

Consultation publique

L'itinérance : des visages multiples, des responsabilités partagées

**La pertinence des salles de consommation supervisée dans le
contexte montréalais**

CACTUS Montréal, avril 2008

Présenté à la Commission du conseil municipal sur le développement culturel et la qualité du
milieu de vie de la ville de Montréal

Présentation de l'organisme :



CACTUS Montréal est un des premiers programmes d'échange de seringues en Amérique du Nord. Depuis 1989, l'organisme a beaucoup cheminé et a su évoluer avec les besoins de sa communauté. CACTUS Montréal a conservé sa mission de réduction des méfaits et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des personnes qui consomment des drogues par injection et inhalation, des travailleurs et travailleuses du sexe ainsi que des travesties et transsexuelles tout en développant des services spécifiques. Au-delà du programme d'échange de seringues, CACTUS Montréal touche à la fois au travail de rue, au travail de milieu, développe un projet d'implication sociale (PLAISIIRS) et a développé un volet de travail communautaire.

L'organisme promeut une approche humaniste centrée autour des personnes et visant à leur autonomisation. L'organisme, de par son intervention, favorise l'adoption de pratiques sexuelles et de consommation de drogues sécuritaires afin d'empêcher la transmission du VIH/SIDA, des hépatites et des autres ITSS. De plus, il agit en défense de droit afin que diminue les préjugés et la stigmatisation qui est faite à l'encontre des personnes qui consomment des drogues, font le travail du sexe ou sont en situation d'itinérance.

Document préparé par :

Jean-François Mary,

Responsable de l'organisation communautaire et des communications

Table des matières

Introduction :.....	4
I)Définition et historique des sites de consommation supervisée (SCS).....	6
1)Définition.....	6
2)Historique des SCS.....	7
a)En Suisse.....	7
b)En Allemagne.....	8
c)En Hollande.....	8
d)En Espagne.....	8
e)En Australie.....	9
f)Et au Canada.....	9
3)Services fournis et évaluation des SCS.....	9
a)Services fournis dans les SCS.....	9
b)Évaluation des SCS.....	11
i)Objectifs de dépôts des SCS.....	11
ii)Accroître l'accès aux soins de santé et en toxicomanie pour des populations difficiles à rejoindre.....	11
iii)Réduire la mortalité et la morbidité associée à la consommation par injection...	12
iv)Réduire la transmission des ITSS et en particulier le VIH/sida et l'Hépatite C...	13
v)Réduire la consommation de drogues par injection ou inhalation dans les lieux publics ou semi-publics ainsi que la présence de seringues à la traîne qui y est associée.....	13
vi)Réduire le trafic et la criminalité dans la zone environnant la salle de consommation.....	13
II)Pertinence dans le contexte montréalais.....	15
Conclusion.....	18
Références bibliographiques :.....	20

Introduction :

L'itinérance n'est pas un problème spécifique ou une caractéristique, mais bien une condition de vie des personnes, comme le souligne Laberge (1997). Cette condition de vie est faite d'une extrême pauvreté, d'instabilité domiciliaire, de comportements en marge des normes sociales, de désaffiliation et d'isolement social.

Le présent mémoire a été fait afin d'apporter un éclairage particulier sur la consommation de drogues par injection ou inhalation sur la voie publique. Ce mémoire est déposé dans le cadre d'une consultation sur l'itinérance afin de mettre en avant la pertinence des salles de consommation supervisée. Ces structures ont pour but de fournir des lieux sociosanitaires adéquats pour les personnes utilisatrices de drogues par injection ou inhalation les plus à risque, dont font partie les personnes itinérantes ou à risque de le devenir. Ces mesures doivent s'intégrer dans un système global de mesures sociosanitaires qui inclut le droit à un logement décent, le droit à la santé, le droit de cité et le droit à l'éducation.

L'itinérance est bien souvent associée à la consommation de drogues. Pourtant, en réalité, la majorité des personnes en situation d'itinérance ne sont pas toxicomanes, il n'y a pas de lien de causalité établi entre itinérance et toxicomanie. Les données épidémiologiques disponibles montrent que 30 à 40 % des personnes en situation d'itinérance souffrent de problèmes de santé mentale, d'alcoolisme ou de polytoxicomanie (Fournier et Mercier, 1996). L'image de l'itinérant toxicomane fait pourtant partie de l'imaginaire qui entoure l'itinérance et qui ne représente que la partie visible de l'iceberg. Pourtant, il ne faut pas sous-estimer les besoins sociosanitaires importants dont fait l'objet cette population. De plus, ces personnes, souvent désaffiliées socialement, sont en prise à des problématiques multiples (dépendance, absence de revenu fixe, absence ou instabilité du logement, troubles de santé mentale). Cette désaffiliation rend difficile l'accès de ces personnes aux services publics de la santé et des services sociaux.

L'approche de réduction des méfaits est apparue il y a plus de 25 ans avec les programmes d'échange de seringues. La diffusion rapide de l'approche a fait en sorte qu'un courant d'intervention en santé publique et en toxicomanie a vu le jour. La réduction des méfaits se

base sur une approche humaniste et pragmatique qui vise à travailler pour que les personnes reprennent du pouvoir sur leur vie en adoptant des modes de consommation sécuritaires afin de réduire les méfaits associés à la consommation de drogue, sans exiger d'eux l'abstinence. Cette approche s'est aujourd'hui déclinée sous plusieurs types d'interventions comme la mise en place de traitements de substitutions ou les salles de consommation supervisée, qui font l'objet du présent mémoire. Cette approche a démontré son efficacité dans 3 domaines : la prévention et le contrôle des épidémies d'ITSS associées à l'injection et à l'inhalation de drogues (principalement le VIH/sida et les hépatites), la diminution de la criminalité et l'amélioration des conditions de vie des personnes (Brisson et Fallu, 2008).

Le présent mémoire fera une présentation des sites de consommation supervisée en commençant par fournir une définition puis en présentant l'historique de ces structures. Ensuite, nous présenterons leur fonctionnement. Enfin, nous mettrons en évidence leur pertinence dans le contexte montréalais.

Nous souhaitons, malgré le faible délai, faire état, auprès de la commission de consultation sur l'itinérance, de la pertinence des sites de consommation supervisée dans le contexte montréalais et de l'importance de mobiliser les différents paliers à l'égard de ce sujet.

I) Définition et historique des sites de consommation supervisée (SCS)

1) Définition

Les SCS sont des salles qui sont mises en place afin de permettre la consommation sécuritaire de drogues déjà achetées dans un environnement où les personnes ne sont pas jugées pour ce qu'elles font ou consomment, sous la supervision d'un personnel formé spécifiquement à cet effet.

Ce sont des ressources hautement spécialisées qui s'intègrent dans un réseau de services de soin pour usagers de drogues. Ces structures s'intègrent dans les stratégies locales afin de satisfaire des besoins individuels et collectifs apparus en lien avec la consommation de drogues. Les SCS se distinguent des « piqueries illégales », qui sont maintenues pour le profit par des vendeurs de drogues, ainsi que des salles de consommations mises en place dans le cadre des programmes de substitution.

Le but de ces salles est de rejoindre les consommateurs de drogues les plus à risque, spécifiquement les consommateurs par injection ou inhalation et ceux qui consomment sur la voie publique. Cette population a de grands besoins sociosanitaires, qui ne sont dans la plupart des cas, pas adressés par d'autres services et qui posent des problèmes dans la communauté. En fait, ces problèmes ne sont résolus ni par les services en toxicomanie, ni par les services sociaux, ni par les forces de l'ordre. Ces problèmes sont, tout au plus résorbés temporairement et avec des coûts sociaux très élevés, ou simplement déplacés avec la répression policière. De ce fait, les situations d'itinérance liées à des problèmes de toxicomanie engendrent des scènes de consommation en public qui génèrent bon nombre d'irritants et qui placent ces personnes dans des situations qui portent atteinte à leur intégrité physique et mentale.

Les principaux objectifs des SCS sont (Hedrich, 2004) :

- De rejoindre les populations visées.
- D'améliorer la santé des utilisateurs et d'éviter la propagation des ITSS.
- De fournir un environnement sécuritaire pour la consommation de drogues par injection ou inhalation.
- De réduire la mortalité dans les groupes de population visés.

- De stabiliser et de promouvoir la santé des utilisateurs.
- D'assurer un maintien de l'ordre public (en réduisant l'usage de drogues en public, et de réduire la criminalité autour de la structure)

2) Historique des SCS

Les premières initiatives officieuses ou semi-officielles de salles où la consommation de drogues était tolérée ont été mises en place en Hollande au début des années 1970 et en Suisse au début des années 1980. En Angleterre, des salles de ce type ont vu le jour à la fin des années 1960 et au début des années 1970. Ces salles différaient de ce que l'on appelle aujourd'hui des salles de consommation supervisée, car la supervision et la distribution de matériel stérile n'étaient pas leur principal objectif.

Nous décrivons ici les différentes SCS qui ont vu le jour sous la forme que l'on connaît aujourd'hui.

a) En Suisse.

La première SCS conçue selon le modèle actuel a été ouverte en juin 1986 à Berne, puis à Bâle, Lucerne et St-Gallen.

La première salle de consommation a été officiellement tolérée en juillet 1988 après que les résultats d'un groupe d'étude, composé de juges et de parquetiers, aient été rendus publics. Une étude légale s'est ensuivie qui a conclu que la mise en place de salle de consommation supervisée ne contrevenait pas à la législation Suisse sur les drogues tant que la salle améliorait les conditions d'hygiène dans lesquelles la consommation avait lieu, qu'une supervision médicale était en place et qu'aucune vente de drogues ne s'y tenait. Suite à cette évaluation, les premières salles d'injection ont obtenu le statut d'institution médicale et ont donc été exemptes d'interventions policières.

Par la suite, une autre étude au niveau du droit public international a été conduite par l'Office de Santé Publique Fédéral Suisse. Celui-ci a conclu en janvier 2000 que les conventions internationales ne fournissent aucune indication quant au fait que les SCS visent à la réhabilitation et l'intégration sociale des toxicomanes dans le court terme et qu'elles réduisent la souffrance humaine et éliminent les motivations financières pour le trafic illicite dans le long terme. Il existe donc un vide au niveau du droit international qui permet la mise en place de

telles salles, car aucun cadre légal, au niveau international, n'oblige les États à poursuivre et punir les personnes en possession de drogues illicites dans une SCS de par son statut médico-social.

Suite à la lutte contre les scènes ouvertes de consommation de drogue, le nombre de SCS a augmenté jusqu'à atteindre 12 salles en 2003. Depuis la fin 2001, certaines salles d'injection ont été élargies aux consommateurs par inhalation.

b) En Allemagne

Les initiatives visant à mettre en place des SCS ont vu le jour au début des années 1990 à Hambourg et Francfort. Les études de faisabilité ont conclu que le fonctionnement de telles structures ne contrevient pas aux lois allemandes ni aux conventions des Nations-Unis tant que le trafic de drogues ne s'y tenait pas et que des conditions de consommation sécuritaire sont maintenues.

En décembre 1999, le parlement allemand a adopté un amendement de la loi sur les narcotiques afin de fournir un cadre légal pour les SCS qui est entré en vigueur le 1er avril 2000. En 2003, un total de 23 SCS était en fonctionnement dans 14 villes allemandes.

c) En Hollande

En 1990, une institution sociale, dans une église, à Rotterdam, a donné le droit aux consommateurs de drogues de consommer dans ses locaux, bien que ce ne soit qu'en 1994 que les salles de consommation aient été intégrées aux services fournis pour les toxicomanes. Un cadre légal a été mis en place en octobre 1996, permettant aux usagers d'être en possession de drogues dans les locaux des SCS.

Contrairement aux autres structures présentées précédemment, les SCS hollandaises n'offrent leurs services qu'à des usagers enregistrés et ciblés. En 2003, il y a avait 22 SCS dans 12 villes.

d) En Espagne

En mai 2000, une SCS a vu le jour à proximité de Madrid, dans une zone où se tiennent des marchés de drogues et des scènes de consommation en public. La mise en place des services a été rendue possible par le biais de règlements locaux de santé publique. Il s'agit

de la seule SCS à fonctionner 24 h/24 et cela tous les jours de l'année. Une SCS mobile, dans un bus, a vu le jour en 2001 à Barcelone qui a été remplacé par la suite par une salle fixe. Une troisième salle a vu le jour à Bilbao en 2003.

e) En Australie

À Sydney, en Australie, un lieu d'injection avec supervision médicale a été mis en place après de longues années de discussion à propos des problèmes de santé et d'ordre public qui se posaient en raison d'un marché important de vente de drogue à ciel ouvert et de la pertinence d'une SCS pour répondre à ce problème. La salle a commencé en tant que projet pilote soumis à une évaluation scientifique. À la fin de la période d'essai, celle-ci a été prolongée de 12 mois afin de donner le temps au parlement de prendre connaissance des résultats de l'étude. Sur la base de cette évaluation, la SCS continue à fonctionner.

f) Et au Canada

La seule salle d'injection supervisée en Amérique du Nord a été établie en 2003 à Vancouver sous le nom d'INSITE. Une exemption de l'article 56 de la *loi réglementant certaines drogues et autres substances* a été accordée à la Vancouver Coastal Health Authority. Santé Canada a fourni les fonds nécessaires au démarrage, au fonctionnement et à l'évaluation de l'initiative. Toutefois, après l'évaluation initiale, une deuxième évaluation a été requise. Santé Canada a accordé la prolongation de la période d'exemption et du financement a dû être trouvé pour poursuivre l'évaluation.

Le rapport de recherche final a été publié le 31 mars 2008. INSITE est donc en attente afin de savoir s'il deviendra un programme régulier du Vancouver Coastal Health authority.

3) Services fournis et évaluation des SCS

a) Services fournis dans les SCS

Les SCS sont implantés dans des lieux où se retrouve une concentration importante de consommateurs de drogues par injection ou inhalation ou bien là où se déroule le trafic de drogues, bien souvent dans le centre-ville de moyennes ou grandes villes.

Les services fournis dans les SCS sont similaires dans tous les pays ayant mis en place de tels programmes.

Un lieu d'accueil et d'orientation des usagers est le premier point de contact en entrant dans

ces ressources. Une salle d'attente est souvent disponible afin que les usagers en attente entrent le moins possible en contact avec ceux qui ont fini d'utiliser la ressource. Une évaluation des besoins de la personne est faite. Le premier contact est essentiel afin d'instaurer un climat de confiance avec les usagers et afin de faire passer les messages de prévention et d'information sur la consommation de drogue par injection ou inhalation. Les SCS s'intégrant dans un réseau de soin pour toxicomanes, c'est aussi à l'accueil que des références vers des structures spécialisées et des centres de soins, de thérapie ou de désintoxication peuvent être faites. Du matériel stérile d'injection ou d'inhalation est fourni à la personne avant que celle-ci accède à la salle de consommation. Il est mentionné à la personne que celle-ci doit disposer de son matériel usagé dans les boîtes prévues à cet effet dans le local de consommation ou à sa sortie.

Pour ce qui est des isolements de consommation en tant que tels, ils peuvent être de différents types ou présenter des fonctionnements différents.

En Suisse et en Allemagne, des isolements spécifiques permettant l'inhalation de drogues, telles que le crack par exemple, en plus des isolements pour l'injection ont été installés.

Dans tous les cas, les isolements sont individuels afin d'éviter la possibilité de partage du matériel. Les isolements doivent permettre au personnel médical d'encadrement de voir se dérouler la consommation afin de prévenir les cas de surdose mortelle ou des utilisations qui ne respectent pas le cadre de fonctionnement de la structure.

Comme leur nom l'indique, les salles de consommation sont soumises à une supervision. En aucun cas, les travailleurs ou toute autre personne ne peuvent assister l'utilisateur à s'injecter. Par contre, des conseils sur les techniques d'injection ou sur les zones d'injection à privilégier sont prodigués. De plus, en tant que ressources sociosanitaires, le personnel médical fournit des soins de santé de base aux usagers. Ces soins portent le plus souvent sur des infections ou des abcès cutanés. Des services de consultation, des tests de dépistage et des campagnes de vaccination peuvent aussi être faites sur site.

Une fois que la consommation a eu lieu, bien des structures, dont INSITE à Vancouver, proposent une salle de dégrisement afin d'éviter que les personnes intoxiquées se retrouvent immédiatement sur la rue.

Selon un document du CCSA-CCLAT (2005), les règles habituelles que l'on retrouve dans les SCS de par le monde sont les suivantes :

- Aucun partage de matériel d'injection.
- L'accès est généralement restreint aux utilisateurs de plus de 18 ans qui ont déjà utilisé des drogues injectables.
- Tous les utilisateurs doivent s'inscrire à l'entrée.
- Aucun trafic de drogue sur les lieux.
- Pas d'échange ou de partage de drogues.
- Accès souvent limité aux injecteurs locaux.
- Aucun alcool sur les lieux.
- Aucune violence verbale ou physique ni aucune activité illégale ne sont autorisées sur les lieux.

b) Évaluation des SCS

i) Objectifs de départs des SCS

Tous les SCS ont en général commencé à partir d'état de situation similaire.

Les objectifs de départs que l'on peut retrouver dans chacun des SCS sont les suivants :

- Accroître l'accès aux soins de santé et en toxicomanie pour des populations difficiles à rejoindre.
- Réduire la mortalité et la morbidité associée à la consommation par injection.
- Réduire la transmission des ITSS et en particulier le VIH/sida et l'Hépatite C.
- Réduire la consommation de drogues par injection ou inhalation dans les lieux publics ou semi-publics ainsi que la présence de seringues à la traîne qui y est associée.
- Réduire le trafic et la criminalité dans la zone environnant la salle de consommation.

Dans la suite de cette partie, nous tâcherons, au travers des évaluations des différentes SCS de par le monde, et en particulier au travers de l'évaluation finale d'INSITE, d'évaluer en quoi les salles de consommation supervisée parviennent à remplir ces objectifs.

ii) Accroître l'accès aux soins de santé et en toxicomanie pour des populations difficiles à rejoindre.
D'après Hedrich (2004), qui conduit une étude transversale des différentes SCS, les salles de

consommation permettent de rejoindre des personnes de plus de 30 ans qui consomment depuis longtemps et qui n'ont souvent eu aucun contact préalable pour un traitement. Ce service apparaît, selon la même source, comme particulièrement pertinent pour rejoindre des groupes de population à risque dont font partie les personnes en situation d'itinérance ou les jeunes de la rue. Les données sociodémographiques des usagers sont comparables dans tous les pays. Ainsi, le profil le plus souvent retrouvé est celui d'un consommateur de drogues par injection assez âgé, qui consomme depuis plus de 10 ans, habituellement dans la rue, est itinérant ou a recours au travail du sexe. Ces ressources facilitent donc le contact avec les consommateurs les plus désaffiliés et marginalisés.

D'après le rapport final d'évaluation d'INSITE, il semblerait que la ressource est associée à une augmentation de 30 % du recours aux services de désintoxication et à une augmentation subséquente des taux de traitement de la toxicomanie à long terme. Cela influe ensuite sur une diminution de l'utilisation de la salle de consommation. Pour augmenter l'accès aux cures de désintoxication, le Vancouver Coastal Health Authority (VCH) a décidé d'installer des lits à cet effet dans des chambres au-dessus d'INSITE.

De plus, INSITE a permis de mener des campagnes de vaccination afin d'éviter la propagation d'épidémies. Les soins de santé de base fournis sur place ont eu un impact immédiat sur la population en soignant par exemple les abcès cutanés avant que l'infection ne puisse progresser.

iii) Réduire la mortalité et la morbidité associée à la consommation par injection.

Un des objectifs des SCS est bien évidemment de réduire les cas de décès par surdose. Bien souvent, ces morts sont évitables dès lors qu'une intervention rapide est effectuée.

À titre d'exemple, INSITE est intervenu dans 336 cas de surdose sans qu'il n'y ait eu de décès. En réduisant les facteurs de risque, les risques de transmission des ITSS et les risques de surdose, les SCS réduisent la morbidité et la mortalité. Toutefois, bien que faite dans des conditions sécuritaires, le recours à la consommation de drogues par injection ou non est un risque qui peut avoir une influence sur la morbidité, la santé mentale et physique.

iv) Réduire la transmission des ITSS et en particulier le VIH/sida et l'Hépatite C

Plus la fréquentation d'une SCS augmente, moins la possibilité de partage de matériel d'injection est fréquente au sein de la population qui utilise la ressource, de fait, cela peut avoir incidence positive afin de réduire la transmission des ITSS. Toutefois, aucune donnée empirique ne permet de mettre cela en évidence. Cette tâche est d'autant plus ardue qu'il est impossible de savoir si les gens partagent du matériel d'injection en dehors de la SCS ou si la fréquentation d'une telle ressource permet de changer les modes de consommation à long terme et dans l'ensemble du milieu.

v) Réduire la consommation de drogues par injection ou inhalation dans les lieux publics ou semi-publics ainsi que la présence de seringues à la traîne qui y est associée.

Un des objectifs principaux qui permet la mise en place de SCS est la réduction des nuisances publiques associées à la consommation de drogues ainsi que la diminution du matériel de consommation laissé à la traîne.

Le fait que les utilisateurs fassent usage des SCS pour des raisons d'hygiène et de santé a été très documenté. Mais, les rapports font aussi le constat que les SCS leur permettent d'éviter de consommer dans des lieux publics ou semi-publics; des lieux qu'eux aussi considèrent comme inacceptables (Hedrich(2004)). Le rapport final d'INSITE permet aussi de faire la même constatation quant à la diminution de l'injection de drogue en public. Cette situation a une incidence directe sur les seringues à la traîne et cela très rapidement. En effet, entre 6 semaines avant et 12 semaines après l'ouverture de la ressource, une diminution des seringues à la traîne a été observée. Cette situation a été confirmée par les sondages auprès des usagers.

vi) Réduire le trafic et la criminalité dans la zone environnant la salle de consommation.

L'observation qui a été faite autour des différentes SCS en Europe (Hedrich(2004)) montre que les SCS permettent de maintenir l'ordre public et de réduire les nuisances autour de ces structures. Toutefois, les observations montrent aussi que pour que cette amélioration soit durable, il faut que la capacité des SCS soit en adéquation avec la demande, c'est-à-dire avec la taille de population qui consommait en public.

De plus, les différentes études montrent que la grande majorité (environ 63 à 93 %) des usagers de service des SCS sont des résidents locaux. Cela explique la pertinence d'installer

des SCS dans des zones où le trafic et la consommation de drogues est la plus intense. Les SCS ayant fermé leur porte l'ont souvent fait car cet objectif n'a pas été atteint.

L'évaluation d'INSITE montre que la criminalité n'a pas augmenté autour d'INSITE. Une firme privée de sécurité opérant dans le Chinatown Business Association, autour d'INSITE, a quant à elle remarqué une diminution de 19 % de la prostitution, de 32 % des vols, de 20 % des vols à l'étalage, de 66 % des agressions sexuelles, de 95 % du squeegee.

II) Pertinence dans le contexte montréalais

La consommation de drogues par injection au Québec et particulièrement à Montréal concerne quasi essentiellement l'usage de cocaïne. D'après un portrait dressé par Pascal Schneeberger (2000), 83 à 100 % des consommateurs par injection ont consommé de la cocaïne de cette façon dans les 6 derniers mois et 75 % d'entre eux précisait qu'il s'agit de la drogue la plus souvent consommée. La consommation d'héroïne est beaucoup moins répandue de par son prix et sa disponibilité limitée. Toutefois, il faut aussi rajouter que de nombreux toxicomanes s'inscrivent dans une dynamique de polyconsommation qui inclue aussi des drogues vendues sur ordonnance.

Cette information est assez importante. En effet, ce phénomène est une particularité propre au Québec et à Montréal. La consommation de cocaïne se fait par « binges » comme le souligne Schneeberger (2000). Ces périodes de consommation sans arrêt sur des périodes allant de 4 à 10 jours se déroulent jusqu'à ce que les limites physiques ou financières de la personne soient atteintes. Ce phénomène est aussi le cas des fumeurs de crack. La fréquence d'injection ou d'inhalation est très élevée allant de 5 à 30 injections quotidiennes pour des consommateurs réguliers. À titre de comparaison, un consommateur d'héroïne par injection va souvent se limiter à 4 ou 5 injections par jour.

Dans les cas étudiés précédemment, les usagers des SCS utilisaient principalement de l'héroïne ou d'autres opiacés. INSITE présente une population assez diverse puisque 51% consomme de l'héroïne, 32 % de la cocaïne. Cette particularité est à prendre en compte puisque la fréquence de consommation aura des conséquences au niveau des besoins des personnes qui fréquentent la ressource, mais aussi au niveau de l'organisation des services. Cet état de fait légitime d'autant plus le besoin au niveau des références et du counselling pour accéder à des traitements des problèmes de toxicomanie que ce soit pour des thérapies ou des cures de désintoxication.

De plus, l'incidence d'une telle consommation sur la santé est très grande. La possibilité de développer des abcès, des maladies du foie, des endocardites et parfois même des lésions cérébrales est très grande. En second lieu, il faut aussi considérer que les personnes qui s'injectent de la cocaïne sont plus à risque de développer des hépatites ou le VIH. Dans le rapport de Parent (2005), on apprend que, pour les personnes utilisatrices de drogues

injectables de Montréal, 15 % ont le VIH/sida et 60 % le virus de l'hépatite C. Nous sommes donc présentement en situation d'épidémie, puisque l'on parle d'épidémie à partir de 10 %. Les besoins au niveau de la santé et de la santé de base sont criants, une telle situation pose de réels problèmes de santé publique d'autant plus quant il s'agit de personnes désaffiliées socialement et ayant peu ou pas de contact avec le réseau public de la santé et des services sociaux. Il est donc nécessaire d'accroître l'accessibilité aux services et de développer des programmes ciblés qui s'inscrivent dans le long terme.

Pierre Lauzon (2003) a recueilli le point de vue des consommateurs quant à la mise en place éventuelle d'une salle de consommation supervisée en centre-ville de Montréal. Ces derniers semblent voir dans les SCS la possibilité de consommer ailleurs que dans les lieux publics ou semi-publics afin d'éviter le stress que cela occasionne, la crainte de l'intervention policière ou la possibilité d'être vu par des concitoyens. Une autre opinion avancée provient de la possibilité de réduire une source de « mise à l'index », en l'occurrence la présence de seringues à la traîne dans l'environnement. L'auteur de cette étude mentionne aussi la possibilité que les SCS changent le rapport à la substance et à l'injection que les personnes entretiennent, le rendant moins attractif pour certains ou moins problématique pour d'autres. On se rend compte que le point de vue des consommateurs rejoint sur certains aspects le point de vue des autres groupes de population.

Enfin, le dernier aspect, et non des moindres, qui démontre la pertinence d'une salle de consommation supervisée relève de l'ordre public et des déchets de matériel de consommation à la traîne.

Nous commencerons par le matériel de consommation de drogue injectable à la traîne. Depuis de nombreuses années, on constate une problématique de seringues à la traîne principalement dans le centre-ville de Montréal, même si celle-ci semble être en diminution. Les groupes communautaires faisant de l'échange de seringues font un travail important de sensibilisation auprès de leurs usagers, ainsi qu'en matière de ramassage des seringues par des rondes quotidiennes ainsi que des blitz de ramassage saisonniers. La ville de Montréal a équipé ses cols bleus et le personnel d'entretien des parcs de bacs de récupération et leur a fourni la formation adéquate. Les services de police sont eux aussi équipés de bacs de

récupération. La majorité des consommateurs de drogues injectables qui fréquentent les programmes d'échange de seringues se soucient aussi du phénomène, sont conscientisés face à cela, et participent aux activités de ramassage. Pourtant, il arrive toujours que des seringues ou tout autre matériel de consommation se retrouvent dans les parcs, rues ou ruelles de Montréal. Ce phénomène peut avoir de nombreuses sources : l'oubli du matériel après avoir consommé, la crainte d'un contrôle policier alors que l'on est en possession de matériel de consommation usagé (même si cela est légal), le stress occasionné par la consommation dans un espace public ou semi-public. La consommation au sein d'une SCS permettrait de réduire cette problématique. Au niveau de l'ordre public, le rapport de la firme de sécurité privée mentionné plus haut dans le cas d'INSITE a montré une diminution importante des troubles de l'ordre public qui sont les principales sources d'irritants pour les résidants et commerçants. Qui plus est, les autres expériences de SCS, sauf quelques exceptions qui n'existent plus à ce jour, montrent que ces lieux n'occasionnent pas d'augmentation du trafic de drogue ou de la prostitution dans le territoire où le projet s'inscrit et qu'il permet bien souvent de diminuer les nuisances occasionnées dans son environnement direct.

Bien des consommateurs ne font pas le choix de consommer dans la rue, la rue est à la fois leur lieu de vie, leur source de revenus et le lieu où ils consomment. Une SCS leur permettrait de consommer dans un espace sécuritaire, dans des conditions d'hygiène optimale tout en préservant la communauté de cet irritant.

Conclusion

Dans le cadre de cette consultation, il nous semblait important de mentionner les besoins des personnes qui consomment des drogues par injection ou inhalation dans la rue à Montréal. Une des réponses à ce besoin peut être la mise en place de salles de consommation supervisée.

Comme vous avez pu le lire dans le présent mémoire, ces salles permettent de répondre à un besoin réel de ces populations. Les expériences dans les autres pays montrent que ces structures fonctionnent à long terme, certaines sont en place depuis plus de 20 ans. Elles sont dans la quasi-totalité des cas implantés dans des lieux où se déroulait une grande partie du trafic et de la consommation de drogues sur l'espace public.

Elles répondent donc à un double voire triple objectif. En effet, elles ont avant tout un impact direct sur les conditions de vie des personnes qui les fréquentent. Elles permettent de répondre aux besoins de traitement en toxicomanie de personnes difficilement rejointes et d'améliorer la santé de base de celles-ci. Ces lieux peuvent sauver des vies et permettre à certains de cheminer vers autre chose que le milieu de la consommation.

De plus, elles réussissent à réduire les irritants pour la population vivant dans ces quartiers en diminuant les troubles de l'ordre public et les problématiques de seringues à la traîne.

Enfin, elles permettent de réduire les coûts sociaux associés à la consommation de drogue en évitant la propagation des ITSS, en évitant la judiciarisation de certaines personnes, en réduisant le besoin en présence policière.

Vous comprendrez bien évidemment qu'avant qu'un tel projet soit concevable à Montréal, il faudra attendre une décision de Santé Canada en ce qui a trait au projet INSITE. Un projet de ce type a besoin d'être adapté au contexte dans lequel il s'intègre que ce soit au niveau des modes de consommations ou des besoins. Ces facteurs nécessitent des modes d'organisation différents ainsi qu'une approche adaptée. La concertation entre les différents acteurs sociaux du territoire est aussi un facteur clé du succès de l'implantation de ressources de ce type.

De plus, les salles de consommation supervisée ne répondent aux besoins que d'une partie minoritaire (mais plus visible) des personnes en situation d'itinérance. De plus, les études montrent que les problèmes de toxicomanie se développent principalement dans un contexte

de grande précarité sociale et de pauvreté. Il s'agit donc aussi de répondre aux besoins essentiels de base des personnes soit l'accès à un logement décent et abordable, à un revenu stable et décent et à des soins de santé.

Références bibliographiques :

- Brisson P, Fallu JS (2008) Réduction des méfaits, science et politique : d'hier à demain, L'intervenant # 24, p 9-15
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2005) FAQ sur les centres d'injections supervisés (CIS), CCSA-CCLAT
- Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés (2008), *Rapport final du Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés*; Santé Canada
- Fournier L, Mercier C (1996) Sans domicile fixe : au-delà du stéréotype, Montréal, Méridien.
- Hedrich D. (2004), *European report on drug consumption rooms*; European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- Laberge D (1997) Comprendre l'itinérance, Recherche sociale, 3, 4, 7-9.
- Lauzon P. et Carrier N. (2ème semestre 2003), *Se shooter en présence d'intervenants!?, Les points de vue des consommateurs sur la mise en place éventuelle de lieux d'injection de drogues illicites à Montréal*, Drogues, santé et société
- Parent R, Alary M, Morissette C, Roy E (septembre 2005). *Surveillance des maladies infectieuses parmi les utilisateurs de drogue par injection*, Direction de la santé publique de Montréal
- Pearshouse R. et Elliot R. (2007). *Une Main secourable : questions juridiques entourant l'assistance à l'injection dans les lieux supervisés pour l'injection*. Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida
- Schneeberger P (mai 2000) Portrait des consommateurs de cocaïne contemporains au Québec, Comité permanent de lutte à la toxicomanie
- Vincent M., Veilleux P.C., David H. (2003), *Mesures préventives auprès des cocaïnomanes désaffiliés*. Santé Mentale au Québec
- Zobel F. et Dubois-Arber F. (2004), *Brève expertise sur le rôle et l'utilité des structures avec local de consommation dans la réduction des problèmes liés à la drogue en Suisse*; Institut universitaire de médecine sociale et préventive

