante si elle ne s'accompagne pas d'une mesure permettant de limiter ces méfaits auxquels les usagers s'exposent en conséquence.

Selon le principe de bienfaisance, le bien et l'intérêt d'une personne sont considérés en priorité. Elle revêt une obligation supplémentaire à la non-malfaisance, puisqu'elle nécessite de prendre des mesures actives pour aider les autres. La toxicomanie est un problème de santé et de sécurité publiques dont les multiples facteurs engagent la responsabilité collective et justifient des modalités d'accompagnement adaptées et évolutives, relevant du principe de non-abandon⁵³. La distribution de seringues était indispensable à l'époque où la transmission du VIH était un souci majeur. Elle est devenue insuffisante pour répondre aux autres problèmes auxquels sont confrontées les personnes toxicomanes, et qui peuvent être abordés dans des SCD. Le contraire de la bienfaisance est la négligence : en refusant la mise en place des SCD, n'omettons pas les bénéfices qu'elles apporteront à la population concernée ?

Les SCD répondent à un impératif de non-malfaisance, puisque mener une politique ne prenant pas en charge les conséquences qui y sont liées est un acte malfaisant. La population toxicomane étant dans une situation de vulnérabilité et de danger, lui tendre la main avec des mesures modernes et efficaces relève du principe de bienfaisance.

D. Les salles de consommation comme structure de soin

L'OMS définit la santé comme un « état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁵⁴ ». Chacun est en droit de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, sans distinction de race, de religion ni de statut⁵⁵. Ce qui est attendu d'un Etat varie au cours du temps et en fonction des progrès, nécessitant une adaptation constante des dispositifs offerts aux citoyens. La Déclaration de Vienne souligne ce point en demandant aux pays d'intégrer les données scientifiques dans leur politique de lutte contre la drogue⁵⁶. En maintenant les usagers dans la consommation, les SCD méritent-elles un statut de structure de soin ?

La toxicomanie est une atteinte de la santé. Son contraire, l'abstinence, peut sembler garantir d'une meilleure santé. Toutefois, l'abstinence est souvent ponctuée d'échec et ne permet pas à un toxicomane sevré de recouvrer un état aussi bon qu'avant sa période de consommation⁵⁷. La recherche de nouvelles modalités de traitements est essentielle mais ne doit pas entraver le soutien aux usagers, chaque consommation représentant un risque sanitaire urgent.

Notre système de santé garantit à chacun le droit aux soins lui permettant de « mener une existence compatible avec la dignité humaine »⁵⁸. La communauté, solidaire, offre aux populations nécessiteuses des structures permettant d'améliorer leur bien-être. Les PES optimisent l'hygiène de l'injection de toxiques. Mais ils ont la faiblesse de ne pas atteindre tous les usagers, notamment ceux qui n'utilisent pas l'injection comme mode de consommation, que la précarité rend plus visibles, ou que la consommation de rue expose à une peur permanente des forces de l'ordre ou du regard d'autrui⁵⁹. Ces besoins, s'ils ne sont pas médicaux au sens strict, font néanmoins partie des déterminants du bien-être d'un individu. Les SCD remédient à ces faiblesses, en prenant en charge tous les toxicomanes, quel que soit leur statut, en particulier vis-à-vis de la dépendance et de son traitement.

Comme les études le confirment (*cf. supra*), les SCD améliorent donc la santé, dans sa large définition, d'une population affaiblie et peuvent être considérées comme une structure de soin.

VI. Présentation et commentaire des principaux arguments médiatiques

Comme nous venons de le démontrer, les nombreux enjeux auxquels confrontent les SCD alimentent un débat complexe. Cela se traduit par les arguments retrouvés dans la presse.

Les personnes s'opposant à l'ouverture des SCD jugent la contradiction avec la loi prohibant l'usage de drogue est insurmontable^{60,61,62,63,64}. Elles facilitent voire banalisent la consommation de drogue, notamment en attirant les individus n'y ayant jamais goûté^{65,66}. Plutôt que de réduire la consommation de drogue, les SCD l'accompagnent et retardent le recours à un traitement^{67,68,69,70}. Finalement, elles attirent les dealers, auxquels l'Etat offre une alléchante concentration d'acheteurs, d'autant plus que les droits de la police y sont réduits^{71,72}.

Si certains de ces arguments peuvent être contredits par les données scientifiques, beaucoup se réfèrent à des valeurs idéologiques que la société valorise. Toutefois, nous venons de voir que les SCD peuvent justement allier répression et préservation de la santé des consommateurs.

Les personnes favorables aux SCD considèrent qu'elles ont leur place à côté de la prévention et de la répression^{73,74}. Elles font parties des mesures de respect des droits de l'homme à la santé⁷⁵. Elles sont un moyen optimal pour attirer les consommateurs⁷⁶, en particulier les plus désintégréés, afin de contrôler le déroulement de la consommation⁷⁷. En particulier, elles permettent d'accompagner les personnes toxicomanes qui ne sont pas engagées dans un processus de traitement de l'addiction^{78,79}. Grâce au contact avec les travailleurs sociaux et médicaux, elles favorisent la réinsertion des usagers. Finalement, les SCD répondent aux craintes et au ras-le-bol des habitants de voir les usagers consommer en public et laisser sur place leur matériel^{80,81,82}.

Dans une vision globale de la toxicomanie, les défenseurs des SCD souhaitent concilier au mieux les différents enjeux de la politique de lutte contre la drogue. Nonobstant, ils peuvent sembler idéalistes en visant une population large et difficilement accessible, au risque, peut être, de délaisser l'encouragement au traitement de la dépendance.

VII. Limites

La véracité et la généralisation des résultats scientifiques des SCD peuvent être discutées. En effet, les études proviennent d'un petit nombre de pays ayant mis en place les SCD, et les cohortes de

patients sont relativement petites et peuvent ne pas représenter une population si éparse. De plus, il est éthiquement délicat de mesurer l'effet des SCD par des études cas-témoin. Enfin, de nombreux facteurs interviennent dans les problématiques de réduction des risques et ne peuvent être pris séparément de manière à observer l'effet isolé des SCD. Néanmoins, les résultats d'études ne semblent pas être contredits par d'autres données et parlent en faveur d'un effet bénéfique de ces structures.

La rédaction de la discussion s'est vue confrontée au petit nombre d'articles traitant spécifiquement de cette problématique et à la répétition des thèmes abordés. C'est pourquoi des ouvrages moins spécifiques ont été utilisés. Ce travail peut s'avérer redondant par rapport à d'autres articles qui ont pu échapper à la recherche. Cependant, appliquer des théories générales à un sujet précis a permis de ne pas être influencé par d'autres discussions et d'avoir un champ de développement plus large que si seuls des articles précis avaient été utilisés.

Le choix d'utiliser un nombre restreint de journaux francophones a pour inconvénient de ne pas tenir compte de la perspective internationale des discussions au sujet des SCD. Cependant, au vue de la redondance des arguments, on peut imaginer que les débats sont semblables dans les autres Etats. Par ailleurs, l'échantillon des journaux choisis est représentatif des différents courants politiques. Enfin, les articles consultés s'étalonnant sur une période de plus de dix ans et dans deux pays différents, bien que voisins, ils permettent de comprendre l'évolution de la réflexion dans le temps et les innovations de réduction des risques.

VIII. Conclusion

Le développement des SCD marque un tournant dans le domaine de la réduction des risques. Ces structures partent du principe que, plus que l'acte de consommation en lui-même, c'est sur son contexte social et médical qu'il faut agir. Malgré tout, les conséquences désastreuses qu'entraîne la toxicomanie incitent encore à prôner la répression et le traitement de la dépendance comme mesures principales de lutte. Or, une approche trop répressive est néfaste pour les consommateurs et l'instauration d'un lieu où la consommation est tolérée n'est pas synonyme de légalisation de la consommation. Au contraire, elle permet d'accentuer la distinction entre le trafic et la consommation.

Pour être efficace, la réduction des risques doit toucher toutes les franges de la population toxicomane, sans les catégoriser ou chercher à savoir si elles méritent ou non des soins. L'innovation apportée par les SCD est le soutien offert sans conditions, qui n'est pas limité par les caractéristiques de chacun et les raisons qui poussent le consommateur à adopter un comportement nocif.

Comme beaucoup d'actions de santé publique, les SCD préviennent la dégradation de la santé. En prenant en charge une partie des déterminants de celle-ci, elles permettent de limiter certaines atteintes tout en offrant un soutien social, par le dialogue et l'information des risques et des structures de traitement existantes. Elles s'inscrivent donc dans un processus large de soin et ont leur place dans le système de santé.

Toutefois, les SCD ne sont pas une finalité. Dès lors que l'on dispose de mesures améliorant la santé des consommateurs actifs, d'autres problèmes surgissent. Il devient par exemple nécessaire de réintégrer les individus dont la santé et le statut social s'améliorent dans un réseau professionnel⁸³.

De façon générale, l'image que renvoient les usagers de drogue doit être corrigée pour que des mesures de prises en charge totalement intégrées et acceptées par la collectivité soient possibles.

IX. Références

1. JACQUES, J.P., FIGIEL, C. Drogues et substitution : traitements et prise en charge du sujet. Bruxelles, De Boeck Supérieur, 1 ed., 2006.
2. *Ibid.*
3. FRIEDMAN, S.R., Jong, W., et al. Harm reduction theory : users' culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing os users' groups. *Int J Drug Policy*, 2007, 18(2):107-17.
4. *Ibid.*
5. MODAK, A., MAHER, L. The effectiveness of harm reduction in preventing HIV among injecting drug users. *N S W Public Health Bull*, 2010, 21(3-4), 69-73.
6. *Ibid.*
7. HALL, H.I., SONG, R. et al. Estimation of HIV Incidence in the United States. *JAMA*, 2008, 300, 520– 529.
8. ZOBEL, F., DUBOIS-ARBER, F. Pour un système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse : situation et évolution des comportements à risque chez les consommateurs de drogue. *Raisons de santé*, Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2006, 123.
9. EMMANUELLI, J. Politique de réduction des risques : programmes d'échange de seringues. *Médecine sciences*, 2004, 20, 5, 599-603.
10. STRATHDEE, S.A, PATRICK, D.M., et al. Social determinants predict needle-sharing behaviour among injection drug users in Vancouver, Canada. , 1997, 92(10), 1339-47.
11. VLAHOV, D., JUNGE, B. The role of needle exchange programs in HIV prevention. *Public Health Rep.*, 1998, 113 Suppl 1, 75-80.
12. WODAK, A., CONNEY, A. Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. *Substance Use & Misuse*, 2006, 41, 777–813
13. ZOBEL, F., DUBOIS-ARBER, F. Pour un système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse : situation et évolution des comportements à risque chez les consommateurs de drogue. *Raisons de santé*, 2006, 123.
14. KIDORF, M., KING, V.L. Expanding the public health benefits of syringe exchange programs. *Can J Psychiatry.*, 2008, 53(8), 487-95.
15. *Ibid.*
16. http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_What_is_HR_French.pdf
17. HALL, W., KIMBER, J. Being realistic about benefits of supervised injecting facilities. *The Lancet*, 2005, 23-29, 366(9482), 271-2.
18. *Ibid.*
19. KIMBER, J., DOLAN, K., et al. Drug consumption facilities : an update since 2000- *Drug and Alcohol Review*, 2003, 22(2), 227-33.
20. Harm reduction: evidence, impacts and challenges. EMCDDA, Lisbon, April 2010
21. KIMBER, J., DOLAN, K., et al. Drug consumption facilities : an update since 2000- *Drug and Alcohol Review*, 2003, 22(2), 227-33.
22. SEMAAN, S., FLEMING, P. Potential role of safer injection facilities in reducing HIV and Hepatitis C infections and overdose mortality in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 2011, 118, 100-110.

23. WOOD, E., KERR, T., et al. The potential public health and community impacts of safer injecting facilities: evidence from a cohort of injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003, 32, 2-8.
24. KIMBER, J., DOLAN, K., et al. Drug consumption facilities : an update since 2000- *Drug and Alcohol Review*, 2003, 22(2), 227-33.
25. WOOD, E. TYNDALL, M.W. Do supervised injecting facilities attract higher-risk injection drug users ? *Am J Prev Med*. 2005, 29(2), 126-30.
26. *Ibid.*
27. *Ibid.*
28. DOLAN, K., KIMBER, J., et al. Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia. *Drug Alcohol Rev*, 2000, 19, 337-46.
29. KEMMESIE U. Final report : the open drug scene and the sage injection room offers in Frankfurt am Main. 1999.
30. *Ibid.*
31. PETRAR, S., TYNDALL, M.W, et al. Injection drug users' perceptions regarding use of a medically supervised safer injecting facility. *Addict. Behav.*, 2007, 32(5), 1088 – 1093.
32. KERR, T., STOLTZ, J.A., ET AL. Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns: a before and after study. *BMJ*. 2006, 332(7535), 220-2.
33. KERR, T., TYNDALL, M. et al. Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *The Lancet*, 2005, 366(9482), 316-8.
34. *Ibid.*
35. MAHER, S.A., KALDOR, J. Five years on: what are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *Int J Drug Policy*. 2007, 18(1), 46-53.
36. ZURHOLD, H. Drogenkonsumräume im Spannungsfeld zwischen gesundheitspolitischen und ordnungspolitischen Wirkungserwartungen. *Akzeptanz 2001*, 2, 12-13.
37. MARSHALL, B.D.L., MILLOY, M-J., et al. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study. *The Lancet*, 2001, 377, 1429 – 1437.
38. WOOD, E. TYNDALL, M.W. Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services. *N Engl J Med*. 2006, 354(23):2512-4.
39. MSIC Evaluation .Eighteen-month process evaluation report on the medically supervised injecting centre. Sydney : University of New South Wales, 2002.
40. ZURHOLD, H. Drogenkonsumräume im Spannungsfeld zwischen gesundheitspolitischen und ordnungspolitischen Wirkungserwartungen. *Akzeptanz 2001*, 2, 12-13.
41. MAHER, S.A., KALDOR, J. Five years on: what are the community perceptions of drug-related public amenity following the establishment of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre? *Int J Drug Policy*. 2007, 18(1), 46-53.
42. MAESTRACCI N. *Les drogues*. Paris, PUF, 1^e ed. 2005.
43. WOOD, E., MCKINNON, M., et al. Improving community health and safety in Canada through evidence-based policies on illegal drugs. *Open Medicine*, 2012, 6(1), 35 – 40.
44. *Ibid.*
45. BEYRER C., MALINOWSKA-SEMPRUCH K. Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. *The Lancet*. 2010, 376(9740), 551-563.
46. Salles de consommation à moindres risques pour usagers de drogue. Conférence-débat. Paris, 5.10.2011. <http://www.salledeconsoommation.fr/2011/dossier-participant-5oct2011.pdf>.

47. Drogues : cacophonie à droite sur les salles d'injection. Le Monde, 10.08.2010.
48. BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. Principles of biomedical ethics. New York, Oxford University Presse, 6th ed., 2001.
49. KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J., Manuel de poche de psychiatrie clinique. Paris, Editions Pradel, 2^e ed., 2009.
50. ELSTER, J., SKOG, O.J. Getting hooked : rationality and addiction. Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
51. OGIEN, R. L'éthique aujourd'hui : maximalistes et minimalistes. Paris, Gallimard, 2007, p. 118.
52. *Ibid.*
53. Salles de consommation à moindres risques pour usagers de drogue. Conférence-débat. Paris, 5.10.2011. <http://www.salledeconsoommation.fr/2011/dossier-participant-5oct2011.pdf>.
54. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf.
55. *Ibid.*
56. Déclaration de Vienne. <http://www.ladeclarationdevienne.com/la-deacuteclaration.html>. 2010
57. *Ibid.*
58. Art. 12 de la Constitution fédérale de la Confédération Suisse (RS 101).
59. Salles de consommation à moindres risques pour usagers de drogue. Conférence-débat. Paris, 5.10.2011. <http://www.salledeconsoommation.fr/2011/dossier-participant-5oct2011.pdf>.
60. Au Quai-9, salle d'injection de Genève, les questions des élus français. Le Monde, 19.09.2010.
61. Polémique autour des centres de consommation de drogues; Des élus politiques s'affrontent sur ce projet qui se développe notamment à Paris et Marseille. Le Figaro, 31.07.2010.
62. " Salles de shoot " : les élus repartent en guerre. Le Monde, 25.09.2010
63. Drogues : cacophonie à droite sur les salles d'injection Le Monde, 10.08.2010.
64. Les toxicomanes genevois profiteront d'un lieu d'injection durant un an. Le Temps, 19.12.2001.
65. Polémique autour des centres de consommation de drogues; Des élus politiques s'affrontent sur ce projet qui se développe notamment à Paris et Marseille. Le Figaro, 31.07.2010.
66. Décodage; Faut-il ouvrir des salles de consommation de drogue ? Le Monde, 29.10.2010.
67. Il est urgent d'ouvrir des centres. Le Monde, 29.09.2010.
68. Drogues : cacophonie à droite sur les salles d'injection. Le Monde, 10.08.2010.
69. M. Fillon s'oppose aux salles d'injection de drogue. Le Monde, 13.08.2010.
70. Local d'injection, le dernier verrou. Le Temps, 06.07.2007.
71. Polémique autour des centres de consommation de drogues; Des élus politiques s'affrontent sur ce projet qui se développe notamment à Paris et Marseille. Le Figaro, 31.07.2010.
72. Shootoir à Lausanne ; la chronique. Le Temps, 29.06.2007.
73. Genève osera-t-elle ouvrir un local d'injection pour toxicomanes ? Le Temps, 26.04.2000.
74. Drogue : cacophonie à droite sur les salles d'injection. Le Monde, 10.08.2010.
75. Drogues : cacophonie à droite sur les salles d'injection. Le Monde, 10.08.2010.
76. Le Quai 9 résout plus de problèmes qu'il n'en pose. Tribune de Genève, 02.02.2010.
77. " Salles de shoot " : les élus repartent en guerre. Le Monde, 25.09.2010.
78. Décodage; Faut-il ouvrir des salles de consommation de drogue ? Le Monde, 29.10.2010.
79. Genève ouvre le premier local romand d'injection. Le Temps, 23.05.2001.
80. Il est urgent d'ouvrir des centres. Le Monde, 29.09.2010.
81. Cornavin : tensions entre riverains et toxicomanes. Tribune de Genève, 24.12.2010.
82. Genève osera-t-elle ouvrir un local d'injection pour toxicomanes ? Le Temps, 26.04.2000.
83. La lutte contre l'exclusion sociale des usagers de drogues est une priorité. Journal Première Ligne, mai 2012.