

Salles de consommation de drogues à moindre risque : le syndrome gaulois

DÉBAT

Les salles de consommation de drogues à moindre risque (SCMR) font à nouveau débat en France. Jamais expérimentées dans l'Hexagone, à l'exception de la courte tentative menée à Montpellier en 1994, elles sont pourtant largement implantées chez plusieurs de nos voisins. Créateur du site www.salledeconsoommation.fr, Bernard Bertrand en propose un tour d'horizon.

L'ouverture symbolique d'une salle de consommation de drogues à moindre risque à Paris¹, le 19 mai dernier, par un collectif d'associations (Asud, Anitea, Act Up Paris, Safe, Gaïa Paris, SOS Hépatites et salledeconsoommation.fr), lors de la journée mondiale des hépatites, a suscité des réactions contrastées.

Pour approfondir le débat relatif aux SCMR, il semble raisonnable d'aller voir ce que font nos voisins en Europe et ailleurs.

Petit bottin des SCMR

Qu'on les nomme local d'injection sous surveillance, pîquerie, zone de tolérance, shooting room, gassenzimmer, salle de santé, fixerstübli, drug injecting room, shooting gallery, centre de contact, fixpunkt, consumption room, sala de consumo higiénico, supervised injecting centre, drogenkonsumraum, medically supervised injecting centre, safe injection facility, gesundheitsräume, salle d'injection à visée éducative... , il existe aujourd'hui 81 SCMR officielles, la majorité sur le sol européen, réparties dans 45 villes dans le monde.

Pays-Bas. Pendant que la plupart des pays européens mettaient en place des commissions d'enquête devant l'augmentation de la consommation de drogues, les Pays-Bas ont été le premier pays à sortir d'une logique du tout répressif et d'une quête de l'abstinence. Dès la fin des années 1970, des SCMR ont fonctionné, d'abord à Amsterdam puis à Rotterdam. C'est en 1996 que les autorités d'Amsterdam et de Rotterdam ont décidé d'officialiser les SCMR. On en compte aujourd'hui 31, réparties dans les villes d'Amsterdam (9), Apeldoorn (1), Arnhem (1), Den Bosch (1), Breda (1), Eindhoven (1), Groningen (1), Heerlen (1), Maastricht (1), Nijmegen (1), Rotterdam (7), Tilburg (1), Utrecht (3), Venlo (1),

Zwolle (1), ainsi que des SCMR non-officielles tolérées par l'État dans plusieurs autres villes.

Suisse. La première SCMR helvétique a été ouverte à Berne en 1986, mais c'est dans les années 1990 qu'elles se sont développées, en réaction à la visibilité de la consommation (scène ouverte). Le parc public Platzpitz de Zürich était la plus célèbre de ces scènes marquées par la tolérance des forces de l'ordre, la visibilité de la consommation et des actes de délinquance. La dégradation du mode de vie des consommateurs de drogues et la multiplication des actes de violence ont eu des répercussions sur la qualité de vie des riverains, ce qui a obligé les autorités locales à repenser leur politique de lutte contre la toxicomanie. Même si, dans les villes suisses comme à Paris et ailleurs, les interventions policières n'ont finalement qu'un effet de déplacement, elles ont aussi des retombées politiques et symboliques.

Les SCMR en Suisse, comme dans les autres pays, ont pu se développer malgré une législation qui interdit l'usage de stupéfiants car la politique de santé publique menée depuis 1991, dites des "quatre piliers" (prévention ; thérapie et réintégration ; réduction des risques et aide à la survie ; répression et contrôle) a introduit la notion de l'"aide à la survie" (notion reprise notamment en Allemagne par la suite). On compte aujourd'hui 17 SCMR réparties dans les villes de Bâle (3), Heerbrugg (1), Bern (1), Olten (2), Riehen (1), Schaffhausen (1), Solothurn (1), Winterthur (1), Chur (1), Zürich (3), Bienne (1) et Genève (1).

Allemagne. En 1987, suite aux premières SCMR suisses, des SCMR informelles ont été ouvertes à Bonn et à Brême. C'est en 1994 que la ville de Francfort a ouvert la première structure officielle, malgré une opposition du gouvernement de l'État. Ce n'est qu'en 1999 que des

¹ Lire Swaps n°55 et la revue de presse sur www.salledeconsoommation.fr/conferencedepres/



amendements législatifs sont venus régulariser le statut des SCMR. On compte aujourd'hui 20 SCMR réparties dans les villes de Francfort (4), Hanovre (1), Hambourg (8), Saarbrücken (1), Münster (1), Wuppertal (1), Essen (1), Cologne (1), Dortmund (1) et Aix-la-Chapelle (1).

Australie. En 1998, une SCMR non autorisée fut ouverte pendant quelques semaines à la Uniting Church, à Kings Cross (Sydney), avant que la police la ferme. Trois gouvernements d'États australiens (Nouvelle-Galles du Sud, Victoria et Territoire de la capitale australienne) ont tenté d'ouvrir des SCMR, avec divers degrés de réussite. C'est finalement en mai 2001 que la première et unique SCMR officielle d'Australie a ouvert ses portes à Sydney.

Canada. Début 2001, un groupe de travail multisectoriel créé par le comité fédéral, provincial et territorial sur l'usage de drogues injectables a rendu ses conclusions sur la faisabilité de l'ouverture d'une SCMR dans le cadre d'une recherche scientifique médicale. Les conclusions indiquaient qu'il était possible de mener un tel projet si quatre critères étaient respectés :

- le projet a des objectifs clairs et mesurables et peut être évalué comme projet de recherche scientifique et médicale ;
- le projet jouit d'un appui politique à l'échelon national, provincial et municipal ;
- un cadre légal adéquat est mis en œuvre ;
- les sites choisis jouissent d'un appui local.

En avril 2003, face à l'inaction des autorités et en réponse à une vaste "descente de police", un collectif d'associations communautaires pour la RdR a ouvert une SCMR non autorisée dans le quartier Eastside à Vancouver. La SCMR a fermé après 181 jours d'activité, et trois semaines après l'ouverture de Insite en septembre 2003. On compte aujourd'hui 1 SCMR à Vancouver, et il est possible que cet automne la ville de Québec puisse en ouvrir une.

Royaume-Uni. À la fin des années 1960 et jusqu'au début des années 1970, plusieurs cliniques médicales et centres de jours londoniens étaient dotés de SCMR. L'**Espagne** compte 6 SCMR réparties dans les villes de Madrid (1), Bilbao (1) et Barcelone (3 plus 1 unité mobile) ; le **Luxembourg**, 1 SCMR à Bonnevoie (une deuxième est à l'étude) ; la **Norvège**, 1 SCMR à Oslo ; l'**Afghanistan** ne dispose pas officiellement de SCMR mais un centre de soins aux toxicomanes situé à Kaboul prenant en charge des femmes, leur permet de consommer à moindre risque sur 3 sites différents.

D'autres pays comme la Slovaquie, le Portugal, la Belgique, l'Italie et les États-Unis (État de Californie et ville de New York) étudient la mise en place de SCMR.

Une mesure intelligente et pragmatique

Les arguments politiques basés sur des valeurs morales² affirment que les SCMR entretiennent la consommation de drogues. Ces valeurs remettent en cause directement la politique de réduction des risques alors que ses résultats plus que positifs ne sont plus à démontrer.

Les SCMR font partie intégrante de cette politique pragmatique qui vise à minimiser les dommages sanitaires et sociaux, alors même que les personnes sont encore dans une phase de consommation. En d'autres termes, il s'agit de maintenir et de préserver l'état de santé et l'intégration sociale des personnes consommatrices.

En France et ailleurs dans le monde, il existe d'autres offres qui s'inscrivent dans ce cadre : on peut mentionner la possibilité de manger gratuitement, de se laver, de dormir pour une somme modique, etc. Ces mesures s'adressent à toute personne – consommatrice de drogues ou non – qui se trouve dans une situation de grande précarité. Ces offres font partie des mesures "classiques" que propose un pays pour venir en aide aux plus démunis et ne sont pas contestées.

La question des SCMR est plus délicate, car elle s'adresse spécifiquement à des consommateurs de drogues et, c'est là que "le bât blesse", car soutenir l'ouverture de SCMR suppose l'acceptation de l'existence de personnes qui consomment des drogues illicites dans notre société. Cela demande également d'accepter, dans l'immédiat, notre impuissance à "guérir", ainsi que notre colère devant cette souffrance visible. La répression ne peut, à elle seule, répondre à cette problématique. Alors que faire ?

Les acteurs de terrain des secteurs médicaux et psychosociaux soutiennent qu'il faut être avant tout réaliste pour préserver la santé des consommateurs de drogues et leurs liens avec les dispositifs socio-sanitaires. Cette approche, qui repose sur le postulat que l'on ne peut contraindre une personne à entreprendre une sortie de dépendance, implique qu'il faut aider quand il y a une demande, ce qui suppose au préalable de respecter la personne à chaque étape de son parcours. Dès lors, pourquoi leur refuser des conditions décentes de consommation ?

Notre position individuelle ou collective sur la question des dépendances ne doit pas être liée à notre position vis-à-vis des personnes toxicomanes. La question n'est pas tant d'être "pour ou contre les drogues" – sur cette question nous sommes en grande majorité d'accord – mais plutôt de nous interroger sur notre capacité à tolérer des toxicomanes dans notre société. Cette question est certes plus délicate et mérite d'être débattue, mais elle permet d'être contre la consommation de drogues sans pour autant être contre les toxicomanes.

² Le décret n°2005-347 du 14 avril 2005, JO du 15 avril 2005, approuvant le référentiel national des actions de réductions des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique, couvre la possibilité d'expérimenter des salles de consommation de drogues à moindre risque.

Il faut s'y faire, même si l'on souhaite l'abstinence et la réinsertion pour tous les consommateurs de drogues, ceci ne se fait pas en un "claquement de doigts" et cette démarche prend du temps. Alors autant que les pratiques de consommation soient le moins dommageables possible et l'ouverture de salles de consommation de drogues à moindre risque semble être une mesure intelligente et pragmatique. Il s'agit d'un outil supplémentaire qui vise à permettre aux plus vulnérables d'accéder à des structures d'aide, d'accompagnement et de soins.

Une question de dignité

Au vu d'une somme considérable de résultats positifs dans d'autres pays, pouvons-nous encore conserver des approches fondées sur la criminalisation afin de contrôler l'usage de drogues alors que ces stratégies échouent à rencontrer les objectifs pour lesquels elles avaient été conçues; qu'elles engendrent des maux qui sont d'ampleur équivalente – voire pires – que ceux qu'elles sont supposées prévenir et, surtout qu'elles intensifient la

marginalisation des personnes les plus vulnérables? Pouvons-nous continuer de tolérer avec indulgence l'écart tragique entre ce que l'on pourrait faire et devrait faire, dans l'ensemble des soins aux consommateurs de drogues, et ce qui est fait dans la réalité, devant les besoins fondamentaux de ces personnes?

Pouvons-nous enfin conserver des politiques et des programmes qui insistent sur l'abstinence de l'usage de drogues d'une manière si unilatérale et si utopique qu'on laisse de côté l'urgence qui appelle une attention plus immédiate: celle de réduire les souffrances des utilisateurs de drogues et d'assurer leur survie, leur santé et leur croissance vers la liberté et la dignité?

Il est donc impératif de reconnaître – avec toutes les conséquences morales de cette réalité éthique – que les personnes qui font usage de drogues possèdent la même dignité que tous les autres êtres humains.

BERNARD BERTRAND

À quoi servent les SCMR ?

Selon la littérature européenne et internationale³, les salles de consommation de drogues à moindre risque (SCMR) permettent de:

1. Réduire les problèmes de santé pouvant découler de la consommation de drogues :

- limiter l'incidence de la transmission des hépatites virales du VIH et autres virus transmissibles par le sang ;
- réduire le développement d'abcès, d'endocardites et d'autres problèmes de santé pouvant résulter de la consommation de drogues lorsque celle-ci se déroule dans un cadre non-hygiénique (cage d'escalier, entrée d'immeuble, shooting gallery, squat, toilettes publiques, square...).

2. Réduire les nuisances associées à l'usage de drogues dans les lieux publics et semi-publics :

- réduction de la visibilité de l'usage ;
- réduction de la criminalité ;
- réduction du nombre de seringues usagées sur la voie publique.

3. Améliorer l'accès aux services socio-sanitaires et thérapeutiques chez les consommateurs de drogues les plus marginalisés :

Il s'agit d'améliorer l'accès aux soins et de toucher les consommateurs qui n'utilisent pas –

ou pas encore – les services socio-sanitaires et/ou thérapeutiques.

4. Promouvoir l'éducation aux risques liés à l'usage de drogues :

Les SCMR permettent une éducation et information sur les pratiques de consommation à moindre risque directement au moment de l'acte. Cette éducation et cette information sont adaptées aux risques observés contrairement aux programmes d'échange de seringues qui envoient un message sibyllin: "Nous savons que certaines personnes consomment des drogues et afin de diminuer les risques sanitaires, nous leur donnons des seringues et autres matériels stériles, mais en revanche, nous ne voulons pas les voir consommer devant nous et encore moins dans nos structures."

5. Réduire les coûts des services de santé liés à la consommation de drogues :

Le rapport coût-efficacité avantageux de l'instauration de SCMR doit inciter les décideurs politiques à l'action: Outre la perte tragique et coûteuse de vies humaines, certains méfaits peuvent être évités ou atténués et entraîner des gains sur le plan économique en soins de la santé (traitement pour maladies chroniques, services d'urgence...) à l'instar de la mise en place des programmes d'échange de seringues pour limiter la propagation du VIH.

Les coûts d'application de lois répressives de lutte contre la délinquance et de la toxicomanie peuvent également diminuer: ces ressources pourraient alors être consacrées à la prévention, au traitement et aux soins de santé.

³ Voir www.salledconsummation.fr, rubrique littérature.