



**Brusselse Federatie van Instituten voor
Verslavingen**

**Fédération Bruxelloise
des Institutions pour Toxicomanes**

**Schriftelijke adviezen voor de
Commissie voor de Volksgezondheid
Kamer van Volksvertegenwoordigers**

**Avis écrits à la
Commission Santé Publique
Chambre des Représentants**

Juni 2015

Juin 2015

**Begeleide Behandeling met Diacetylmorfine
Risicobeperkende Gebruikruimtes
voor Druggebruikers**

**Traitement Assisté à la Diacétylmorphine
Salles de Consommation à Moindre Risque**

<p><i>Samenvatting van de schriftelijke mededeling van de Brusselse Federatie van Instellingen voor verslaafden</i></p> <p><i>Fedito Bxl pleit voor de verstrekking van begeleide behandelingen met diacetylmorfine, voor patiënten die niet reageerden op andere substitutiebehandelingen.</i></p> <p><i>Om de kosten van deze behandeling te controleren, pleit Fedito Bxl om de toegang tot diacetylmorfine te integreren in al bestaande Medisch Sociale Opvangcentra in de drie regio's van het land. Het MASS/MSOC richt zich op zeer kwetsbare heroïnegebruikers, en zijn al voorzien van teams van psycho-sociale en medische teams.</i></p> <p><i>Diacetylmorfine vervolledigt de substitutiefarmacopee beschikbaar in de centra. Het inzetten van diacetylmorfine zal zorgen voor een opkomst van een nieuwe modaliteit van behandeling voor heroïnegebruikers die niet in aanmerking komen voor een substitutiebehandeling, zoals bijvoorbeeld methadon.</i></p> <p><i>De ervaringen in het buitenland hebben systematisch aangetoond dat er een meerwaarde is voor de ontvangers van deze programma's, voor het onderhoud of de verbetering van de gezondheid, alsook voor de sociale integratie. Deze aanpak heeft zich</i></p>	<p><i>Synthèse de l'avis écrit de la Fédération Bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes</i></p> <p><i>La Fedito Bxl prône la mise à disposition de traitements assistés à la diacétylmorphine, pour les patients réfractaires aux autres formes de traitement de substitution.</i></p> <p><i>Afin de contrôler les coûts liés à ce traitement, la Fedito Bxl prône d'intégrer l'accès à la diacétylmorphine au sein des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires déjà existantes dans les trois régions du pays. Les MASS/MSOC s'adressent effectivement au public d'usagers d'héroïnes grandement précarisés, et sont déjà pourvues d'équipes professionnelles psycho-socio-médicales.</i></p> <p><i>La diacétylmorphine viendrait ainsi compléter la pharmacopée de substitution disponible dans ces centres.</i></p> <p><i>La délivrance de diacétylmorphine permettrait l'émergence d'une nouvelle modalité de traitement à l'égard des usagers d'héroïne ne parvenant pas à s'inscrire dans un traitement de substitution, par exemple à la méthadone.</i></p> <p><i>Les différentes expériences à l'étranger ont systématiquement montré la plus-value pour les bénéficiaires de ces programmes, en terme de maintien ou d'amélioration de la santé, et également en terme d'insertion sociale. Ces</i></p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><i>bewezen in verschillende westerse landen, zowel in termen van volksgezondheid, sociale ondersteuning, toegang tot andere steun en de vermindering van publieke overlast geassocieerd met druggebruik. Naast een bewezen vermindering van het sterftecijfer en de morbiditeit van de meest uitgesloten druggebruikers, helpt het inzetten van diacetylmorfine met de sociale cohesie en de insluiting van de meest kwetsbare gebruikers.</i></p> <p><i>We tellen bijna 93 risicobeperkende gebruiksruidtes over de hele wereld, waaronder Nederland, Duitsland en Luxemburg. Frankrijk lijkt klaar om ze te gaan ontwikkelen. Het zijn dus de landen die grenzen aan België die de risicobeperkende gebruiksruidtes ontwikkelen of hebben ontwikkeld.</i></p> <p><i>Risicobeperkende gebruiksruidtes hebben hun nut bewezen, als antwoord op gezondheidsproblemen alsook publieke veiligheidsproblemen. Wat betreft de volksgezondheid, kunnen ze helpen om, onder andere, het Hepatitis C-virus te controleren, waarvan de prevalentie stijgt met 70% in sommige groepen van druggebruikers die zich injecteren. Wat betreft de publieke veiligheid, laten de gebruiksruidtes toe om de openbare overlast gelieerd aan druggebruik te controleren op straat en in openbare ruidtes. Fedito Bxl pleit daarom voor de oprichting van risicobeperkende gebruiksruidtes, idealiter in</i></p>	<p><i>dispositifs ont fait leurs preuves dans différents pays occidentaux, que ce soit en termes de santé publique, d'accompagnement social, d'accès vers d'autres prises en charge et de réduction des nuisances publiques associées à l'usage de drogues. Au-delà d'une réduction avérée de la mortalité et de la morbidité des usagers de drogues les plus désinsérés, la délivrance de la diacétylmorphine aide à la cohésion sociale et la réaffiliation des usagers les plus précarisés.</i></p> <p><i>Quant aux salles de consommation à moindre risque, on en dénombre déjà 93 de par le monde, notamment aux Pays-Bas, en Allemagne et au Luxembourg. La France s'apprête à développer ces dispositifs. Ce sont donc tous les pays limitrophes de la Belgique qui développent ou ont développé des SCMR.</i></p> <p><i>Les salles de consommation à moindre risque ont effectivement prouvé leur efficacité, pour répondre aussi bien aux problématiques de santé et de sécurité publiques. En ce qui concerne la santé publique, elles pourraient aider à contrôler, entre autres, le virus de l'Hépatite C dont la prévalence se monte à 70 % dans certaines cohortes d'injecteurs de drogues. En termes de sécurité publique, elles permettraient de contrôler davantage les nuisances liées à la consommation de drogues en rue ou dans l'espace public.</i></p> <p><i>La Fedito Bxl prône dès lors la mise en place de lieux de consommation à moindre risque,</i></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*de vorm van een zaal enkel voorbestemd voor risicobeperkend gebruik. Als het budget de oprichting van zo'n zaal weerhoudt, is het mogelijk om een **risicobeperkende gebruiksruimte op te richten in al bestaande structuren.***

*Hoe dan ook is het nodig om deze risicobeperkende gebruiksruimtes te plaatsen **in de buurt van al bestaande gebruiksruimtes** in de verschillende betrokken steden. Het is nodig dat ook deze gebruiksruimtes sterk geankerd zijn **in de socio-medische netwerken**, om te kunnen antwoorden op eventuele publieke noden, met inbegrip van therapeutische aanpakken. Het team van deze risicobeperkende gebruiksruimte moet pluridisciplinair zijn, het moet gevormd zijn en voldoende belangrijk om een optimale ontvangst van het publiek mogelijk te maken.*

*Wat betreft diacetylmorfine en risicobeperkende gebruiksruimtes, is het dus nodig **om het wettelijk kader aan te passen**, zodat de gezondheidsprofessionals diacetylmorfine kunnen voorschrijven aan bepaalde, goed geïdentificeerde gebruikers, en dat ze anderen kunnen helpen in de risicobeperkende gebruiksruimtes.*

In het algemeen is het belangrijk om het huidige wettelijke kader ook aan te passen zodat er andere harm reduction strategieën kunnen ingezet worden, die hun nut bewezen hebben over de hele wereld.

*idéalemt sous la forme d'une salle strictement dédiée à cette consommation à moindre risque. A défaut, si le contexte budgétaire empêche la mise en place de cette salle, il est envisageable de mettre en place des **lieux de consommation à moindre risque au sein de structures déjà existantes.***

*Quoi qu'il en soit, il est nécessaire que ces lieux de consommation à moindre risque soient placés **à proximité des lieux de consommation** existant déjà dans les différentes villes concernées. Il est nécessaire aussi que ces lieux de consommation soient **fortement ancrés dans les réseaux socio-sanitaires**, afin de répondre aux éventuels besoins du public, en ce compris les dispositifs à visée thérapeutique.*

L'équipe de ce lieu de consommation à moindre risque doit être pluridisciplinaire, formée et suffisamment importante que pour permettre l'accueil optimal de ce public.

*Pour ce qui est de la diacétylmorphine et des salles de consommation à moindre risque, il est dès lors **nécessaire de modifier le cadre législatif**, afin que les professionnels de santé puissent prescrire de la diacétylmorphine à certains usagers bien identifiés, et qu'ils puissent en aider d'autres au sein de lieux de consommation à moindre risque.*

Plus généralement, il est important de modifier le cadre législatif actuel afin que puissent se déployer d'autres stratégies de réduction des risques ayant fait leurs preuves de par le monde.

1. Introduction générale

Dans de nombreuses grandes villes, les autorités et les professionnels de santé sont confrontés à des lieux où en permanence, des usagers de drogue, souvent très précarisés, achètent et consomment leurs produits dans l'espace public. Ces consommations en rue, dans les lieux publics, tels les cages d'escaliers, parkings, toilettes publiques, gares, rues étroites, et bâtiments abandonnés, exposent les usagers à des risques accrus pour leur santé. La saleté des lieux, le manque d'eau, la promiscuité entre usagers, le partage de matériel d'injection, la consommation à la "va-vite", ne permettent généralement pas de requérir au minimum d'hygiène nécessaire à la réalisation de consommation sans risque.

Ces consommations dans l'espace public posent également des problèmes de sécurité et de convivialité évidents (abandon de seringues usagées, deal, sentiment d'insécurité,...). Les personnes qui arpentent ces lieux sont souvent en situation de grande précarité et peuvent échapper aux dispositifs de soins, d'assistance et de réduction des risques. Ils interpellent les autorités et les professionnels du secteur tant sur des questions de tranquillité publique que de santé publique.

La question des drogues n'échappe pas à la crise sociale, économique et culturelle. Elle se répercute d'autant plus fort sur les usagers les plus vulnérables, notamment sur cette minorité d'usagers marginalisés qui vit dans le milieu de la rue, en totale rupture de liens, sans couverture sociale, sans revenus, sans logement...

On assiste dès lors à une augmentation et à une plus grande visibilité de la consommation, notamment par voie intraveineuse, dans les espaces publics. Même si les actions développées dans le milieu de la rue s'avèrent pertinentes, elles se confrontent à ces nouveaux besoins apparaissant avec le renforcement d'un mouvement de « dislocation sociale ».

C'est pour tenter de répondre à cette évolution que des professionnels de la santé et intervenants sociaux réfléchissent à la mise en place, en Belgique, de salles de consommation à moindre risque (SCMR) et de dispositifs alternatifs de traitements, comme ceux assistés à la diacétylmorphine ou à « l'héroïne pharmaceutique » (TADAM).

Il est important de ne pas confondre les Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR) avec les programmes d'héroïne médicalisés (TADAM) où le produit de consommation est prescrit par l'équipe médicale. Nous présenterons ici tout d'abord le dispositif TADAM, avant de nous pencher sur les SCMR.

2. Traitements Assistés à la Diacétylmorphine (TADAM)

2.1. Introduction

Le nom « TADAM » fait référence au projet-pilote éponyme, mené à Liège jusqu'en 2013 et qui a fait l'objet d'une évaluation scientifique. Pour cerner la teneur de ce projet, il est nécessaire de se pencher au préalable sur la diacétylmorphine, et dès lors, sur l'héroïne.

L'héroïne ou diacétylmorphine est un dépresseur du système nerveux central, dérivé de l'opium. Son usage peut être mortel en cas de dose trop élevée, particulièrement si l'héroïne est injectée par voie intraveineuse. L'héroïne a aussi un fort pouvoir d'addiction, nécessitant une prise en charge médicale, éventuellement sociale, les personnes dépendantes à l'héroïne expérimentant en effet des problématiques multiples, notamment une désinsertion sociale. Un accompagnement psychologique peut aussi être mis en place, sachant toutefois qu'un suivi psychosocial obligatoire ne montre pas plus d'efficacité qu'un suivi non obligatoire.

La diacétylmorphine dont il est ici question peut constituer une modalité supplémentaire de traitement de substitution, venant s'ajouter aux molécules de méthadone et de buprénorphine déjà utilisées en Belgique mais qui peinent à toucher certains publics.

Soulignons tout d'abord que les traitements de substitution, à la méthadone, à la buprénorphine ou encore à la diacétylmorphine, présentent le grand avantage de détourner en grande partie, voire totalement, la personne de sa consommation d'héroïne de rue. La substitution aux opiacés a permis d'améliorer la santé et les conditions de vie de milliers de consommateurs. En termes de réduction des risques, cela présente aussi des atouts très importants, sachant notamment que l'héroïne de rue est coupée avec des produits sur lesquels aucun contrôle ne peut être effectué. Le principe des traitements à la méthadone ou à la buprénorphine doit donc être pleinement conservé, comme c'est le cas dans tous les pays ayant développé des politiques drogues efficaces.

Néanmoins, la Belgique connaît des conditions limitées à ces traitements de substitution, puisque n'y sont utilisées que les molécules de méthadone et de buprénorphine. Le traitement à la diacétylmorphine présente l'avantage de pouvoir toucher un public de consommateurs d'héroïne fortement désocialisés et qui n'accrochent pas à la méthadone ou à la buprénorphine. Par ailleurs, le traitement à la diacétylmorphine permet une consommation avec des risques fortement minorisés, puisqu'elle s'effectue en des endroits médicalisés, avec du matériel stérile. Ultimement, le traitement de substitution à la diacétylmorphine peut aider à privilégier l'inhalation à l'injection, l'inhalation étant fortement plus sûre que la seconde.

2.2. Historique des Traitements Assistés à la Diacétylmorphine

En ce qui concerne spécifiquement la prise en charge médicale, des programmes de substitution se sont développés de par le monde, en ce compris en Belgique. La pharmacopée à disposition est constituée de la méthadone et de la buprénorphine (Subutex), cette dernière étant éventuellement liée à de la naloxone (Suboxone). En Belgique, c'est la méthadone qui est la molécule la plus prescrite, et ce aussi bien en centres spécialisés que par des médecins généralistes en cabinets privés. Comme l'ont démontré de nombreuses recherches et évaluations, ces molécules de substitution ont permis la réinsertion de milliers de personnes anciennement consommatrices d'héroïne, notamment par voie intraveineuse. Ce faisant, méthadone et buprénorphine ont permis de rencontrer des objectifs ambitieux en termes de santé publique, aussi bien pour les usagers de drogues que pour la société en général en permettant notamment le contrôle des prévalences de certains virus.

Il est acquis que certains usagers de drogues en traitement de substitution peuvent avoir encore un recours occasionnel à de l'héroïne, sans toutefois que cela n'ait un impact sur leur stabilisation et leur qualité de vie.

Par contre, certains usagers d'héroïne ne parviennent clairement pas à atteindre une stabilisation et une amélioration de leur qualité de vie. Pour eux, les traitements de substitution à la méthadone et à la buprénorphine s'avèrent inadéquats, ce qui nécessite la mise à disposition de nouvelles molécules. C'est le choix effectivement réalisé par plusieurs pays, dont notamment la Suisse, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, le Danemark, ...

2.3. Les dispositifs de Traitements Assistés à la Diacétylmorphine (DAM)

Le projet-pilote liégeois TADAM définit comme suit le traitement par diacétylmorphine : il consiste à délivrer de la diacétylmorphine à une personne sévèrement dépendante de l'héroïne de rue sous la supervision d'une équipe médicale, dans un cadre clinique strictement contrôlé, en ambulatoire. Ce traitement n'est réservé qu'aux personnes pour lesquelles les traitements existants se sont avérés inefficaces. L'objectif est d'améliorer la santé physique et psychique des patients, de favoriser leur intégration sociale, en diminuant leur consommation d'héroïne de rue et leur insertion dans un milieu délinquant.

Les centres de traitement par diacétylmorphine en Suisse, aux Pays-Bas, en Allemagne et en Angleterre fonctionnent largement de manière similaire. Dans chaque centre, la diacétylmorphine peut être auto-administrée par injection, certains proposant aussi l'inhalation. L'auto-administration se réalise sous le contrôle des professionnels et ce afin d'éviter le détournement du produit.

Généralement, les équipes ne sanctionnent pas les éventuelles consommations parallèles mais invitent au contraire les usagers à pouvoir en parler librement, et ce dès lors que les co-consommations peuvent entraîner des overdoses.

De manière plus générale, TADAM a pour caractéristique de fournir de l'héroïne médicale aux usagers de ce produit psychoactif, sous un contrôle et selon un protocole très stricts. Les objectifs principaux du projet sont le bien-être et l'amélioration de la santé de certains usagers d'héroïne particulièrement vulnérables et dépendants.

2.4. Evaluation des traitements à la diacétylmorphine

L'évaluation de l'expérience-pilote liégeoise TADAM a été réalisée en se basant notamment sur une étude de la littérature des autres programmes d'accès à la diacétylmorphine. Suite au modèle suisse de traitement par diacétylmorphine, six études ont conclu en son efficacité supérieure par rapport au traitement par méthadone pour le groupe cible spécifique des personnes sévèrement dépendantes de l'héroïne, résistant aux traitements existants.

Dès les six premiers mois, la consommation d'héroïne de rue diminue ainsi que le comportement délinquant, tandis que la santé physique et mentale des personnes augmente. Des améliorations sociales émergent aussi à plus long terme, même si cette amélioration s'avère plus modeste.

L'étude contrôlée randomisée réalisée dans le cadre du projet TADAM a démontré la faisabilité du traitement par diacétylmorphine en Belgique, ce traitement offrant une solution plus efficace que la méthadone pour les personnes qui continuent à consommer de l'héroïne de rue et qui ont déjà été en traitement par méthadone.

Cette solution ne peut néanmoins être réellement efficace que si le patient n'est pas obligé d'arrêter son traitement à terme : l'arrêt du traitement, contre la volonté du patient, a un impact négatif important sur son évolution. Soulignons ainsi que trois mois après l'arrêt du projet-pilote TADAM, la consommation d'héroïne de rue a largement augmenté parmi les personnes qui fréquentaient le projet. Une détérioration de la situation du groupe expérimental s'est vérifiée, renforcée par les sentiments de vide, de solitude et de dépression exprimés par de nombreux patients après la fin de leur traitement.

L'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies de l'Union Européenne recommande également ce traitement, pour des personnes réfractaires à d'autres traitements de substitution.

2.5. Avis de la Fédération Bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes (FEDITO BXL)

La Fedito Bxl prône la mise à disposition de traitements assistés à la diacétylmorphine, pour les patients réfractaires aux autres formes de traitement de substitution.

Afin de contrôler les coûts liés à ce traitement, la Fedito Bxl prône d'intégrer l'accès à la diacétylmorphine au sein des Maisons d'Accueil Socio-Sanitaires déjà existantes dans les trois régions du pays. Les MASS/MSOC s'adressent effectivement au public d'usagers d'héroïnes grandement précarisés, et sont déjà pourvues d'équipes professionnelles psycho-socio-médicales.

La diacétylmorphine viendrait ainsi compléter la pharmacopée de substitution disponible dans ces centres.

La délivrance de diacétylmorphine permettrait l'émergence d'une nouvelle modalité de traitement à l'égard des usagers d'héroïne ne parvenant pas à s'inscrire dans un traitement de substitution, par exemple à la méthadone.

Les différentes expériences à l'étranger ont systématiquement montré la plus-value pour les bénéficiaires de ces programmes, en terme de maintien ou d'amélioration de la santé, et également en terme d'insertion sociale. Ces dispositifs ont fait leurs preuves dans différents pays occidentaux, que ce soit en termes de santé publique, d'accompagnement social, d'accès vers d'autres prises en charge et de réduction des nuisances publiques associées à l'usage de drogues. Au-delà d'une réduction avérée de la mortalité et de la morbidité des usagers de drogues les plus désinsérés, la délivrance de la diacétylmorphine aide à la cohésion sociale et la réaffiliation des usagers les plus précarisés.

3. Les Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR)

3.1. Introduction

Les salles de consommation à moindre risque existent depuis de nombreuses années dans divers pays européens (Allemagne, Suisse, Espagne, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Danemark...) ainsi qu'au Canada et en Australie. La France se prépare à expérimenter ces dispositifs dans les villes de Paris, Strasbourg et Bordeaux. De par le monde, c'est au total 93 SCMR qui ont été ouvertes depuis 25 ans, avec des résultats positifs en terme de sécurité et de santé publique. Et c'est à présent l'ensemble des pays limitrophes de la Belgique, qui développent ou ont développé des SCMR sur leurs territoires.

3.2. Historique des SCMR

C'est avec l'apparition du virus HIV et de l'hépatite C dans les années 80, et leur pandémie au sein de « groupes à risques » comme les homosexuels, les hémophiles et les héroïnomanes par voie intraveineuse, que les politiques en matière de drogues ont évolué. L'expansion et le risque de contamination à l'ensemble de la population ont conduit à la mise en place de nouvelles stratégies. Pour tenter d'éradiquer la pandémie, il fallait atteindre un public, qui malgré les dispositifs existants, ne se sentait pas prêt ou pas « capable » d'abandonner l'usage de produits psycho-actifs. L'urgence sanitaire était telle que dans un premier temps, ce sont les associations de pairs qui ont organisé la distribution de matériel stérile d'injection et des conseils sur l'usage à moindre risque. C'est dans un deuxième temps que ces stratégies ont été développées dans le cadre de dispositifs spécifiques.

La première SCMR au monde fut ouverte à Berne (Suisse) en 1986 et reconnue officiellement en 1988. Cette ouverture était une réaction à la consommation de substances illicites dans certains parcs publics, devenus de véritables « scènes ouvertes », marquées par la visibilité de la consommation mais aussi par la dégradation des conditions de vie des consommateurs de drogues, avec les répercussions multiples sur la qualité de vie des riverains. Lorsque les autorités ont voulu fermer ces parcs, le phénomène s'est tout simplement déplacé à d'autres quartiers des villes.

Une autre réflexion et une autre logique des services offerts était à faire émerger, afin de retisser le lien avec les consommateurs de substances illicites qui n'étaient pas en contact avec les services de soins et d'assistance proposés et qui, malgré la répression, se retrouvaient toujours en situation de consommation.

L'ouverture de la SCMR de Berne faisait donc suite à plusieurs constats : manque d'efficacité des stratégies basées sur les mesures de répression et d'abstinence ; échec de la mise en place de zone de tolérance sans cadre précis ; propagation des nouvelles infections au HIV, à l'Hépatite C et augmentation continue d'overdoses et de « scènes ouvertes » avec toutes sortes de nuisances sociales associées.

Au début des années 90, l'Allemagne et les Pays-Bas emboîtèrent le pas et mirent en place de tels dispositifs. Par la suite, début des années 2000, des SCMR ont été ouvertes à Sydney (2001) et à Vancouver (2003). L'Espagne, le Luxembourg et la Norvège complétèrent la liste des pays ayant inclus ces espaces dans leurs politiques et pratiques relatives aux drogues. Au Danemark, après la mise en place d'une SCMR mobile, le Parlement a voté en juin 2012 une loi dotant les municipalités d'un mandat légal clair leur permettant d'ouvrir des SCMR. Quant à la France, le Parlement vient de voter la Loi Programme relative à la Santé, autorisant l'expérimentation de SCMR en différentes villes. Si le processus législatif n'est pas encore arrivé à terme, sachant que le Sénat se penchera sur la question en octobre prochain, il semble acquis que certaines de ces expérimentations pourront débiter courant 2016.

Désormais, ce sont donc tous les pays limitrophes de la Belgique qui ont mis ou mettent en place des SCMR sur leur territoire.

3.3. Le dispositif des SCMR

Dans l'esprit des SCMR, il s'agit tout d'abord de faire débiter l'accompagnement des usagers de drogues à partir de « là où ils sont », afin de réduire les risques liés à leur consommation et à leur marginalisation sociale. En ce sens, l'amélioration des conditions de consommation et d'existence des usagers de drogues constituent des conditions *sine qua non* pour réduire les nuisances et les conséquences négatives vécues par les usagers et leur environnement immédiat.

Les SCMR constituent un complément nécessaire aux stratégies déjà existantes, telles l'accès à du matériel stérile d'injections ainsi que l'accès aisé à divers dispositifs de santé. Si ces stratégies ont participé au contrôle de la prévalence du VIH en Belgique et ont permis la resocialisation de certains usagers de drogues, d'autres passent encore entre les mailles du filet de protection socio-sanitaire. Surtout, le virus de l'Hépatite C s'avère encore incontrôlé puisqu'il est estimé à plus de 70 % de prévalence dans certaines cohortes d'injecteurs de drogues. Il est prouvé que les SCMR peuvent aider à répondre à cette problématique.

Les SCMR s'adressent à un public consommateur de drogues « à haut-risque », en particulier ceux qui consomment par voie intraveineuse et dans des lieux publics, ce qui accroît considérablement, selon de nombreuses études, les risques liés aux injections. Ces groupes, de plus en plus identifiés par les professionnels du terrain, souvent marginalisés, voire totalement désinsérés, ont des besoins importants, notamment en soins de santé, qui ne sont pas pleinement rencontrés par les autres services socio-médicaux. Les SCMR sont nées pour tenter de répondre à ces problèmes rencontrés par ces usagers de drogues en situation de grande précarité et à fort risque de contamination, mais aussi pour réduire les nuisances pour les communautés locales.

Il y a donc deux volets dans la mise en place de ce dispositif : un volet de **santé publique** et un volet de **sécurité publique**.

Les objectifs des SCMR tels que compilés à partir de la littérature internationale sont les suivants :

- Améliorer l'accès aux services de santé pour les usagers de drogues les plus vulnérables ;
- Favoriser l'inscription dans le soin ou dans les services socio-sanitaires, par un relais possible vers d'autres structures de traitements ;
- Améliorer leur état de santé et leur bien-être pouvant découler de la consommation de drogues ;
- Réduire les pratiques à risque liées à l'usage de drogues et promouvoir l'éducation aux risques liés à l'injection ;
- Réduire la morbidité et la mortalité parmi les usagers de drogues visés ;
- Réduire les nuisances associées à l'usage de drogues dans les milieux publics et semi-publics (diminuer la visibilité de l'usage, diminuer la criminalité, diminuer le nombre de seringues usagées sur la voie publique) ;
- Réduire les coûts des services de santé liés à la consommation de drogues (ex : traitements onéreux de l'hépatite, fréquents passages aux urgences hospitalières,...).

Concrètement, les SCMR sont des endroits protégés, utilisés pour une consommation, dans des conditions d'hygiène optimales, de drogues obtenues au préalable par des usagers, cela sous la supervision d'une équipe médicalisée (ou formée). Les SCMR sont donc des espaces où, sous la supervision de professionnels du secteur de la santé, des consommateurs de drogues peuvent s'injecter des substances achetées préalablement. De plus en plus de SCMR s'ouvrent également à de nouveaux modes de consommation, tels l'inhalation, la fumette ou le sniff. Elles constituent un service hautement spécialisé au sein d'un réseau plus large de services destinés aux usagers de drogues, intégré dans des stratégies locales qui répondent à un large éventail de besoins individuels

et collectifs.

Les SCMR offrent un cadre d'usage sécurisé et réglementé par un certain nombre de mesures d'hygiène et de sécurité. L'accès à ce dispositif est fixé par des règles préétablies d'accès et de fréquentation. Par ailleurs, les horaires d'ouverture varient en fonction des endroits, ce qui peut avoir une incidence majeure sur leur utilisation par le public visé. De manière générale, l'accès est restreint à certains groupes bien déterminés, en l'occurrence des personnes majeures, résidant dans la ville de la SCMR, n'étant pas dans un état d'imprégnation avancée, et s'engageant à respecter un règlement d'ordre intérieur interdisant formellement le deal et la violence.

Elles sont supervisées par une équipe pluridisciplinaire professionnelle pouvant être composée d'infirmiers, d'éducateurs, d'assistants sociaux, de médecins, et parfois par d'anciens usagers. La majorité des SCMR offrent les services suivants :

- Point de contact aux usagers : repas chauds dans certains cas, collations et/ou boissons, douches, machines à laver ;
- Services de santé de base : crise, premiers soins en cas d'overdose, soins infirmiers de premier secours ;
- Conseils et appui médico-psycho-sociaux pour les usagers qui le désirent et relais vers les centres de soins et de traitement si demande connexes (tampons, cuillers, filtres ...), vente ou distribution de préservatifs ;
- Supervision et conseils pour une injection dans les meilleures conditions possibles ;
- Distribution de matériel stérile d'injection et échange de seringues et de matériel.

3.4. Evaluation des SCMR

Les expériences étrangères montrent :

- Des impacts bénéfiques au niveau de la santé publique : réductions des overdoses, de la mortalité, des comportements à risques en matière de transmission de l'hépatite C et du VIH, augmentation de l'accès aux soins (traitement de substitution, sevrage, accès aux soins primaires) ;
- Une réduction des coûts sociaux : baisse de la petite délinquance, baisse des prises en charge des traitements hépatite C et VIH, réaffiliation sociale des usagers les plus précarisés ;
- Des impacts bénéfiques au niveau de la sécurité : réduction des nuisances liées à l'usage de drogues dans l'espace public, résorption des « scènes ouvertes », diminution du nombre de

seringues usagées dans l'espace public.

Les SCMR s'adressent bien aux groupes cibles visés, en l'occurrence des usagers de drogue de longue date, s'injectant dans les espaces publics, à haut-risque infectieux (HIV/Hépatite/Overdoses), sans abri. La plupart des usagers des SCMR sont des hommes de plus de 30 ans avec un long parcours de consommation de produits psychotropes, et plus largement de désinsertion sociale, voire de judiciarisation. Les SCMR touchent d'autant plus leur public cible qu'elles sont implantées à proximité des lieux de consommation.

Les SCMR ne font pas augmenter ou diminuer la consommation ou l'injection et n'ont pas d'incidence sur une quelconque incitation à la consommation. Le risque qu'une première injection ait lieu au sein d'une SCMR est faible.

De nombreuses études montrent très clairement des évolutions sensibles dans les pratiques d'injections à risques. Les utilisateurs des SCMR adoptent des changements positifs dans leur mode d'administration du produit, rapportent davantage leurs seringues usagées et n'acceptent plus de partager leur matériel d'injection. D'autres études démontrent que les SCMR ont un effet important sur l'entrée de consommateurs dans un processus de soins ou de traitement. Les résultats obtenus montrent donc plutôt une complémentarité des SCMR avec les autres dispositifs de soins.

En ce qui concerne les nuisances pour la communauté, des études montrent une baisse du nombre de personnes s'injectant dans l'espace public, une diminution des seringues abandonnées et des ordures associées à la suite d'ouverture de SCMR.

3.5. Avis de la Fédération Bruxelloise des Institutions pour Toxicomanes (FEDITO BXL)

De par le monde, ce sont 93 salles de consommation à moindre risque qui ont déjà été mises en place, et notamment aux Pays-Bas, en Allemagne et au Luxembourg. La France s'apprête à développer ces dispositifs. Ce sont donc tous les pays limitrophes de la Belgique qui développent ou ont développé des SCMR sur leurs territoires.

Les salles de consommation à moindre risque ont effectivement prouvé leur efficacité, pour répondre aussi bien aux problématiques de santé et de sécurité publiques. En ce qui concerne la santé publique, elles pourraient aider à contrôler, entre autres, le virus de l'Hépatite C dont la prévalence se monte à 70 % dans certaines cohortes d'injecteurs de drogues. En termes de sécurité publique, elles permettraient de contrôler davantage les nuisances liées à la consommation de drogues en rue ou dans l'espace public.

La Fedito Bxl prône dès lors la mise en place de lieux de consommation à moindre risque, idéalement sous la forme d'une salle strictement dédiée à cette consommation à moindre risque. A défaut, si le contexte budgétaire empêche la mise en place de cette salle, il est envisageable de mettre en place des lieux de consommation à moindre risque au sein de structures déjà existantes. Un lieu mobile peut aussi constituer une bonne alternative.

Quoi qu'il en soit, il est nécessaire que ces lieux de consommation à moindre risque soient placés à proximité des lieux de consommation existant déjà dans les différentes villes concernées. Il est nécessaire aussi que ces lieux de consommation soient fortement ancrés dans les réseaux socio-sanitaires, afin de répondre aux éventuels besoins du public, en ce compris les dispositifs à visée thérapeutique.

L'équipe de ce lieu de consommation à moindre risque doit être pluridisciplinaire, formée et suffisamment importante que pour permettre l'accueil optimal de ce public.

Il est dès lors nécessaire de modifier le cadre législatif afin que ces professionnels n'encourent pas une insécurité juridique de par leur approche de réduction des risques. Plus généralement, il est important de modifier le cadre législatif actuel afin que puissent se déployer d'autres stratégies de réduction des risques ayant fait leurs preuves de par le monde, comme le testing de drogues et l'éducation aux risques liés à l'injection, en plus de l'aide socio-sanitaire à pourvoir aux personnes qui seraient amenées à fréquenter ces lieux de consommation à moindre risque.

Bibliographie

- ANSSEAU M, DEMARET I, LEMAÎTRE A, et al., *Projet Tadam : Rapport Final 2007-2013*, ULG, Octobre 2013
- ANSSEAU M., GUSTIN F., HODIAUMONT F., LEMAITRE A., LO BUE S., LORANT V., PORTET M. I., REGGERS J., TYBERGHIEN M., VAN DEUN P. *DHCo Délivrance d'héroïne sous contrôle médical : Etude de faisabilité et de suivi*. 2005 Gand, Belgique: Academia press.
- BENNINGHOFF F, SOLAI S, HUISSOUD T, DUBOIS-ARBER F., *Evaluation du Quai 9 « Espace d'accueil et d'injection » à Genève. Période 12/2001 – 12/2002*. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (ed). Département de l'action sociale et de la santé, 2003, 186p
- DEBECK K, WOOD E, ZHANG R, TYNDALL M, MONTANER J, et coll. *Police and public health partnerships : evidence from the evaluation of Vancouver's supervised injection facility*. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2008, 3:11
- DEMARET I., LEMAITRE A., ANSSEAU, M. *Efficacy of the treatment assisted by diacetylmorphine (pharmaceutical heroin)*. *Rev Med Liege*, 65(12), 2010, 681-687.
- DEMARET I., HERNE P., LEMAITRE A., ANSSEAU M. *Feasibility assessment of heroin-assisted treatment in Liège, Belgium*. *Acta Psychiatrica Belgica*, 111(1), 2011, 3-8.
- DEMARET I., LEMAITRE A., ANSSEAU M. (2012). *Staff concerns in heroin-assisted treatment centres*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 19(6), 563-567. doi: 10.1111/j.1365 2850.2011.01810.x
- DEMARET I., LEMAITRE A., ANSSEAU M. (2013). [Heroin]. *Rev Med Liege*, 68(5-6), 287-293.
- DIAZ GOMEZ C. *Les salles de consommation en Europe. Synthèse de la revue de littérature internationale*, OFDT (ed), Saint-Denis, Mai 2009
- DUBOIS-ARBER F, BENNINGHOFF F, JEANNIN A. *Typology of injection profiles of clients of a supervised drug consumption facility in Geneva, Switzerland*. *Eur Addict Res* 2008, 14:1-10
- FERRI M., DAVOLI M., PERUCCI C. A. *Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals*. [Meta-Analysis Review]. *Cochrane Database Syst Rev*(12), 2011, CD003410. Doi: 10.1002/14651858.CD003410.pub4
- HARDEGGER S, HANSENHOELLER A ? SCHEUBER M, RIHS-MIDDEL M., *Prise en charge « bas seuil » et « intermédiaire » des personnes dépendantes aux drogues illégales et à l'alcool : Revue de littérature*, FERARIHS, Mars 2009
- HEDRICH D., *European report on drug consumption rooms*. European Monitoring Centre and Drug Addiction (ed), 2004, 96 p
- HEDRICH D, KERR T et DUBOIS-ARBER F. *Drug consumption facilities in Europe and Beyond, in Harm Reduction : evidence, impacts and challenges* », Monograph 10. EMCDDA 2010
- INSERM 2010. *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. Expertise collective, Paris, Editions INSERM.

*Commission Santé Publique, Chambre des Représentants : Avis écrits de la Fedito Bxl, concernant TADAM et SCMR.
Commissie Volksgezondheid, Kamer van Vertegenwoordigers : Schriftelijke adviezen over diacetylmorphine en verbruiksruimtes*

- JAUFFRET-ROUSTIDE M., Les salles de consommations de drogues : entre santé publique et sécurité publique, Métropolitiques, 16 mars 2011. <http://www.metropolitiques.eu/Les-salles-de-consommation-de.html>
- JOSEPH ROWNTREE FOUNDATION. The report of the independent working group on drug consumption rooms. Joseph Rowntree Foundation (ed), 2006
- KIMBER J, DOLAN K, WODAK A. Survey of drug consumption rooms: Service delivery and perceived public health and amenity impact. *Drug and Alcohol Review*, 2005, 24 : 21-24.
- LINNSEN L, DE JONG W, WOLF J. Gebruikersruimten. Een systematisch overzicht van de voorziening en de effecten ervan. Series : Resultaten Scoren, Trimbos Instituut, Utrecht, 2001
- MEIJER G, DE JONG A, KOETER M, BIELEMAN B. Gebruik van de straat. Evaluatie gebruikersruimte Binnenstad-Zuid Groningen, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)/Intraval, Amsterdam/Groningen, 2001
- SCHATZ E, NOUGIER M. Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique, IDPC (ed) Juin 2012
- SOLAI S, BENNINGHOFF F, MEYSTRE-AGUSTONI G, JEANNIN A, DUBOIS-ARBER F. Evaluation de l'espace d'accueil et d'injection « Quai 9 » à Genève : deuxième phase 2003. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2004, 124p
- STRANG J., GROSHKOVA T., METREBIAN N. New heroin-assisted treatment. Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (Ed.) *Insights Series* (pp. 170 pp.). 2012 Retrieved from <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/heroin-assisted-treatment> doi:10.2810/50141
- TREPOS JY. Seuils d'aide et politiques d'activation : un aperçu de deux centres de réduction des dommages à Maastricht, De Boeck Université, Psychotropes 2007, Vol 13 : 9-26
- VAN DER POEL A, BARENDREGT C, VAN DE MHEEN D. Drug consumption rooms in Rotterdam : an explorative description. *Eur Addict Res* 2003, 9: 100
- WOLF J, LINNSEN L, DE GRAAF I. Drug consumption facilities in the Netherlands. *Journal of Drug Issues* 2003, 3 : 649-662
- ZOBEL F, DUBOIS-ARBER F. Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation (SLC) dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse. Expertise réalisé à la demande de l'office fédéral de la santé publique. Institut universitaire de médecine sociale et préventive (ed), 2004, 31p
- ZOBEL F, THOMAS R, ARNAUD S, DE PREUX E, RAMSTEIN T, et coll. Global evaluation of the confederation's measures to reduce drug-related problems (ProMeDro). Fourth Synthesis Report 1999-2002. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 2003
- ZURHOLD H, DEGKWITZ P, VERTHEIN U, HAASEN C. Drug consumption rooms in Hamburg, Germany : Evaluation of the effects on harm reduction and the reduction of public nuisance. *J Drug Issues* 2003, 33 : 663-688