



## Les salles de consommation à moindre risque

Le débat reste d'actualité, voici la position de **Jean-Pierre Daulouède**, un article paru dans la revue du mois de septembre 2013 **“Alcoologie et addictologie”**

C'est au cours de l'été 2011, qu'en France, le débat sur les Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR), trivialement et inexactement (car la voie injectée n'est pas la seule concernée par ces structures) rebaptisées « salles de shoot » par le racolage médiatique, a quitté la sphère relativement fermée du monde médico-scientifique pour faire irruption sur la place publique. C'est en effet au cours de l'été 2011 que Roselyne Bachelot, ministre de la santé en visite de routine aux urgences estivales de l'hôpital de Bayonne, s'était vue interpellée sur sa position à propos des salles de consommation par la presse présente lors de son déplacement. Pour rappel, quelques jours plus tôt un groupe de députés s'était déclaré hostile à un certain nombre de dispositifs de réduction des risques dont les SCMR. La ministre de la santé avait repris la position qu'elle avait déjà exprimée, au nom du gouvernement français, lors du congrès mondial de l'International AIDS Society à Vienne en juillet 2010.

Ainsi, en reprenant les conclusions de l'[expertise collective de l'INSERM<sup>1</sup>](#), elle rappelait que le gouvernement français était favorable à l'expérimentation de tels outils de réduction des risques liés à l'usage de drogues.

La polémique enfla pourtant très vite suite au communiqué-couperet des services du 1<sup>er</sup> ministre François Fillon déclarant que les SCMR ou salles de shoot n'étaient « ni utiles ni souhaitables » en France. Dès lors, un débat polémique est né au sein de la société française, abondamment alimenté par des articles de presse parfois provocateurs, souvent simplificateurs. S'il est légitime que la société dans son ensemble ait à s'exprimer et à dire sur un tel sujet qui s'inscrit aux confins des disciplines porteuses de notre démocratie que sont la médecine, la santé publique mais aussi la politique, la sociologie, l'économie et enfin l'éthique, plus malsaine est la confusion entretenue dans le débat public, particulièrement celui des médias, entre ces arguments de santé publique de nature objective, et ceux de l'ordre de la philosophie, de la morale, voire de l'idéologie dont, par définition, la nature est plus personnelle et subjective mais qui pour autant, ont toute leur place dans le débat. Ce n'est à notre sens, insistons, pas la légitimité de ces arguments de nature différente qui est en cause mais bien leur confusion. Les premiers appartiennent au domaine des faits, les seconds à celui de l'opinion.

Les SCMR sont-elles efficaces et utiles ? La réponse devrait relever des faits observés et évalués.

Sont-elles souhaitables ? C'est là affaire d'opinion.

Dans ce débat, nous sommes nombreux à penser depuis longtemps déjà, comme sur d'autres sujets approchant tels que les programmes d'échange de seringues et les traitements de substitution à l'époque, que les opinions doivent se forger à la lumière des faits des données recueillies et décrites selon la méthode scientifique. Depuis 1988, plus de 80 salles de consommation ont vu le jour dans 45 villes du monde, la plupart sur le sol européen. La plupart d'entre elles ont fait l'objet d'une évaluation scientifique rigoureuse de leur impact sur la santé des usagers de drogues comme de l'impact sur la communauté

[www.ths-biarritz.com](http://www.ths-biarritz.com)

Contact presse : Franck Laharrague +33 (0) 612 724 315 / [contactpresseths@gmail.com](mailto:contactpresseths@gmail.com)

et la société.

Si l'on s'efforce d'en rester à une approche aussi objective et rationnelle que possible, pour autant, certaines questions méritent légitimement d'être posées quant aux effets attendus et observés de telles salles de consommations.

Nous tenterons d'y répondre aussi précisément que possible à la lumière et à l'examen des données publiées, souvent dans des revues scientifiques prestigieuses, en revenant sur l'important travail bibliographique réalisé par Patrizia Carrieri (INSERM U912)

Quelques questions qu'une salle de consommation à moindre risque peut poser :

### **Permet-elle d'atteindre des personnes exclues du système de soin ?**

Il s'agit souvent d'une population sans logement, de consommateurs quotidiens d'héroïne et de cocaïne, dans des lieux publics, ayant des antécédents d'overdose (Wood, Am J Prev. Med, 2005). Les utilisateurs les plus réguliers restent les sans-abri qui en général consomment plus de drogues en lieux publics (Wood, AHPH, 2006).

### **Favorise-t-elle la consommation de drogues et les overdoses ?**

La réponse est non car il n'a pas été constaté d'augmentation de la consommation de drogues dans la collectivité (Kerr, BMJ, 2006). D'autre part, le dispositif attire surtout des personnes qui s'injectent depuis longtemps (16 ans) (Kerr, AJPH, 2007).

1/10 des usagers de drogues font une overdose non mortelle tous les 6 mois mais les personnes sous méthadone sont à moindre risque d'overdose (Milloy, 2008)

Enfin, le taux d'overdose fatale dans les alentours de la salle a diminué de 35% après l'ouverture de la salle d'injection : de 253.8 à 165.1 décès par 100,000 personne-années ( $p=0.048$ ). (Kerr, Lancet, 2011)

### **Contribue-t-elle à la prévention des pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC ?**

Dans un contexte où la prévalence du VHC est estimée à 88% (Wood, Public Health, 2005) et celle du VIH à 17% (Tyndall, HRJ, 2006), ont pu être observées :

- Une diminution de 70% du risque de partage de seringues parmi les utilisateurs réguliers de la salle (Milloy, Addiction, 2009)
- Une augmentation de l'utilisation des préservatifs avec partenaire principal et occasionnel (Marshall, STD 2009)
- Un meilleur respect des normes d'injection « propre » parmi les utilisateurs réguliers du centre (Stoltz, JPH, 2007)

### **Favorise-t-elle le passage à la prise en charge de l'addiction et aux soins médicaux ?**

La réponse est oui car :

- Une étude avant-après a montré une augmentation de 1/3 d'inscription à un programme de prise en charge de la dépendance aux opiacés (Wood, Addiction, 2007)
- Les usagers réguliers avaient 2 fois plus de chance de démarrer ces traitements (Wood, NEJM, 2006)
- Elle permet une prise en charge des infections sur le site d'injection ainsi que des soins primaires (Small, DAD, 2008)

## **Favorise-t-elle les nuisances et le crime aux alentours ?**

Le méticuleux travail réalisé par l'équipe de Vancouver permet d'affirmer que non car :

- Il n'a pas été constaté d'augmentation significative du taux de trafic de drogues et de criminalité avant et après l'ouverture de la salle (Wood, 2006)
- Une baisse significative des taux d'effraction et de vol de véhicules dans la ville a par ailleurs été constatée (Wood, Subst abuse treat, prevention and policy 2006)
- Une baisse significative du nombre de seringues et matériel abandonnés dans les lieux publics ainsi que du nombre de personnes s'injectant dans les environs du centre ont été mis en évidence (Wood, JAMC, 2004)
- Enfin, l'implication de la police a permis de diminuer les nuisances grâce à l'orientation des injecteurs vers le centre (de Beck, 2008).

## **Contribue-t-elle à aggraver le rejet des usagers de drogues par la population ?**

Les évaluations menées sur les nombreuses salles de par le monde ont permis de montrer qu'il n'en est rien.

Ainsi, à Sydney, des enquêtes répétées en population générale ont montré une augmentation du soutien à la salle de consommation et une diminution des représentations négatives.

D'autres enquêtes ont aussi pu montrer que le voisinage est conscient des bénéfices de la salle en termes de santé publique et d'ordre public (Thein et coll., 2005 ; Salmon et coll., 2007).

## **Une dernière question mérite d'être posée quant au coût de ces dispositifs de réduction des risques et au rapport bénéfice/coût :**

Plusieurs études ont pu montrer que les bénéfices sont supérieurs aux coûts.

Ainsi, la salle d'injection permet d'éviter 35 nouveaux cas de VIH par an et au moins 3 décès par an – bénéfice de 6 million de dollars par an et rapport bénéfices-coûts de 5:1 (Andresen et Boyd, 2010).

Par ailleurs, la comparaison entre salle d'injection et simple programme d'échange de seringues montre que sur 10 ans, l'épargne nette était de \$18 millions avec 1175 années de vie gagnées (Bayoumi et Zaric, 2008).

Enfin, les observations et études ont pu mettre en évidence d'autres avantages des SCMR :

- La salle de consommation facilite les transitions de l'injection vers d'autres modes de consommation à moindre risque
- La satisfaction des usagers a pu être observée car un certain sentiment de protection, l'absence de « pression » et le soutien psychologique permettent une meilleure observance des soins
- Enfin, la collaboration avec la police pour des objectifs d'amélioration de la santé individuelle et publique et diminution des nuisances a montré son efficacité.

Beaucoup des données publiées que nous rapportons ici sont le fruit de l'exceptionnel travail d'évaluation mené à Vancouver par le Centre d'excellence VIH de Colombie Britannique (BC Centre for Excellence in HIV/AIDS) et par toute l'équipe du Pr Julio Montaner.

Cependant les résultats du centre Insite de Vancouver ont été confirmés par d'autres centres européens,

en particulier à Bilbao, à Barcelone, à Genève etc.

Par ailleurs, l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) a conclu à un bilan positif des SCMR bien que l'impact sur la prévalence du VHC, particulièrement difficile à évaluer, soit en cours d'évaluation.

Observons enfin que ces salles permettent d'attirer des populations marginalisées et très exclues des soins, de les engager dans la prise en charge, de réduire le risque d'overdose, de diminuer les risques liés à l'injection (VIH, hépatites, autres) et de réduire les nuisances associées à l'injection en public (ce qui est particulièrement marqué pour les « *scènes ouvertes* »).

Nous n'avons ici bien sûr évoqué que quelques travaux parmi ceux, très nombreux, publiés à ce jour. Pour conclure, l'expérience d'Insite au Canada nous offre un exemple à méditer. En effet, le Canada, grande et moderne démocratie occidentale, avait vu s'opposer les promoteurs de la salle de consommation de Vancouver et le gouvernement fédéral, (présidé par le conservateur Harper) qui souhaitait mettre fin à cette expérience au motif qu'elle pourrait apparaître comme un encouragement à l'usage de drogues.

« Après une guerre juridique de plus de 4 ans, Insite vient de gagner son ultime bataille contre le gouvernement Harper. La Cour Suprême a rendu hier une décision unanime qui ouvre la voie à la multiplication des centres d'injection supervisée au pays, possiblement même à Montréal. Le plus haut tribunal du pays a conclu que de refuser à la clinique Insite de poursuivre ses activités violait le droit à la vie garanti par la Charte Canadienne des droits et libertés. Le jugement est particulièrement dur pour les conservateurs. Les magistrats exigent en effet que le gouvernement reconnaisse qu'il a commis une erreur en cherchant à faire fermer Insite. La position des *conservateurs aurait eu pour effet d'empêcher les consommateurs de drogues injectables d'avoir accès aux services de santé offerts par Insite, ce qui aurait mis leur santé et leur vie en danger*, peut-on lire dans le jugement. » (Gabriel Béland, [www.lapresse.ca](http://www.lapresse.ca) du 30 septembre 2011)

Mais outre Atlantique, le Canada est décidément bien loin de nous...

Laissons le dernier mot à Blaise Pascal : « Plaisante justice qu'une rivière ou qu'une montagne borne. Vérité en-deçà des Pyrénées, erreur au-delà. »

Dr Jean-Pierre DAULOUEDE, psychiatre addictologue

Directeur du CSAPA/CAARUD BIZIA – MdM (Bayonne)

Président du CA du CAARUD La Case (Bordeaux)

[1 INSERM, Réduction des risques chez les usagers de drogues, Synthèse et recommandations, Expertise collective, 2010](#)