

SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE

MISE EN ŒUVRE ET IMPACTS



SEPTEMBRE 2018

20.17 04

ISBN 978 27371 2084 8



www.iou-idf.fr

IAU

INSTITUT
D'AMÉNAGEMENT
ET D'URBANISME

* île de France

Salles de consommation à moindre risque

Mise en œuvre et impacts

septembre 2018

IAU île-de-France

15, rue Falguière 75740 Paris cedex 15
Tél. : + 33 (1) 77 49 77 49 - Fax : + 33 (1) 77 49 76 02
<http://www.iau-idf.fr>

Directeur général : Fouad AWADA

Mission Prévention Sécurité : Sylvie SCHERER, directrice

Avec la collaboration de Isabelle GREMY, directrice de l'Observatoire régional de la Santé
Cartographie réalisée par Hélène HEURTEL, statisticienne

N° d'ordonnancement : 20.17.04

Crédit photo de couverture : Sylvie Scherer/IAU Îdf

Sommaire

1. Contexte	5
1.1 Quelques données à l'international	5
1.1.1 Un cadre législatif partagé du contrôle des drogues.....	5
1.1.2 Faire face aux enjeux de santé publique	6
1.1.3 La naissance de la réduction des risques	7
1.2 En Europe.....	8
1.2.1 Le cadre.....	8
1.2.2 L'état des lieux	9
1.2.3 Les outils de réduction des risques.....	11
1.3 En France	14
1.3.1 La loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970	14
1.3.2 Mise en œuvre de la politique de réduction des risques.....	15
1.3.3 Situation sanitaire	17
2. Salles de consommation à moindre risque (SCMR)	19
2.1 Des premières expérimentations aux implantations actuelles	20
2.2 Exemples.....	22
2.2.1 Quai 9 - Genève - Suisse	22
2.2.2 Insite – Vancouver - Canada.....	24
2.2.3 Abrigado- Luxembourg- Luxembourg	25
2.2.4 Barcelone- Catalogne- Espagne	27
2.3 Expérimentations - France	29
2.3.1- La pertinence du site parisien	30
2.3.2 Modalités de mise en œuvre	32
2.3.3 Strasbourg	34
2.3.4 Évaluations	35
3. Quels impacts pour les SCMR ?.....	37
3.1 Impacts sanitaires	38
3.1.1 Accessibilité et profil des usagers	38
3.1.2 Réduction de la mortalité et de la morbidité.....	40
3.2 Les impacts financiers.....	42
3.3 Nuisances et acceptabilité sociale	44
3.3.1 Nuisances dans l'espace public	44
3.3.2 Acceptabilité sociale.....	45
Perspectives	49
Annexe 1 : Définitions et acronymes	51
Annexe 2 : Déclaration de Vienne	53
Annexe 3 : Données 2015 de l'OEDT.....	55
Annexe 4 : Évaluation de Quai 9-Genève	58

Annexe 5 : Barcelone	62
Annexe 6 : Loi 2016-41 du 26/01/2016	66
Annexe 7 : Observations de terrain	67
Annexe 8 : Carte des automates à Paris	68
Annexe 9 : Plaquette de présentation	69
Bibliographie	70

Dans le cadre du programme d'études mutualisé, la Mission Prévention Sécurité a été sollicitée sur un sujet à la jonction de problématiques tant sanitaires que de gestion de l'espace public : les salles de consommation à moindre risque.

La politique internationale de contrôle de la drogue trouve ses racines à la fin du XIX^e siècle pour s'installer entre les deux guerres mondiales et s'imposer au début des années 1960. Cette construction s'accompagne d'actes réglementaires qui ont des conséquences sanitaires. Le cocktail néfaste de l'épidémie de VIH, de l'augmentation des morts par overdoses, de l'accroissement de la consommation de drogue dans l'espace public en regard de la réussite très relative des cures de sevrage fait émerger des réflexions alternatives à la criminalisation de la consommation de drogue par la population des injecteurs d'héroïne. Une troisième voie va naître entre prohibition et abstinence dans les années 1980 et s'imposer plus ou moins rapidement dans la plupart des pays. Ce sont les politiques publiques de réduction des risques qui vont être élaborées empiriquement.

La réduction des risques (RDR) « vise à encourager l'usager à adopter autant que possible des comportements moins nocifs pour sa santé. Elle prend en compte les contextes dans lesquels les substances sont consommées (isolément ou en groupe, en milieu festif ou dans la rue...) et les profils des consommateurs. [...] La RDR se conçoit comme une « palette » d'outils pouvant être adaptés au gré des besoins de la personne qui consomme des produits psychoactifs »¹. C'est dans l'élaboration des différents instruments destinés non seulement à limiter l'impact sanitaire de la consommation pour les usagers de drogue injecteurs (UDI) mais aussi à réduire les excès sur la voie publique que les centres d'injection supervisés ou salles de consommation à moindre risque ont vu le jour.

Dans la littérature scientifique de langue anglaise, la plus abondante, on trouve la dénomination de *supervised injection center* (centre d'injection supervisé, soit CIS). Cette appellation qualifie la structure ainsi désignée comme bénéficiant d'un accompagnement par des professionnels de santé ainsi que de procédures contraintes en matière d'hygiène, c'est pourquoi de façon plus anecdotique on trouve aussi l'appellation de « centre d'injection médicalement supervisé ». Si ces salles accueillent en priorité des injecteurs, ces derniers peuvent être des polyconsommateurs, on a alors des aménagements d'espaces dédiés à l'inhalation ou au sniff. La dénomination du lieu peut alors devenir *drug consumption room* (salle de consommation de drogue). Et plus récemment, notamment dans les publications francophones, ces équipements sont qualifiés de « salle de consommation à moindre risque » (SCMR).

L'objectif de ce premier document est de :

- retracer l'historique de la mise en place des SCMR dans la perspective des politiques publiques concernant le contrôle des drogues et la réduction des risques,
- présenter quelques exemples de SCMR réalisées à l'étranger et leurs évaluations quand elles existent,
- rappeler l'historique des expérimentations françaises, décrire la mise en place du site parisien et les modalités de sa mise en œuvre,
- tirer les enseignements des évaluations réalisées à ce jour sur la pertinence des SCMR et sur leurs perspectives.

¹ Extrait de la présentation de la réduction des risques par la Mildeca (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives)

1. Contexte

1.1 Quelques données à l'international

Le sujet traité dans ce rapport est à la croisée de deux politiques publiques que l'on retrouve dans la plupart des États démocratiques. La première vise le contrôle des drogues, la seconde la santé publique par la réduction des risques.

1.1.1 Un cadre législatif partagé du contrôle des drogues

Henri Bergeron, dans *Sociologie de la drogue*², fait un lien entre la reconnaissance de la consommation de drogue reconnue comme problème social et la tentative de prise en charge médicale de l'addiction à partir de la fin du XIX^e siècle.

Le premier traité mondial concernant le contrôle des drogues (contrôle et surveillance de la production et de la vente de l'opium, de la morphine, de l'héroïne et de la cocaïne) fut signé le 23 janvier 1912 à La Haye. Si c'est un souci de santé publique qui est affiché pour légitimer ce traité, il est aujourd'hui admis que des intérêts commerciaux et plus particulièrement pharmaceutiques³ ont motivé cet accord⁴. C'est la Société des Nations qui, en 1919, le mettra en œuvre. Une convention mondiale révisée de l'opium, élaborée en février 1925, entrera en application en septembre 1928. Elle a depuis été remplacée par la convention unique sur les stupéfiants de 1961. Cette convention vise à réglementer l'importation, la vente, la distribution et l'exportation de la morphine, la cocaïne et leurs sels respectifs, mais aussi la fabrication de stupéfiants. Dans ce cadre, les pays signataires ont adapté leur législation afin de s'y conformer. Depuis, plusieurs autres traités internationaux ont renforcé les contraintes réglementaires : sur les substances psychotropes en 1971 et contre le trafic illicite des stupéfiants et des psychotropes en 1988. Ce dernier accord va notamment inciter les États à inscrire dans leur législation la répression de l'usage privé des drogues.

C'est donc la prohibition, conjuguée à la criminalisation des consommateurs, qui domine les politiques publiques à partir des années 1970, quand la part de la population des jeunes gens qui s'adonnent aux produits psychotropes s'accroît considérablement dans les pays occidentaux. Outre les problématiques de santé, la guerre contre la drogue masque aussi d'autres motivations telles que le contrôle de population⁵ – constatation que l'on trouve aussi dans la déclaration de Vienne, la même année⁶.

De la fusion en 1997 entre le Programme des Nations unies pour le contrôle des drogues et le Centre pour la prévention internationale du crime naît l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (UNODC : *United Nations Office on Drugs and Crime*) qui apporte une expertise et une assistance spécialisées aux États, notamment pour s'acquitter de leurs obligations au titre des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, mais aussi en matière de lutte contre le terrorisme et la criminalité.

Sur la base d'un constat mitigé de l'éradication du commerce et de la consommation par la répression, ont été créés des organismes de dimension internationale qui proposent une approche différente, comme celle de la commission mondiale pour la politique des drogues⁷ qui se veut indépendante et est composée d'acteurs d'influence issus de milieux très divers⁸. Dès son premier rapport en juin 2011⁹, le constat était introduit de la manière suivante : « La guerre contre les drogues a échoué. Avec des conséquences dévastatrices pour les hommes et pour les sociétés du monde entier. ».

² Bergeron H., *Sociologie de la drogue*, Paris, La Découverte, coll. repères, 2009.

³ Développement des opiacés de synthèse à usage médical.

⁴ Maguet O., Dumand D., « Histoire de la constitution d'une norme antidroque internationale », *Multitudes*, vol. 1, n° 44, pp. 60-63, 2011.

⁵ Alexander M., *La couleur de la justice : incarcération de masse et nouvelle ségrégation raciale aux États-Unis*, Paris, Syllepse, 2017, 364 p.

⁶ Cf. page 6 et Annexe 3.

⁷ <https://www.globalcommissionondrugs.org/>

⁸ Parmi lesquels on trouve Kofi Annan, Richard Branson, George Schultz, Mario Vargas Llosa, Javier Solana, Nick Clegg ainsi que d'anciens présidents de la Colombie, du Mexique, du Chili, du Brésil, du Nigéria, de la Grèce, de la Pologne, du Portugal et de la Suisse.

⁹ http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=66917&seule=1

Le Consortium international sur les politiques des drogues (IDPC : *International Drug Policy Consortium*) se situe également dans cette approche. Il se définit comme un réseau mondial de 173 ONG et de réseaux de professionnels spécialisés dans les questions relatives à la production, au trafic et à la consommation de drogues. L'IDPC promeut un débat ouvert et objectif sur l'efficacité, la direction et le contenu des politiques nationales et internationales relatives à la drogue, et soutient des politiques fondées sur des preuves scientifiques avérées et cherchant à réduire les dommages liés à la drogue. On retrouve ses membres parmi les structures de conseils, d'accompagnement des SCMR et ils interviennent dans les débats publics locaux.

Si la critique de la criminalisation des consommateurs existe au niveau supranational, elle vient aussi de praticiens de terrain. En effet, c'est elle que des travailleurs sociaux et des éducateurs de rue ont identifiée comme responsable des conditions sociales précaires et sanitaires déplorables des consommateurs¹⁰. Pour une partie de ces travailleurs sociaux, casser les mécanismes de stigmatisation et de marginalisation consiste d'abord à rechercher une stabilisation de la situation sociale et sanitaire des consommateurs avant d'envisager un sevrage. Si cette position existe dès les années 1980, elle reste très minoritaire, tandis que le nombre de consommateurs continue à augmenter dans les grands centres urbains où les interventions de la police conduisent à des déplacements des consommateurs, renforçant leur précarité sanitaire et sociale. Dans le même temps, le taux de réussite des traitements de l'abstinence stagne entre 25 % et 30 %¹¹.

Si la consommation et la détention de drogues restent criminalisées dans de nombreux États, on peut noter une évolution récente : il semble que l'introduction dans les législations nationales de possibilité de dépénaliser la consommation et la possession de drogues pour un usage personnel ne soit pas contradictoire avec les conventions internationales de contrôle des drogues. C'est ce qui apparaît notamment lors de l'assemblée extraordinaire de l'ONU d'avril 2016, qui recommande, en la matière, une politique équilibrée dont la priorité est la santé dans le respect des droits humains¹².

1.1.2 Faire face aux enjeux de santé publique

S'il est vraisemblable qu'un virus très proche ait été préexistant sans pandémie¹³, c'est en 1980 qu'est signalé un taux anormalement important de maladies rares au sein de la communauté homosexuelle aux États-Unis. Ces maladies sont souvent des affections pulmonaires graves et se caractérisent par une importante défaillance de l'immunité naturelle (virus de l'immunodéficience humaine, soit VIH). Fin 1981, les données épidémiologiques croisées et recoupées vont déterminer que le sida (syndrome d'immunodéficience acquise) est une maladie infectieuse transmissible par voies sexuelles et sanguines. C'est dans le courant de cette même année que des cas semblables vont être signalés chez des usagers injecteurs de drogue¹⁴. Dans son histoire du VIH publié en 1989, et plus précisément dans le chapitre concernant les conditions biologiques et sociales de la pandémie, M. D. Grmek liste les facteurs qui ont favorisé le développement fulgurant du VIH chez les héroïnomanes et autres drogués par injections, en précisant que la prostitution de cette population serait une des voies de transmission de la population hétérosexuelle à la population générale. Il situe la flambée du VIH dans les milieux toxicomanes à 1982 en Amérique et à 1984 en Europe. Il indique que, dans les années 1980, « Plus de la moitié des héroïnomanes américains, français et italiens sont aujourd'hui séropositifs (plus de 70 % à New York, à Paris ou à Nice). Leur nombre double tous les six mois, c'est-à-dire beaucoup plus rapidement que celui de la population générale ».

Des malades vont être signalés dans de nombreux pays et, en 1985, se réunit la première conférence internationale sur le sida à Atlanta, qui sera suivie de bien d'autres, mais c'est à Genève qu'une stratégie globale de lutte contre le VIH va être élaborée au sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le premier débat à ce sujet sera inscrit à l'ordre du jour de l'assemblée générale de l'ONU l'année suivante.

¹⁰ Kübler D., *Politique de la drogue dans les villes suisses : entre ordre et santé, Analyse des conflits de la mise en œuvre*, Paris, L'Harmattan, 2000, 311 p.

¹¹ Ibid.

¹² Session extraordinaire de l'assemblée générale des Nations unies sur le problème mondiale de la drogue, 19-21 avril 2016 à New York, États-Unis d'Amérique.

¹³ Grmek Mirko D., *Histoire du Sida, Début et origine d'une pandémie actuelle*, Paris, Payot, coll. « Médecine et société », 1989, 392 p.

¹⁴ Grmek M., *Ibid.*, p. 260 et suivantes

L'Onusida, créé en 1996 sous mandat de l'assemblée générale des Nations unies, travaille avec tous les pays pour recueillir et analyser les données sur l'épidémiologie du VIH, la portée des programmes et les financements.

En 2002, la première cause de mortalité des 15-59 ans dans le monde est le VIH. Depuis la découverte des premiers cas de VIH, ce serait 78 millions de personnes qui auraient été infectées et 35 millions seraient décédées de maladies liées au VIH.

En 2016, 36,7 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde (dont 53 % sous traitement antirétroviral) ; 1,8 million de personnes ont été contaminées au cours de l'année (en diminution depuis 2010 : - 11 % chez les adultes et - 47 % chez les enfants) et les décès liés au VIH représentent 1 million d'individus (en diminution depuis 2005 : - 48 %) ¹⁵.

La mortalité accrue des injecteurs par rapport à la population générale du même âge est due, dans l'ordre d'importance, aux overdoses, au VIH, aux maladies infectieuses ¹⁶ et au suicide. Il apparaît par ailleurs que l'usage des drogues injectées et/ou sniffées est la cause principale de la contamination par l'hépatite C (VHC), mais aussi de l'hépatite B (VHB). Ainsi en France : « L'usage de drogues peut entraîner des maladies infectieuses (sida, hépatites, infections bactériennes) en lien avec les voies d'administration des substances, principalement l'injection, et des troubles induits par la substance elle-même (troubles du comportement ou surdoses). En 2011, 340 décès par surdose ont été dénombrés. Avec 60 décès par sida en 2012 parmi les usagers de drogues par voie injectable, la baisse initiée au milieu des années 1990 se poursuit lentement. La prévalence de la séropositivité au VIH décroît chez les usagers de drogues, tout comme les nouveaux cas de sida (88 en 2012, contre 1 319 en 1995). La prévalence de la séropositivité au virus de l'hépatite C (VHC) semble diminuer depuis 1999, mais reste beaucoup plus élevée que celle du VIH. » ¹⁷

1.1.3 La naissance de la réduction des risques

Si l'objectif de l'abstinence n'est pas abandonné, la conjugaison de la propagation du VIH, de la hausse des décès par overdoses, de l'augmentation de l'usage de la drogue dans l'espace public et du taux d'échec des traitements abstinents (soit par abandon, soit par récurrence des usagers) fait apparaître le besoin de réponses alternatives à la criminalisation de la consommation de drogue.

Le taux de séropositivité chez les consommateurs est à l'origine d'un travail de prévention pour empêcher l'explosion de l'épidémie. Dès l'identification des modalités de transmission du virus, des acteurs aussi différents que les médecins, les associations d'usagers... se constituent en réseau et vont « remettre en cause la hiérarchie des objectifs des politiques sanitaires. S'il est louable de vouloir traiter les causes de la toxicomanie et de prévenir les usages, il est urgent, argumentent-ils, en ces temps de menace planétaire pour la santé publique, de traiter les conséquences des usages et de prévenir les risques qui y sont associés ¹⁸ ». La politique de réduction des risques va être ébauchée en 1987 en combinant un accès plus aisé des injecteurs de drogue à trois outils : les seringues stériles, les traitements de substitution et la responsabilisation individuelle et collective ¹⁹. En 1998, les principes de la réduction des dommages vont être synthétisés en cinq objectifs : éviter l'aggravation des dommages causés par les abus de drogue, traiter les usagers de drogue comme des individus à part entière, optimiser les possibilités d'intervention, donner la priorité à des objectifs réalisables, garder une neutralité concernant la législation et la décriminalisation ²⁰. Ces thématiques vont être renforcées par les propositions d'actions — dans le cadre de la lutte contre le VIH et le VHC chez les usagers injecteurs — prônées par l'Organisation mondiale de la santé, qui consistent en :

- développer l'information, l'éducation et la communication sur les risques et les moyens de s'en prémunir ;
- rendre accessible les soins de santé et les services sociaux ;
- mettre en œuvre des interventions de proximité pour créer le contact avec les usagers hors système de soins ;

¹⁵ In : <http://www.unaids.org/fr>

¹⁶ Maladies infectieuses comme l'infection des tissus mous (abcès, cellulite), endocardite, infections virales (bronchites, rhumes, ...), pathologie de l'appareil locomoteur (douleur, fractures), des problèmes cutanéomuqueux (mycoses, plaies, ulcères cutanés) ainsi que des pathologies digestives.

¹⁷ OFDT Observatoire français des drogues et toxicomanies

¹⁸ Bergeron H., Ibid

¹⁹ Coppel A., « De la guerre à la drogue à la réduction des risques. Nouvelles régulations de la politique des drogues », *Après-demain*, 2017, Vol. 4, n° 44, pp. 41-43.

²⁰ Lenton S., Single E., « The definition of harm reduction », *Drug Alcohol Rev.*, Juin 1998, pp. 213-219.

- permettre l'accès à du matériel stérile d'injection ;
- rendre disponible les traitements de substitutions pour les dépendants aux opioïdes.

Pour atteindre la population ciblée, il faut non seulement mettre à disposition du matériel d'injection stérile, mais le faire à proximité des lieux de vie des consommateurs et ce de façon anonyme. C'est la naissance des actions dites « à bas seuil ». Reste que l'Organisme international de contrôle des drogues (OICS, *International Narcotics Control System*) a rappelé par deux fois, en 1999 et en 2007, dans son rapport annuel que mettre en place des lieux qui permettent l'injection facilite l'abus de drogue, donc le trafic, et que ce fait contrevient aux textes internationaux.

C'est la raison pour laquelle, poussant la logique de la réduction des risques encore plus loin, la 18^e conférence internationale sur le sida à Vienne, en Autriche adoptera en juillet 2010 une résolution proposée par des chercheurs internationaux, dirigés par le Canadien Evan Wood, exigeant une réorientation des politiques de criminalisation des usagers de drogues, ces dernières participant à alimenter l'épidémie de VIH (cf. Annexe 2).

1.2 En Europe

1.2.1 Le cadre

La stratégie antidrogue de l'Union européenne est un subtil équilibre entre les traités internationaux et les politiques nationales en matière de santé publique et d'ordre public. Ce sont des plans pluriannuels qui sont fondés sur les « connaissances spécifiques de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) et de celles acquises par Europol [...] »²¹, deux agences européennes spécialisées.

- L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT/EMCDDA *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*), créé en 1993, est basé à Lisbonne. Les 28 États de l'Union européenne ainsi que la Turquie et la Norvège en sont membres. Ses missions sont plurielles : surveillance des tendances, suivi des solutions à apporter, propagation et partage des bonnes pratiques, évaluation des nouvelles substances et gestion des alertes liées à ces dernières, élaboration d'outils pour les États membres afin de leur donner la possibilité de suivre et d'évaluer leur politique nationale. Chaque année, il produit un rapport qui examine le marché des drogues illicites (offres et demandes), les prévalences de consommation, les tendances et les réponses apportées par chaque pays. Il produit des travaux de synthèse concernant les SCMR, qu'il remet à jour régulièrement.
- Europol (*European Police Office*) a pour objectif de faciliter l'échange de renseignements entre polices nationales en matière de stupéfiants, de terrorisme, de criminalité internationale et de pédophilie au sein de l'Union européenne. Cette agence communautaire créée en 1999 est basée à La Haye.

La remise en cause de l'abstinence comme pilier central des politiques de lutte contre la toxicomanie va favoriser l'adoption, le 18 juin 2003, à l'unanimité du conseil de l'Union européenne, d'une recommandation relative à la prévention et à la réduction des dommages pour la santé liés à la toxicomanie. Son objectif est d'inciter « les États membres à faire de la prévention de la toxicomanie et de la réduction des risques annexes un objectif de santé publique. Elle prévoit également diverses interventions afin de diminuer de façon significative la fréquence des effets nocifs de la drogue sur la santé (VIH, hépatite B et C, tuberculose, etc.) et le nombre de décès liés à la drogue. »²²

Si la Suisse n'est pas membre de l'OEDT, elle est souvent citée en référence dans la mise en œuvre de la prévention des risques. C'est pourquoi il semble nécessaire de préciser ici que sa législation est dans la lignée de celles des autres pays européens (lutte contre l'abus de drogues et réglementation de l'utilisation des substances psychotropes). Datant de 1952, elle a été révisée partiellement en 2008 pour préciser ce qui la fonde : la prévention, la thérapie, la réduction des risques et la répression.

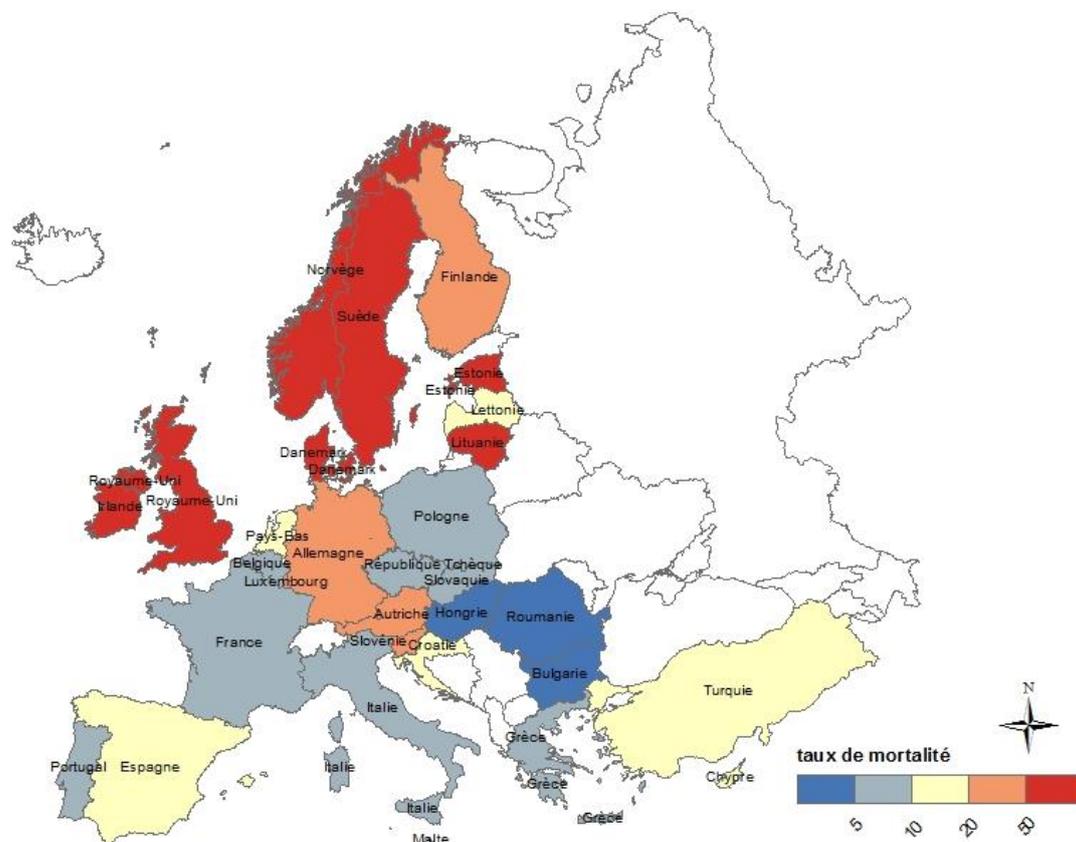
²¹ www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_2006_FR_cordrogue64fr.pdf

²² <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003H0488&from=FR>

1.2.2 L'état des lieux

Dans le rapport 2017²³ de l'OEDT, on trouve un état de la consommation des drogues illicites en Europe en 2015 : « Plus de 93 millions d'adultes, soit un peu plus d'un quart des personnes âgées de 15 à 64 ans dans l'Union européenne, auraient déjà consommé des drogues illicites au cours de leur vie. Les hommes sont plus nombreux à déclarer cette consommation (56,8 millions) que les femmes (36,8 millions). La drogue la plus expérimentée est le cannabis (53,8 millions d'hommes et 34,1 millions de femmes) ; des estimations beaucoup plus faibles étant rapportées pour l'usage au cours de la vie de cocaïne (12,2 millions d'hommes et 5,3 millions de femmes), de MDMA/ecstasy (9,3 millions d'hommes et 4,7 millions de femmes) et d'amphétamines (8,4 millions d'hommes et 4,2 millions de femmes). Les niveaux d'usage de cannabis au cours de la vie diffèrent considérablement d'un pays à l'autre, allant de huit adultes sur vingt environ en France à moins d'un sur vingt à Malte et en Roumanie. La consommation de drogues au cours de l'année écoulée constitue un indicateur de l'usage de drogues récent : elle est majoritairement le fait de jeunes adultes. Selon les estimations, 18,7 millions de jeunes adultes (de 15 à 34 ans) auraient consommé des drogues au cours de l'année écoulée, les hommes étant deux fois plus nombreux que les femmes. »

Mortalité liée à la drogue en 2015



Sources : Rapports 2017 par pays publiés par OEDT

Les rapports 2017, publiés par l'OEDT, donnent des éléments tendanciels sur les données :

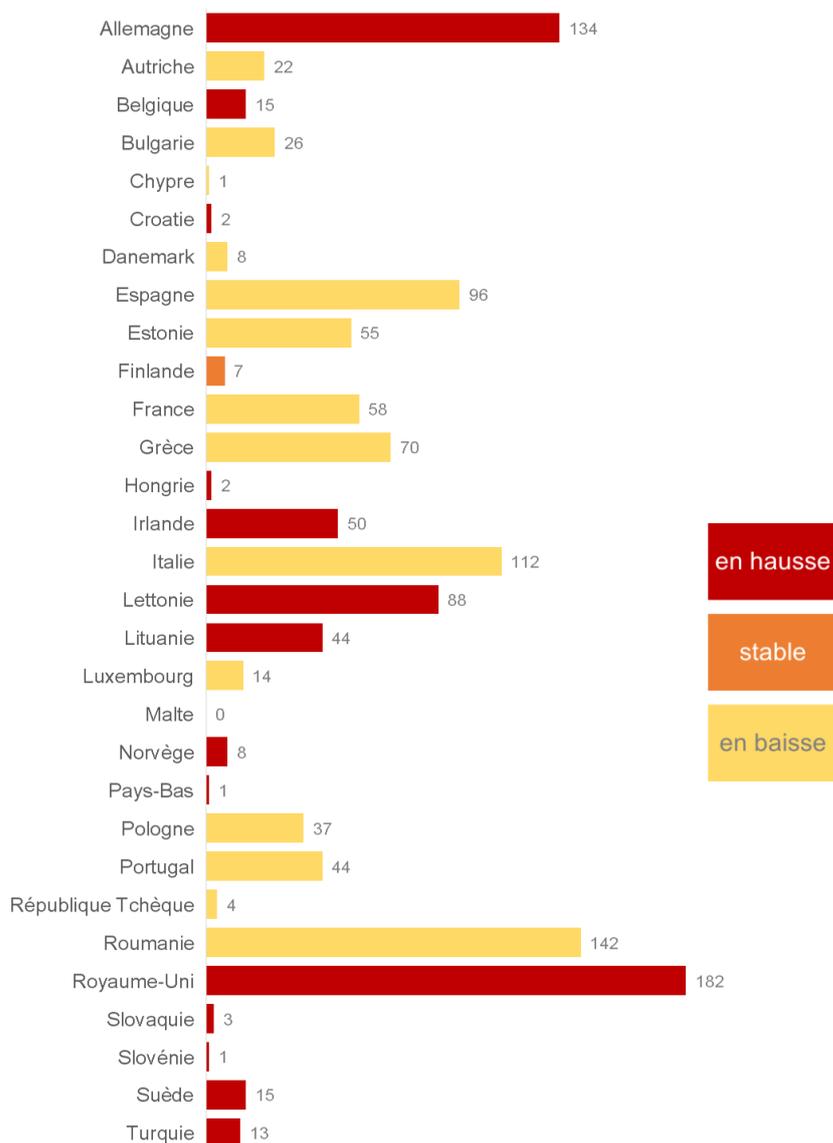
- Chez les usagers, l'injection reste le vecteur principal de transmission du virus de l'hépatite C (VHC) et, dans certains pays (Lituanie, Lettonie, Luxembourg et Estonie), celle du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).
- Ce sont 1 233 nouveaux cas²⁴ de VIH liés à l'injection qui ont été dépistés. Cependant, ces découvertes de personnes atteintes du VIH sont en diminution chez les usagers par injection dans la plupart des pays européens (- 41 % entre 2007 et 2015), notamment en France.

²³ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2017>

²⁴ Ici, nouveaux cas signifie identification de la maladie

- Si des données sont disponibles sur la contamination par le VHC, elles sont très incomplètes pour en extraire un tendancier exact. En effet, elles n'existent pas dans chacun des pays membres et les échelles auxquelles les enquêtes ont été réalisées sont variables (cf. Annexe 4). Dès 1997, l'OMS reconnaissait l'usage de drogues injectées et/ou sniffées comme étant la cause principale de la contamination par le VHC dans les pays développés. Constat que l'on retrouve dans l'expertise collective de l'Inserm qui évoque « [...] une étude sur des cas de VHC de pays européens diagnostiqués au cours de la période 2003-2006, [dont] la part de l'injection comme mode vraisemblable de contamination se situait entre 74 et 100 % »²⁵.

Diagnostiques VIH attribués à l'injection en 2015



Sources : Rapports 2017 par pays publiés par OEDT

Selon le bulletin n° 43 du 23 octobre 2017 de l'OFSP (Office fédéral de santé publique – Suisse), il y a eu 92 nouveaux cas de VIH en 2015, dont trois liés à une consommation par injection de drogue. En 2016, ce sont 542 nouveaux cas de VIH qui ont été identifiés dont 2,6 % seraient liés à cet usage. Par ailleurs, l'OFSP publie les données par année de contamination par le VHC. Le chiffre est relativement stable depuis 2006. En 2016, 43 cas ont été déclarés et 40 en 2017. La majorité des nouvelles infections diagnostiquées est due à la consommation de drogue par voie intraveineuse.

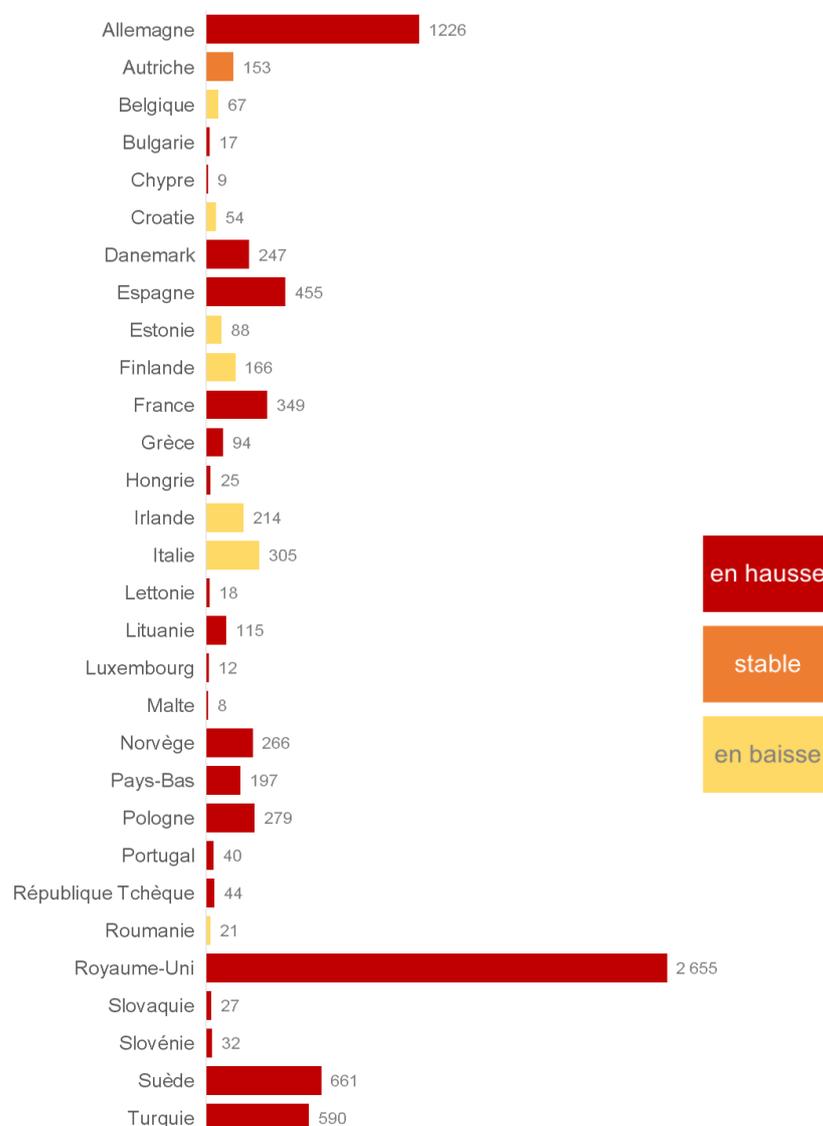
²⁵ Inserm, *Réduction des risques chez les usagers de drogues, Synthèse et recommandations*, expertise collective, 2010, 62 p.

1.2.3 Les outils de réduction des risques

Il apparaît que sur les trente États collaborant à l'OEDT, 18 pays travaillent sur des stratégies basées uniquement sur les drogues illicites, tandis que 12 ont des stratégies qui englobent d'autres substances et conduites addictives (dont l'alcool, le tabac, les produits dopants, les jeux d'argent, etc.). La plupart des pays ont mis en œuvre des politiques de prévention modulables selon le public et sa vulnérabilité. Tout d'abord, on trouve des actions spécifiques en direction des plus jeunes, afin de prévenir ou de retarder une consommation régulière. Le second groupe d'actions concerne le traitement des personnes dont la consommation est problématique.

Le point très préoccupant souligné dans le rapport 2017 est l'augmentation de 6 %, entre 2014 et 2015, des overdoses mortelles mettant en cause au moins un produit illicite. Le nombre de décès serait d'au moins 8 441 (avec la Norvège et la Turquie) et toutes les tranches d'âge sont concernées par cette aggravation (sauf les 20-24 ans qui restent stables).

Overdoses mortelles en 2014



Sources : Rapports 2017 par pays publiés par OEDT

L'autre axe de prévention des risques est celui de la substitution, notamment par l'utilisation de la méthadone, de la buprémorphine et la diacétylmorphine (forme pharmaceutique de l'héroïne). La méthadone est le produit administré dans presque deux tiers des cas dans l'Union européenne, tandis que la buprénorphine haut dosage est donnée à un peu plus d'un tiers des patients (2 % des cas correspondent à d'autres produits). Toutefois, en France, les proportions sont inversées : la buprémorphine haut dosage est utilisée en cas de traitement de substitution pour deux tiers des patients, le tiers restant bénéficiant d'un traitement de substitution par méthadone. La diacétylmorphine est proposée aux personnes dépendantes aux opioïdes pour lesquelles les autres traitements ont échoué, en Allemagne, au Danemark, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Suisse (la diacétylmorphine n'est pas disponible en France). Un article, publié en 2010 dans *La revue médicale de Liège*, fondé sur six études distinctes menées dans des pays différents, a conclu que la diacétylmorphine avait de meilleurs résultats auprès des consommateurs de rue, tant du point de vue de la santé (physique et mentale) que du comportement délinquant. La restriction de cet usage tient à son coût élevé. Ce point particulier est nuancé dans une étude de 2012³¹ qui avance que, en raison du taux moins élevé de rechute (comparativement au traitement à la méthadone), le traitement à l'héroïne pharmaceutique coûterait moins cher à la société, notamment par la réduction de la criminalité. Les chercheurs estiment que le traitement à vie d'une personne dépendante à l'héroïne coûte 1,14 million de dollars avec la méthadone contre 1,10 million de dollars avec la diacétylmorphine³².

Des trente pays analysés par l'OEDT, un seul pays, la Turquie, n'a pas d'action spécifique en matière de réduction des risques, tandis que l'Allemagne et le Danemark proposent la gamme complète de réponses qui y participent. Cet éventail combine, outre les salles de consommation à moindre risque, des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles, le traitement à domicile par naloxone et le traitement à l'héroïne. Les traitements de substitution sont très usités pour les addictions aux opiacés. Ils concerneraient 650 000 consommateurs dans les trente États.

1.3 En France

1.3.1 La loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970³³

La consommation de drogues est un phénomène nouveau dans la France de la fin des années 1960, car si le pays est une plaque tournante du trafic international (*French connection*), le champ des addictions est très largement dominé par le tabac et l'alcool, qui sont banalisés dans leur consommation³⁴.

Deux textes sont élaborés en parallèle, celui du ministère de la Santé « Avant-projet de loi concernant la prophylaxie et le traitement de la toxicomanie » et celui du ministère de la Justice « Avant-projet relatif à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses ». Le premier considère l'usager comme un malade, le second comme un délinquant. La loi de 1970 fait la synthèse de ces deux positions en intégrant aux soins une peine de prison ferme pouvant aller jusqu'à un an pour usage. Elle sanctionne également la production, la vente ou la cession, et l'organisation de la production ou de la cession de stupéfiants. De fait, ce texte vise un double objectif : le sevrage du consommateur et l'éradication du trafic.

Mais sa principale innovation par rapport aux textes antérieurs (1916 et 1953) est la criminalisation de l'usage personnel et privé. Cependant, si la prohibition rend illégal l'usage, elle ne le fait pas disparaître.

³¹ Nosyk B., Guh D-P., Bansback N-J., Oviedo-Joekes E., Brissette S., Marsh D-C., Meikleham E., Schechter M-T and Anis A-H., CMAJ, March 12, 2012.

³² <http://www.gazette.gc.ca/rp-pr/p2/2016/2016-09-07/html/index-fra.html> : C'est un des arguments qui ont encouragé le Canada, en août 2016, à modifier sa « loi réglementant certaines drogues et autres substances » afin d'autoriser le recours contrôlé à la diacétylmorphine : « Des données scientifiques appuient le recours à la diacétylmorphine. En 2015, une méta-analyse de six essais contrôlés aléatoires impliquant six pays, y compris le Canada, a établi que le traitement assisté à la diacétylmorphine peut considérablement améliorer les résultats comparativement aux autres méthodes »

³³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000321402>

³⁴ Jayle D., « Comment est née la loi de 1970 ? » dans *SWAPS*, n° 60, spécial « loi de 1970 ».

1.3.2 Mise en œuvre de la politique de réduction des risques

La loi de 1970 reste le cadre légal en vigueur et, au début des années 1980, la toxicomanie n'est pas vraiment considérée comme un problème de santé publique. D'ailleurs, comme les cures de désintoxication restent un moyen d'échapper aux sanctions, les premières expériences européennes de réduction des risques paraissent comme laxistes à l'égard des usagers. Et, si la question du VIH va très vite se placer au cœur des politiques publiques en Allemagne, en Suisse, avant de gagner d'autres pays européens, la France sera plus lente à réagir.

Si le sujet de la dépénalisation du cannabis est évoqué dans le débat public lors des présidentielles de 1981, la question des problématiques liées à la toxicomanie ne sera pas abordée avant 1985, à la suite d'une série d'articles de presse à propos de la scène ouverte de l'îlot Chalon – à l'immédiate proximité de la gare de Lyon à Paris³⁵.

C'est en 1986 que les autorités vont prendre conscience de la catastrophe sanitaire induite par l'épidémie de VIH et identifier le partage des seringues usagées par les héroïnomanes comme un vecteur de contamination (60 % d'entre eux seraient séropositifs). Sur cette même décennie, la conjonction de différents travaux va bouleverser les représentations sur les toxicomanes et les pratiques professionnelles³⁶ et générer une nouvelle réflexion sanitaire. L'abstinence n'est plus considérée comme l'unique objectif à atteindre : la notion de « risque à prévenir ou à réduire se développe³⁷ ».

En 1987, la ministre de la Santé Michèle Barzach autorise³⁸ la vente libre (sans justification d'identité et sans ordonnance) des seringues à titre expérimental pour un an (cf. art. 2 du décret). Cet essai sera reconduit pour une année puis pérennisé en 1989 par le ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, Claude Evin, sur la base des études menées par l'Inserm qui en montrent l'effet bénéfique.

C'est seulement à la suite du rapport Henrion, en 1995, initié à la demande de la ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, Simone Veil, que sera publié le décret³⁹, complété par un arrêté⁴⁰, qui légalise la distribution gratuite de seringues stériles par les associations « menant une action de prévention du sida ou de réduction des risques chez les usagers de drogue » (art.1). Mais ce n'est que la circulaire émanant du ministère de la Justice en juin 1999⁴¹ qui va lever l'antinomie entre l'autorisation de la vente libre des seringues et la condamnation de leur utilisation prévue par la loi de 1970 : « le simple port d'une seringue ne doit plus constituer à lui seul une présomption d'usage de stupéfiants et donc constituer un délit ». Il faudra attendre 1994 pour que se concrétise la commercialisation en pharmacie du Stéribox⁴² et les premières implantations, encouragées par certaines municipalités, de distributeurs dans les lieux fréquentés par les toxicomanes.

Safe est une association destinée à favoriser l'accès aux matériels de consommation à moindres risques pour les usagers de drogues :

« [...] C'est une association qui a été créée par des professionnels de santé, notamment des professionnels des addictions, avec comme objectif de favoriser et faciliter l'accès au matériel de réduction des risques pour les usagers de drogue. [...] C'était un opérateur qui travaillait en lien avec le ministère de la Santé, pour contribuer à la création des trousse de prévention, afin d'avoir l'ensemble du matériel disponible pour éviter les contaminations par le VIH et le VHC. D'autre part, nous avons rapidement travaillé sur le développement des automates d'échange de seringues. [...] En fait, depuis 1994, Safe a travaillé sur la pose des premiers automates, et a commencé à gérer des

³⁵ L'école de Chicago de sociologie urbaine a mis en évidence la correspondance entre la formation de lieux de trafic et de consommation de drogues dans une ville et le niveau socio-économique des habitants ainsi que l'état de dégradation de l'habitat.

³⁶ <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/87> Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, expertise collective, 2010.

³⁷ Kübler D., *op. cit.*

³⁸ Décret n° 87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n° 72200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre la toxicomanie.

³⁹ Décret n° 95-255 du 7 mars 1995 modifiant le décret n° 72200 DU 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie.

⁴⁰ Arrêté du 7 mars 1995 relatif aux conditions de mise en œuvre des actions de prévention facilitant la mise à disposition, hors du circuit officinal, des seringues stériles.

⁴¹ Circulaire CAB 99-01 du 17 juin 1999 relative aux réponses judiciaires aux toxicomanies.

⁴² Un stéribox renferme deux seringues, deux Stericup contenant 1 cupule, un filtre coton et un tampon sec post injection, deux ampoules plastiques d'eau pour préparation injectable (PPI), deux tampons d'alcool à 70°, un préservatif et un mode d'emploi.

distributeurs de seringues. Notre programme opérationnel en direction des usagers a commencé cinq ans après, avec la pose et la gestion des premiers automates.

[...] On a expérimenté de manière très empirique, et maintenant de manière cadrée, depuis juin 2011, un programme nommé « réduction des risques à distance ». C'est un programme qui accueille par téléphone et mail des personnes qui, pour différentes raisons, ne fréquentent pas les CAARUD [centres d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues]. Là, on voit bien qu'on a des profils plus insérés ; on a plus de 70 % de gens qui travaillent, et plus de 85 % de gens qui ont un logement fixe. On est sur des publics plus insérés, qui ne fréquentent pas les CAARUD, mais qui ont eux aussi besoin des conseils et du matériel de réduction des risques.

[...] On a par ailleurs cette continuité des services sur l'amélioration de l'offre de matériel ; c'est la réflexion sur les automates, la mise en place au niveau national de la RDR à distance, en formant des CAARUD en région, sur commande du ministère de la Santé, et beaucoup de recherche-action, car nous pensons que pour être au plus près des pratiques et avoir un dispositif qui est toujours le mieux adapté, il faut savoir comment les usagers font évoluer leurs pratiques en termes de produits consommés, de modes de consommation, et de contamination. On travaille en permanence un certain nombre de programmes de recherche-action, qui sont associés à la pratique.

Si l'on raisonne en termes de nombre de seringues ou de kits d'inhalation diffusés, Safe est le plus gros programme d'échange de seringues de France, avec environ 650 000 seringues diffusées à l'année. On est également le plus gros programme de distribution de matériel d'inhalation, avec un peu plus de 50 000 kits d'inhalation diffusés à l'année.» Directrice - Safe

En 1996, La mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) vient remplacer la mission permanente de lutte contre la toxicomanie mise en place en 1982. Des expérimentations étrangères ont validé la possibilité de remplacer une drogue par un médicament aux effets proches mais contrôlés en limitant les risques encourus par l'utilisateur. La buprénorphine⁴³ en traitement de substitution est vendue dans les pharmacies à partir de février 1996 sur prescription. C'est le traitement de substitution privilégié en France. Il peut être initié en médecine de ville, alors que la prescription initiale de méthadone est obligatoirement rédigée par un médecin exerçant en centre spécialisé (CSAPA) ou en établissement de santé. Par la suite, le relais est possible sous conditions en médecine de ville. En 1998, les injecteurs restent cependant le groupe le plus contaminé par le VIH (21 % des cas diagnostiqués)⁴⁴.

La France va donner un cadre législatif à la réduction des risques⁴⁵. Après quatre années de mise en œuvre, les données officielles font apparaître une nette diminution des overdoses mortelles (- 80%), une variation de deux tiers de la mortalité liée au VIH, tandis que dans un même temps les interpellations liées à l'héroïne décroissent de 67 %⁴⁶. Une série de mesures, les deux années suivantes, vont soutenir les actions portées par les associations :

- Décret n° 2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique.
- Décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005 relatif aux missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD⁴⁷) et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
- Circulaire DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C n° 2006-01 du 2 janvier 2006 relative à la structuration du dispositif de réduction des risques, à la mise en place des centres d'accueil et d'accompagnement, à la réduction des risques pour usagers de drogues et à leur financement par l'assurance maladie.

⁴³ Elle sera vendue sous trois dosages : 0,4 ; 2 et 8 mg sous le nom de Subutex.

⁴⁴ Bouhnik A-D. et al., *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH - Pratiques sexuelles et risques associés chez les usagers et ex-usagers de drogue injectables infectés par le VIH*, ANRS, 1999, pp 59-69.

⁴⁵ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

⁴⁶ Coppel A. et Doubre O., *Drogues sortir de l'impasse*, Paris, La Découverte, 2012, 296 p.

⁴⁷ Les associations de réduction des risques deviennent des établissements médicosociaux (centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues — CAARUD). Pour les missions des CAARUD, voir annexe 1.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 s'inscrit dans cette même orientation de réduction des risques, par l'amélioration des pratiques afférentes, l'accessibilité aux traitements de substitution, et la mise en place d'une évaluation des dispositifs médicaux liés à celle-ci. Cependant, l'importance de la lutte contre le trafic et l'action contre l'usage inapproprié des traitements de substitution sont rappelés et sont mis en exergue dans les propos introductifs du Premier ministre, François Fillon, qui présente la baisse du nombre d'usagers de produits illicites d'ici à 2011 comme l'objectif central du gouvernement⁴⁸.

Le 19 septembre 2013, lors d'un comité interministériel présidé par le Premier ministre Jean-Marc Ayrault, est adopté le premier plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives⁴⁹. L'évolution de l'intitulé affiche la volonté d'élargir l'action gouvernementale à l'ensemble des conduites addictives. Les priorités qui apparaissent dans ce plan sont la lutte contre le trafic ; le fondement de l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation ; la prise en compte des populations les plus exposées (jeunes, femmes, publics précaires).

La mission interministérielle de lutte contre les drogues et conduite addictive (Mildeca) définit la combinaison des différents besoins qui doivent être couverts pour répondre aux différents profils d'usagers et rendre efficiente la réduction des risques.

Il s'agit tout d'abord de permettre l'accès à diverses ressources :

- une information pertinente sur les conséquences directes de l'usage de la substance psychoactive et sur celles induites par la consommation (non-partage du matériel, points d'injection...), mais qui vise aussi à la réduction de la consommation ;
- du matériel stérile (et récupérable), des médicaments de substitution (aux opiacés) ;
- une offre de services sanitaires (soins et dépistage) ;
- un accueil, avec écoute, soutien psychologique et orientations vers des services sociaux.

1.3.3 Situation sanitaire

Avant 1988, les pratiques de partage et de réutilisation de seringues sont la norme chez les usagers de drogues par voie intraveineuse. Dès le début de l'épidémie, les usagers vont rapidement être contaminés par le VIH. Au début des années 1990, ils représentaient un quart des personnes diagnostiquées avec une maladie au stade sida. Le paroxysme sera atteint en 1993 avec 1 800 cas. Ils ont payé un lourd tribut en termes de mortalité. Avec l'accès aux seringues en vente libre et les autres outils de la réduction des risques, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués de VIH n'a cessé depuis de diminuer. On dénombrait 200 cas de personnes nouvellement séropositives par an au milieu des années 2000. Ce chiffre se situe autour de quelques dizaines aujourd'hui. Le taux de prévalence chez les usagers reste toutefois élevé, autour de 10 %, dans la dernière enquête Coquelicot de 2011.

En parallèle, les usagers de drogue restent très contaminés par le VHC. En 2004, ils étaient aux alentours de 60 % à l'être. Le virus de l'hépatite C est beaucoup plus facilement transmissible que le VIH. Comme les pratiques de partage de petit matériel autre que les seringues (coton, récipient, filtre, tampon eau...) et les pratiques associées à d'autres modes de consommations de drogues (partage de pipe à crack ou d'une paille de sniff) restent fréquents, la prévalence de la contamination par le VHC demeurerait élevée et a fait douter un moment de la pertinence de la réduction des risques pour cette infection, alors que cette politique s'avère extrêmement efficace pour réduire très fortement la transmission du VIH. L'enquête Coquelicot de 2011 rassurait sur ce point, puisque la contamination des usagers de drogues par le VHC montre un net fléchissement avec une prévalence de 44 %, en diminution par rapport à 2004.

Cependant, si les taux de « partage d'une seringue dans le dernier mois » est passé de 48 % en 1988, à 20 % en 1998 et à 13% en 2004 (enquête Coquelicot), ils semblent repartir à la hausse depuis : 36 % des usagers interrogés dans l'enquête 2011 avaient partagé une seringue au cours du dernier mois⁵⁰.

Fin 2014, Inserm UMRS 1136 et Santé publique France (agence de santé publique au service des populations) estiment entre 155 000 et 205 000 le nombre de personnes vivant en France qui sont contaminées par le VIH, 130 000 bénéficiant d'un traitement. Pour la tranche des 18-69 ans, les nouvelles contaminations par le VIH s'élèveraient à 5 800 personnes, selon l'Inserm, à 7 100 selon

⁴⁸ *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011*, Paris, La Documentation française, 2006

⁴⁹ *Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives*, Paris, La Documentation française, 2012.

⁵⁰ <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatite-C/Aide-memoire>

Santé publique France. Cependant, concernant les personnes ayant découvert leur contamination en 2016, il apparaît de très fortes disparités géographiques⁵¹.

Sur l'observation du groupe « usagers de drogue injecteurs (UDI) », on constate environ 60 contaminations en 2014 et 70 découvertes de séropositivité en 2016, dont 59 % chez des personnes nées à l'étranger, notamment en Europe de l'Est et du Centre.

L'autre problématique lourde, soulignée par le groupe des experts de l'Inserm⁵², est l'importance de la prévalence des troubles psychiatriques chez les usagers de drogue et réciproquement. La maladie mentale apparaît comme un facteur aggravant dans la prise de risques en matière de comportement sexuel, addictologique et viral. D'où la nécessité d'être en mesure de détecter le trouble au plus tôt pour élaborer un accompagnement adapté.

Malgré les avancées des traitements du VIH et du VHC, la santé des usagers de drogues est très dégradée. Leurs taux de mortalité restent encore aujourd'hui environ dix fois supérieurs à ceux de la population générale à âge égal. Toutes les causes de mortalité semblent être augmentées. Mais c'est particulièrement vrai de ceux qui ont un usage intraveineux de drogues de type héroïne, crack, ou dont les pratiques de consommation (partage du matériel) accroissent les risques de transmission des hépatites et du VIH. Les conséquences hépatiques de ces infections virales sont en partie la cause de cette surmorbidity et surmortalité très élevées. Ces conséquences sont d'autant plus importantes que ces infections peuvent coexister chez un même patient, et qu'elles sont très souvent associées à une forte consommation d'alcool. On note, de plus, ces dernières années, une nette recrudescence des décès par overdose. Compte tenu de leurs besoins, l'accès aux soins de ces personnes constitue un enjeu primordial.

⁵¹ Si le taux moyen de découverte de nouveaux cas de VIH est de 90 personnes par million d'habitants, il est beaucoup plus élevé en Guyane (907), en Guadeloupe (238), à la Martinique (172), en Île-de-France (206) et à Mayotte (183).

⁵² Inserm, Synthèse et recommandations, *Ibid.*

2. Salles de consommation à moindre risque (SCMR)

Dans le cadre de la mise en œuvre des politiques de réduction des risques et des dommages, les centres d'injection supervisés sont envisagés comme un outil supplémentaire non substitutif. Leur objet est de proposer aux usagers de drogue injecteurs des lieux où ils ont la possibilité de consommer les produits qu'ils ont eux-mêmes apportés. Ils répondent à un double objectif de sécurité : pour eux-mêmes (par des règles d'hygiène, la fourniture de matériel stérile et la supervision de personnel de santé en dehors des contrôles et arrestations des forces de l'ordre) et pour le reste de la société, en restreignant les désordres liés à la consommation sur la voie publique.

Les données accessibles sont majoritairement issues d'études réalisées au Canada et en Australie, alors que l'essentiel des centres se trouve en Europe. Certains travaux sont des sommes conséquentes dont les sources sont multiples mais identifiées et scientifiquement validées. On peut notamment signaler, en plus des publications de l'OEDT :

- L'expertise collective de l'Inserm sollicitée par la Direction générale de la santé et publiée en 2010, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*⁵³. Un groupe de travail de quatorze experts (épidémiologistes, sociologues, économistes, psychiatres, hépatologues, addictologues) a analysé 700 documents (articles, rapports institutionnels, données statistiques...). Le chapitre 12⁵⁴ est consacré aux salles de consommation. La base documentaire regroupe des travaux réalisés en Allemagne, en Australie, au Canada, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suisse. Il s'attache à compiler les données existantes en matière d'évaluation des centres d'injections supervisés. Cependant, il indique qu'une partie non négligeable de ces travaux n'a pas fait l'objet de publication dans des revues scientifiques et/ou avec comité de lecture. De plus, la méthodologie des évaluations est indiquée comme relevant essentiellement de l'enquête, dans le temps, auprès des usagers et du voisinage et que seules les expérimentations de Sydney et de Vancouver ont été analysées aux termes de travaux plus complexes et croisés ;
- Plusieurs témoignages issus de présentations faites à l'occasion de deux conférences publiques organisées par la Ville de Paris, l'association ASUD (Auto-support et réduction des risques parmi les usagers de drogues⁵⁵) et la Région Île-de-France dans le courant de l'année 2011. Ces deux conférences étaient ouvertes au public parisien, mais aussi plus largement francilien, avec comme objectif de faire une information sur ces « nouveaux » outils sanitaires et sociaux de réduction des risques⁵⁶ ;
- *Salles de consommation à moindre risque : les preuves et la pratique*, un document d'information produit en 2012 par le consortium international sur les politiques des drogues (IDPC) ;
- La production de l'International Network of Drug Consumption Rooms (INDCR)⁵⁷. Ce travail a été réalisé par quatre auteurs (deux issus d'Uniting, le centre d'injection médicalement supervisé de Sydney en Australie, les deux autres de la fondation De Regenboog Groep d'Amsterdam aux Pays-Bas). Les éléments produits sont issus des réponses collectées auprès des représentants des SCMR implantées dans tous les pays en possédant.

Il faut signaler ici l'existence d'une thèse de médecine⁵⁸, soutenue en 2014, qui recense 75 études sur les centres d'injection supervisés ayant donné lieu à une publication dans une revue scientifique à comité de lecture.

⁵³ Inserm, CIS, *op.cit.*

⁵⁴ Inserm, CIS, *Ibid.* p. 209-229

⁵⁵ Pour en savoir plus sur ASUD, voir <http://www.asud.org/qui-sommes-nous/>

⁵⁶ Mairie de Paris - DASES - Mission de prévention de la toxicomanie, *Salles de consommation à moindres risques pour usagers de drogue*, Conférences-Débats, 27 juin et 5 octobre 2011, novembre 2011, 63 p.

⁵⁷ Belackova, V., Salmon, A. M., Schatz, E., Jauncey, M., *Online census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a setting to address HCV: current practice and future capacity*, Amsterdam, Sydney: International Network of Drug Consumption Rooms, Correlation Network, Uniting Medically Supervised Injecting Centre, 2017.

⁵⁸ Potier C., *Les centres d'Injections supervisés : une revue systématique de la littérature*, Thèse pour le diplôme d'État de docteur en médecine, université de Lille 2 Droit et santé, faculté de Médecine Henri Warembourg, 2014, 79 p.

2.1 Des premières expérimentations aux implantations actuelles

La réduction des risques et des dommages, fondée sur les échanges de seringues et sur les traitements de substitution, va se mettre en œuvre dans la décennie 1980 marquant ainsi les limites des politiques publiques reposant jusqu'alors uniquement sur la répression et le sevrage. C'est bien l'effet conjugué des épidémies, d'abord du VIH puis du VHC, de l'explosion du nombre de scènes ouvertes dans les grandes villes européennes et de l'augmentation du nombre de décès liés à la consommation de drogue qui seront moteurs dans cette mise en œuvre. Dès lors, la question va être d'atteindre les usagers dépendants afin de réduire leurs comportements à risque et de faciliter leurs accès aux structures.

Le tout premier projet d'accompagnement à l'injection a été lancé en 1974 à Amsterdam, qui était confronté depuis plusieurs années à une population importante de consommateurs de drogues dures (défini par l'usage de seringues). La HUK (Huis-UitkeringsKamer⁵⁹) de la Stichting Sociale Kontakt Centra (SKS⁶⁰) était destiné à ceux qui ne voulaient pas entrer en sevrage. Les toxicomanes étaient logés chez des gens qui habitaient dans la zone de tolérance (zone, à Amsterdam, où l'usage de drogues dures était toléré). Ces habitants volontaires proposaient aux drogués un environnement de chaleur humaine et de sécurité familiale, dans le but de favoriser chez le toxicomane une demande de logement, de soins médicaux, de réduction d'usage de drogues dures et de gestion de leurs finances. La demande s'est avérée beaucoup plus grande que l'offre. SKS a élargi ses activités, a évalué le nombre de demandes et a nuancé les spécificités des toxicomanes. L'objectif principal de la SKS était de ralentir le processus de désintégration psychique et sociale des consommateurs. L'aide aux usagers de drogue a été reprise par le SDA (Stichting Drugshulpverlening Amsterdam⁶¹), instance de la municipalité d'Amsterdam créée pour venir en aide aux toxicomanes⁶². Si cette expérimentation se voulait être un mode d'accompagnement sanitaire et social des usagers de drogue par injection, elle n'intégrait pas la supervision de personnel de santé.

La première salle considérée comme lieu de consommation réglementée de drogue et médicalement encadrée a été implantée à Berne en Suisse. Autorisée en 1986 après un an d'expérimentation, elle est la pionnière des salles. Cette démarche a été suivie par l'Allemagne (1994), les Pays-Bas (1998), l'Australie (2001), l'Espagne et le Canada (2003), la Norvège (2005), le Luxembourg (2005), le Danemark (2011) et la Grèce (2014).

Il convient de préciser que les SCMR sont conçues pour être au plus près des publics qui sont souvent désinsérés. Leur existence est donc conditionnée par leur pertinence et par l'accompagnement des pouvoirs publics en matière financière et/ou juridique. Quelques exemples d'équipements qui ont évolué au fil du temps : une salle ouverte en 1998 dans le quartier d'Altona à Hambourg (Allemagne) a été fermée début 2017 pour être réaffectée à la suite d'une baisse de fréquentation. À Copenhague, (Danemark), la salle du quartier de Vesterbro ouverte en 2012 a fermé concomitamment à l'ouverture d'H17, une salle plus grande, dans le même quartier en août 2016. L'équipement de Madrid (Espagne) après des restrictions budgétaires locales et nationales a été asphyxié. Le retard de la mise à niveau de la législation grecque, afin de rendre possible l'existence d'une salle, a conduit à la disparition du site athénien. Vingt-deux salles sur 112 créées à ce jour en Europe ont ainsi été déplacées, réaffectées ou fermées définitivement.

L'OEDT a recensé les différents équipements existant en Europe à la mi-2017⁶³. À cette date, ils sont au nombre de 91 répartis dans 64 villes de 8 pays européens.

En dehors du territoire européen, l'observatoire identifie une salle à Sydney (Australie) et deux centres d'injections supervisés à Vancouver (Canada).

Un autre document de même source (EMCDDA, *Drug consumption rooms in Europe Models, best practice and challenges*) de 2014 répertoriait 88 salles dans 8 pays européens (le différentiel correspond à la fermeture de la salle d'Athènes et d'une salle en Suisse, et aux ouvertures de deux salles en France, une en Norvège et une aux Pays-Bas). Les pays qui, aujourd'hui, ont mis en place des lieux d'injections supervisées les ont inscrits dans leur stratégie nationale sur les drogues et la

⁵⁹ Huis-UitkeringsKamer = maison d'accueil et d'accompagnement.

⁶⁰ Stichting Sociale Kontakt Centra = association de contacts sociaux.

⁶¹ Stichting Drugshulpverlening Amsterdam = association d'assistance aux toxicomanes à Amsterdam.

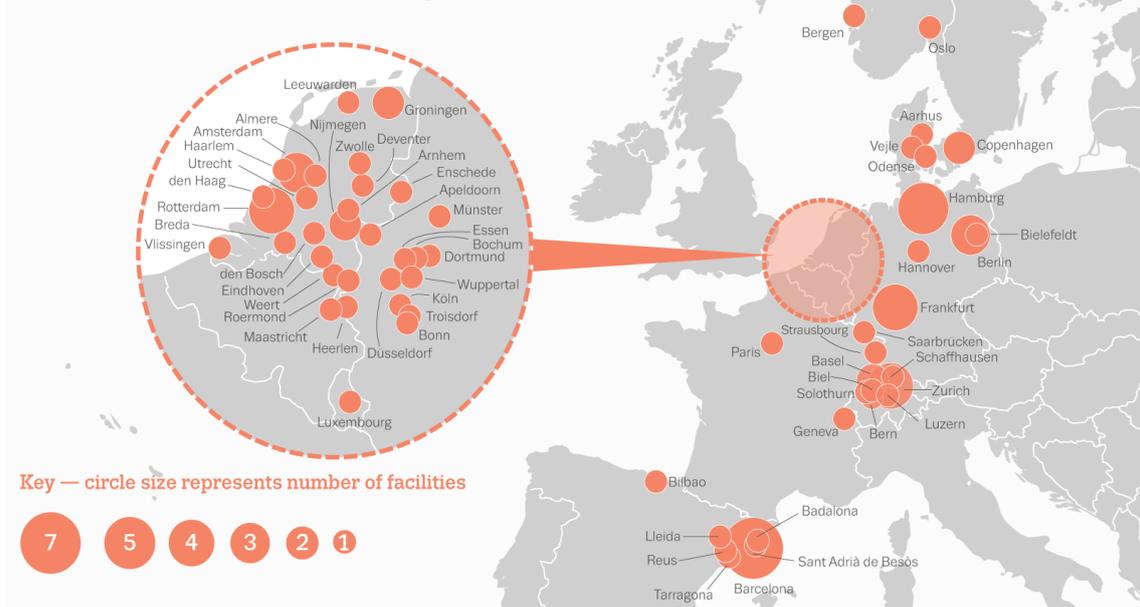
⁶² <https://archief.amsterdam/inventarissen/overzicht/1033.nl.html>

⁶³ OEDT/EMCDDA, Perspectives on drugs. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, juin 2017.

toxicomanie. C'est le cas du Luxembourg (2015-2019) ; de l'Allemagne depuis 2012 ; de l'Espagne (2017-2024) ; de la Suisse (2017-2024) et de la Norvège (2016-2020).

Pays	Population	Villes (nombre de salles)	Salles	Année d'ouverture légale de la 1^{re} salle
Allemagne	82.67	15 villes Berlin (4) ; Bielefeldt ; Bochum ; Bonn ; Dortmund ; Düsseldorf ; Essen ; Frankfurt (4) ; Hanovre ; Hambourg (4) ; Köln ; Münster ; Sarrebruck ; Troisdorf ; Wuppertal	24	1994
Danemark	5.73	4 villes Aarhus ; Copenhague (3) ; Odense ; Vejle.	6	2011
Espagne	46.56	7 villes Badalona ; Barcelona (8) ; Bilbao ; Lleida ; Sant Adrià de Besòs ; Tarragona ; Reus.	14	2003
France	66.90	2 villes Paris ; Strasbourg.	2	2016
Luxembourg	0.58	1 ville Luxemburg	1	2005
Norvège	5.23	2 villes Bergen ; Oslo.	2	2005
Pays-Bas	17.02	25 villes Amsterdam (3) ; Almere ; Apeldoorn (2) ; Arnhem ; Breda ; Den Bosch ; Den Haag ; Deventer ; Eindhoven ; Enschede ; Groningen ; Haarlem ; Heerlen ; Leeuwarden ; Leiden ; Maastricht ; Nijmegen ; Roermond (2) ; Rotterdam (2) ; Tilburg ; Utrecht ; Venlo ; Vlissingen ; Weert ; Zwolle.	30	1998
Suisse	8.37	8 villes Basel (2) ; Bern ; Biel ; Geneva ; Luzern ; Solothurn ; Schaffhausen ; Zurich (4).	12	1986
		64	91	

Location and number of drug consumption facilities throughout Europe, 2017



Source: OEDT- *Perspectives on drugs Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence* – juin 2017

2.2 Exemples

Ces exemples se veulent uniquement une représentation de la diversité des salles avec une ancienneté, une histoire, une implantation et une configuration variables. Certaines ont fait l'objet de productions scientifiques et d'évaluations. Quai 9 en Suisse, tout comme Inside au Canada sont dans ce cas. Abrigado au Luxembourg présente la particularité d'associer au CIS un asile de nuit. Barcelone propose un maillage assez complet de la ville. Certains lieux auraient sans doute mérité une présentation, comme BoumanGGZ (salle pour les consommateurs de crack à Rotterdam), mais la difficulté d'accès, notamment linguistique, à des sources diversifiées ne l'a pas permis.

2.2.1 Quai 9 – Genève – Suisse

Il faut d'abord rappeler que la loi Suisse poursuit la consommation, la production, la vente de drogue, mais, depuis 1991, elle s'articule autour de quatre axes : la prévention, le traitement, la répression et la réduction des risques. Même dans un pays où les centres d'injection supervisés existent depuis 1986 et sont implantés dans des villes de tailles différentes (Bâle, Berne, Bienne, Genève, Lucerne, Schaffhouse, Soleure et Zurich), le sujet ne va pas de soi. En 2007, si les Lucernois approuvaient en mars à 58,6 % l'ouverture d'un centre d'injection supervisé, 55 % des résidents de Lausanne refusaient en juin l'ouverture d'un tel service dans leur localité.

L'ancienneté de Quai 9 permet d'avoir un certain recul qui s'appuie sur différents travaux universitaires. Comme dans d'autres pays européens, c'est l'émergence du VIH dans les années 1980 et sa propagation par le vecteur des seringues usagées qui poussent les professionnels de santé à une réflexion sur la réduction des risques. Si les pharmacies genevoises accueillent des points d'échanges de seringues, une distribution à partir d'un bus itinérant a été instaurée dès 1991 (les lieux d'arrêt du bus ont fait l'objet de débats préalables). C'est le Groupe Sida Genève (GSG) qui porte la proposition de la création d'un lieu fixe en 1999, projet qui sera validé en décembre 2001 par le gouvernement et dont naît Quai 9. Le CIS est implanté à proximité de la principale gare ferroviaire dans le quartier populaire des Grottes. L'ouverture de la salle est conditionnée à une évaluation sous l'autorité de l'État de Genève confiée à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) sous responsabilité du Département de l'action sociale et de la santé.

Cette observation s'est déroulée entre décembre 2001 et décembre 2002. Quelques données apparaissent dans cette évaluation⁶⁴. La fréquentation est de 100 personnes/jour aux termes de cette première année, pour un total de 30 417 injections sur la période. Les produits injectés sont principalement de la cocaïne et de l'héroïne. Les femmes représentent un quart des usagers, l'âge moyen est de 33,7 ans. L'évaluation s'articulait à partir de sept questions (voir annexe n° 4), dont une concernait l'insertion dans le quartier et l'autre l'impact sur l'ordre public. Il apparaît au terme de cette première année que, grâce aux instances de discussions mises en place avant l'ouverture, une certaine réactivité a permis de répondre aux problèmes soulevés par les habitants du quartier. La présence plus importante de seringues usagées dans l'espace public pendant l'été 2002 a déclenché plusieurs actions : la systématisation du programme d'échange des seringues (remplacement par du matériel propre ou contre remboursement) et la constitution d'une brigade d'usagers formés pour le ramassage des seringues usagées (en décembre 2002 : 14 sorties pour 145 seringues ramassées et 45 contacts avec des habitants du quartier).

Quai 9 est géré par Première ligne⁶⁵, association genevoise de réduction des risques liés aux drogues. Première ligne a 45 collaborateurs dont 35 sont sur le terrain pour animer trois dispositifs : Quai 9 (espace d'accueil et de consommation), Nuit Blanche (action de prévention et de réduction des risques en milieu festif) et le Pôle (accompagnement psychosocial et de réinsertion).

Quai 9 offre 12 places d'injection, 2 de sniff (ouvertes en 2007) et 4 places d'inhalation (ouvertes en 2009). Les prestations proposées sont : l'accueil, les soins de santé primaire et le soutien psychologique, la mise à disposition de matériel d'injection, un espace de consommation et la réanimation en cas d'overdose.

En 2010, Première ligne a mis en place un dispositif de réinsertion Le Pôle. Celui s'articule autour de quatre axes : recherche d'activités, écoute personnelle, démarches administratives et élaboration de projets (cures, insertion, ...). Au début de l'année 2016, un fonds d'aide à la réinsertion a été mis en place pour poursuivre les actions menées par le Pôle en direction des publics les plus précaires. En 2016, il a permis de financer des nuitées d'hébergement d'urgence temporaire, des produits de première nécessité (vêtements, nourriture, chaussures ...) et de régler des frais de transports pour des retours sur le territoire d'origine. En effet, en 2016, seuls 23,32% des usagers sont originaires du canton de Genève (on trouve 29,02 % d'originaires d'autres cantons, 22,8 % de Français et 24,35 % autres nationalités). Les originaires du canton de Genève ont été les usagers majoritaires jusqu'en 2006 puis en 2009 (40,48%). Le groupe extranational le plus représenté est celui des Français.

Dans son rapport d'activité 2016, Première ligne donne quelques chiffres depuis l'ouverture de la salle en 2001 : 5 195 inscrits différents, 560 683 consommations tous modes confondus et aucune overdose mortelle. Le nombre moyen de passages par jour est en augmentation pour atteindre 148,45 passages en 2016. La plage d'ouverture au public est de 8 heures par jour 7 jours sur 7 (en 2001, l'amplitude horaire journalière était de sept heures). Depuis juillet 2016, tous les usagers ont la possibilité d'accéder à un dépistage gratuit du VHC, celui du VIH existe depuis 2009. Deux nouvelles tendances sont apparues. Pour la première fois depuis l'ouverture, les nouveaux inscrits sont en diminution (188 en 2016). Dans un même temps, la proportion des usagers ayant un domicile fixe n'a jamais été aussi basse (36,79 %). Ce rapport d'activité permet à l'association de s'interroger sur une réorientation de son activité pour être au plus près des besoins de ces bénéficiaires. Elle engage une réflexion pour trouver une solution sociale aux sans-domiciles fixes et aux précaires. C'est aussi l'occasion de s'interroger sur la pertinence de l'ouverture d'une seconde salle pour séparer les modes de consommation et de faire face à l'augmentation du nombre de sollicitations journalières des usagers et ainsi limiter la pression sur cette salle.

Un travail universitaire⁶⁶, en 2011, s'est attaché à mesurer le conflit d'usage qui a opposé dès la création de l'espace les habitants et les toxicomanes (usage différent d'un même espace et la légitimité de cet usage). La méthodologie est basée sur des entretiens semi-directifs individuels. En conclusion, il est surtout intéressant de constater que ce sont les habitants qui ont défini le « bon usage » de leur quartier et qu'ils en ont établi les limites, « des barrières physiques et symboliques (barrières, digicodes, etc., mais aussi affiches interdisant l'usage de la drogue), ainsi que des mesures visant à occuper l'espace (fêtes, marchés, manifestations, etc.) ». Quant aux usagers de drogue injecteurs

⁶⁴ Benninghoff F., Solai S., Huissoud T. et Dubois-Arber F., *Évaluation de Quai 9 « Espace d'accueil et d'injection »*, période 12/2001-12/2002, Institut Universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne, avril 2003.

⁶⁵ <http://www.premiereligne.ch/>

⁶⁶ Bulliard C., Daudet C., Favrat L. et Perrier R., *Le Quai 9 face au quartier des grottes : un conflit d'usage en milieu urbain*, Mémoire de Bachelor Université de Neuchâtel, Institut de géographie, 2011, 61 p.

(UDI), ils se contentent de reprendre l'usage défini par les habitants pour parfois le transgresser en consommant à l'extérieur du CIS.

En mars 2011, Première ligne faisait état de l'insertion du lieu dans l'espace urbain dans un article de Métropolitiques⁶⁷. En amont de l'ouverture de la salle, des débats ont été organisés avec la population en y associant les autorités sanitaires, politiques et de police. Ces débats ont permis de présenter les actions de Quai 9, de créer un échange et d'élaborer les outils qui allaient se développer après l'ouverture de la salle. Le premier mécanisme mis en place a été les soirées de voisinage, dont le but était la rencontre, l'expression des griefs et la recherche de solutions. Après plusieurs années, elles se sont espacées et élargies à un public plus large que celui du quartier, pour prendre la forme de soirées thématiques liées à l'usage de la drogue. Une action de sensibilisation et de formation spécifique en direction des gardiennes d'immeuble a été menée. Celle-ci a d'ailleurs été intégrée dans le cursus officiel de la « formation des concierges d'immeubles à Genève »⁶⁸ de l'université ouvrière de Genève. Le deuxième instrument d'échange avec la population a été un journal, qui a évolué dans le temps et qui est maintenant disponible en ligne. Il est distribué dans les boîtes aux lettres du quartier afin d'informer de l'activité de la salle. L'action mise en œuvre en novembre 2002 est le programme de ramassage des seringues par les usagers. Il fonctionne sept jours sur sept avec des sorties matin et après-midi. Entre 2 000 et 2 500 seringues ainsi que les déchets liés à la consommation sont ainsi ramassés par ce biais.

Lors de la conférence du 27 juin 2011 à l'hôtel de ville de Paris⁶⁹, les Genevois présents ont évoqué cette question de la relation avec le voisinage. Le chef de la police judiciaire de Genève, Philippe Bertschy, constate que l'ouverture de la salle a eu comme conséquence une nette baisse de la mortalité des usagers de drogue. Il insiste sur la nécessité d'avoir une salle visible et bien implantée avec la présence d'un gardien à l'entrée « Il y a des éléments d'insécurité objectifs liés à l'installation d'une salle dans le quartier, mais aussi subjectifs, les attroupements d'usagers notamment avant et après les périodes ouvrées, mais il y a toujours de tel public autour de la gare ».

2.2.2 Insite – Vancouver – Canada

Insite est le CIS qui a bénéficié du plus grand nombre d'évaluations scientifiques au préalable et en accompagnement à sa création.

En 1998, une explosion de cas de VIH a lieu chez les injecteurs de drogues à Vancouver. Elle concernera jusqu'à 90 % de cette communauté. La ville devient le lieu avec la plus forte concentration de personnes vivantes avec le VIH du monde développé. En 2003, la régie régionale de la santé de Vancouver a demandé à bénéficier d'une exception juridique au gouvernement fédéral, afin de mettre en œuvre le projet du premier CIS d'Amérique du Nord. Elle a été accordée sous réserve d'une évaluation scientifique rigoureuse. Pour éviter toute controverse, celle-ci a été conçue selon les normes scientifiques les plus strictes. SEOSI (*Scientific Evaluation of Supervised Injecting*, ou évaluation scientifique du CIS) a ainsi suivi environ 1 000 utilisateurs de drogues injectables. Elle a été confiée au terme d'un concours aux scientifiques du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS et de la faculté de médecine de l'université de la Colombie-Britannique. Un comité régional de supervision du CIS a été mis en place avec des professionnels dont le chef du service de police de Vancouver et le médecin-conseil en santé publique de la province. Conformément aux critères TREND⁷⁰, les méthodes et les résultats d'évaluation ont été soumis à un examen externe par les pairs afin d'assurer la rigueur scientifique.

Le cadre de l'évaluation du CIS de Vancouver a été conçu avant son ouverture. Il visait à étudier plusieurs résultats, dont ceux liés à la santé et à l'ordre publics. Les données ont été recueillies en préservant l'anonymat des participants⁷¹. Insite sera implanté dans le quartier de Downtown Eastside (quartier comptant 5 000 injecteurs de drogue) en 2003. Insite dispose de 12 places d'injection.

⁶⁷ Boggio Y. et Mani C., « Quai 9 : une salle d'injection au cœur de Genève », *Métropolitiques*, 23 mars 2011.

URL : <http://www.metropolitiques.eu/Quai-9-une-salle-d-injection-au.html>

⁶⁸ <https://www.uog.ch/fr/cours-et-activite-s-formations-formation-continue-et-perfectionnement-professionnel?objetID=58>

⁶⁹ Mairie de Paris, *Ibid.*, p 17-22.

⁷⁰ TREND : déclaration transparente des évaluations effectuées avec des méthodes non aléatoires de recherche par observation.

⁷¹ Les chercheurs ont utilisé des sondages et recueilli des échantillons de sang afin de mesurer les taux d'infection par VIH. Une base de données a été créée afin de permettre aux chercheurs de suivre toutes les activités du centre. Un des principaux objectifs de l'évaluation consiste à mesurer les indicateurs liés à l'utilisation des services offerts par le CIS. La base de données

Les premières années d'évaluation ont produit un ensemble de données scientifiques, dont plus de trente études examinées par les pairs sur les impacts du programme. Ces publications indiquent qu'Insite offre une gamme d'avantages aux usagers et à la collectivité, dont la baisse du nombre d'injections dans des lieux publics, la réduction des comportements à risque pour le VIH et une hausse des taux d'inscription à des programmes de traitement de la toxicomanie parmi la clientèle du centre. De plus, les études visant à cerner les éventuels effets nuisibles du centre n'ont trouvé aucune preuve d'impacts négatifs. Les études, soumises à des examens indépendants, sont parues dans les revues scientifiques les plus prestigieuses⁷².

Lors de la conférence du 5 octobre 2011⁷³, Insite a fait l'objet d'une présentation par Thomas Kerr, professeur associé au département de médecine de l'université de Colombie-Britannique impliqué dans cette évaluation. L'objet était d'étudier une cohorte d'usagers et de non-utilisateurs du CIS sur le temps long, soit six semaines avant l'ouverture et douze après. Cette évaluation était articulée autour de trois points qui décrivaient précisément ce qui se passait dans la salle, les impacts en matière de santé et pour l'ensemble de la communauté. L'objectif était de vérifier que la salle jouait son rôle en touchant les usagers qui comportaient les marqueurs les plus élevés pour l'infection au VIH et à l'overdose et qui participaient aux troubles de l'ordre public.

Trois études réalisées sur la base de trois méthodes différentes vont dans le même sens : Insite est associé à une réduction des troubles de l'ordre public, à la diminution du partage des seringues, à une augmentation de la fréquentation (et parfois de la réussite) des programmes de désintoxication et à une réduction des overdoses. Après l'ouverture d'Insite, la demande de sevrage et de traitement de substitution aux opiacés a progressé de plus de 30 %.

En 2005, une alternance politique au niveau fédéral a entraîné des controverses sur le projet, même si un sondage faisait apparaître que 71 % des habitants de la province étaient favorables à Insite. D'ailleurs, même l'association des commerçants de Chinatown (qui avait manifesté une vive opposition à la création du CIS) a écrit au Premier ministre pour soutenir le maintien de l'équipement après son évaluation. Après plusieurs renvois devant différentes instances judiciaires, c'est la Cour suprême fédérale du Canada qui valide l'existence du projet en 2011.

Les données publiées par Insite font apparaître qu'en 2017, dans la plage horaire de 10 à 4 heures du matin, sept jours sur sept, ils ont accueilli 7 301 personnes différentes au cours de 175 464 visites ; soit une moyenne de 537 visites par jour pour l'échange de seringues et de 415 visites par jour pour la salle d'injection. 28 % des usagers sont des femmes et 18 % des autochtones. Ils ont réalisé au cours de cette même année 2017, 2 151 interventions pour overdoses ; 3 708 interventions thérapeutiques. Les substances utilisées étaient l'héroïne (64 %), la méthamphétamine (25 %) et la cocaïne (6 %).

Pendant l'exercice 2017-2018, 443 personnes ont accédé à Onsite, l'établissement de désintoxication adjacent, pour un séjour moyen de 11 jours. Ce point est une spécificité très intéressante de l'espace de Vancouver où soins et réduction des risques cohabitent dans le même espace. En effet, Insite se trouve au rez-de-chaussée du 139 East Hastings Street. Onsite (12 lits de cure pour le sevrage, la mise à l'abri, initiation à la substitution) est implanté au premier étage du même bâtiment et le troisième étage accueille un espace post-cure.

Entre l'ouverture en 2003 et février 2018, ce sont plus de 3,6 millions d'injections de drogues illicites sous la supervision d'infirmières qui ont été faites à Insite⁷⁴. Il y a eu 48 798 consultations cliniques et 6 440 interventions de surdose sans décès. Le budget d'Insite est d'un peu moins de 3 millions de dollars canadiens (moins de 2 millions €) par an, tandis que celui d'Onsite (établissement de cure adjacent) est de la moitié.

2.2.3 Abrigado – Luxembourg – Luxembourg

Le parlement luxembourgeois a adopté en 2001 la loi qui pose le cadre de cet établissement ouvert en 2005. Abrigado s'est développé de manière originale, c'est une structure combinée de jour et de

d'Insite recueille de l'information sur les drogues consommées dans le centre et sur les services utilisés par les clients (soins infirmiers, services de counselling).

⁷² Dont le New England Journal of Medicine, The Lancet et le British Medical Journal.

⁷³ Mairie de Paris, Op. Cit. pp 53-57

⁷⁴ <http://www.vch.ca/public-health/harm-reduction/supervised-consumption-sites/insite-user-statistics>, mise à jour février 2018.

nuit à proximité de la gare centrale. Le centre de jour⁷⁵ s'articule autour d'un café rencontre, d'un service médical bas-seuil et d'une salle de consommation de drogues. L'asile de nuit dispose de 42 lits répartis en sept dortoirs⁷⁶.

Le centre de jour d'Abrigado donne aux usagers l'accès à des sanitaires, des machines à laver. Ils peuvent y boire un café, s'y reposer, et y obtenir conseils, aide administrative, soins médicaux ou être orientés vers des thérapies ou des médecins. Comme l'indique le directeur, « le plus gros travail ici pour l'équipe d'infirmiers consiste en la gestion de plaies, dont nous avons fait une spécialité. Une mauvaise circulation, une infection, des conditions d'hygiène et de repos difficilement respectables dans la rue, en font une vraie problématique pour nos clients »⁷⁷. C'est une moyenne de 250 000 seringues qui sont échangées annuellement au sein d'Abrigado, avec un taux de retour des seringues usagées de 93 %.

La salle a évolué depuis son ouverture, de cinq postes de consommation, accessibles cinq jours par semaine et trois heures par jour en 2005, elle est passée aujourd'hui à huit postes d'injection et six places d'inhalation pour l'héroïne et la cocaïne. L'amplitude horaire a augmenté : la SCMR est ouverte sept heures par jour tous les jours de la semaine. L'objectif affiché de son directeur Patrick Klein⁷⁸ est d'augmenter de façon progressive le nombre de places et l'amplitude horaire (pour arriver à une ouverture de 10 heures à 12 heures par jour). Elle accueille en moyenne 200 personnes chaque jour. Il apparaît que sur la moyenne des 5 000 consommations mensuelles accueillies à Abrigado, il y a 1,6 overdose non mortelle (données février 2018). Le directeur du Comité nationale de défense sociale⁷⁹ constate par ailleurs la diminution de la mortalité par overdose aux environs de la salle. Avant l'ouverture de la salle, il y avait une moyenne de 29 overdoses mortelles par an, nombre qui est tombé à 9 (données 2015).

Selon son directeur, seuls 10 % des usagers ont un emploi, et ils sont en majorité issus des classes sociales inférieures de la société luxembourgeoise. La moyenne d'âge est d'environ 33 ans, mais les plus de 45 ans représente une proportion importante (20 %). Entre 15 et 20 % sont des femmes. S'ils sont essentiellement luxembourgeois, la part des Portugais est également importante. 35 % des usagers sont des sans-abris. C'est pourquoi Abrigado essaye de proposer des solutions qui sont soit un logement soit une place dans son asile de nuit. Dans l'attribution des lits, si la priorité est donnée aux femmes (deux des sept dortoirs sont réservés aux femmes) et aux consommateurs de drogue, les places sont ouvertes à tous les sans-abris.

Le comité de surveillance du sida a répertorié 98 nouveaux cas de contamination en 2016, dont 21 liés à l'usage des drogues par injection, cela représente un taux élevé pour le Grand-Duché et une hausse préoccupante. Les données collectées par le laboratoire national de rétrovirologie complétées par celles du réseau national multisectoriel RELIS (basé sur des autoévaluations) ont établi que les nouveaux cas de contamination par le VIH chez les injecteurs de drogue étaient en diminution entre 2004 et 2013. Or s'ils étaient 6 en 2013, ils sont 17 en 2014 et 14 en 2016⁸⁰.

L'accès à la salle est conditionné par la signature d'un contrat, que l'association conserve par devers-elle sous couvert du secret professionnel. Ils étaient 1 605 à avoir signé ce contrat en 2015. Ceux qui ne le signent pas sont qualifiés de « visiteurs » et ne peuvent accéder qu'à la cafétéria. La consommation de drogue est strictement interdite au sein de l'asile de nuit. Toute rupture de contrat est sanctionnée par une exclusion.

Le cahier des charges de la salle comporte une obligation de travail avec la police dans le respect de l'utilisateur (sans dévoilement d'identité). Des contrôles de police sont effectués devant la salle, la consommation de drogue n'est pas tolérée à l'extérieur de celle-ci. L'école de police programme des visites de la salle afin d'améliorer la connaissance du fonctionnement de la salle par les professionnels. En 2016, selon le directeur de la police, René Lindenlaub⁸¹, le Grand-Duché connaît une moyenne de 45 000 infractions par an, un tiers est réalisé dans la capitale dont 15 000 dans le quartier de la gare

⁷⁵ Les samedis, dimanches, lundis et mardis de 12 h à 19 h ; les jeudis et vendredis de 9 h à 16 h, les mercredis de 12 h 30 à 16 h.

⁷⁶ L'asile de nuit est ouvert tous les jours de 22 h à 8 h.

⁷⁷ Le Quotidien indépendant luxembourgeois du 11 février 2018.

⁷⁸ Mildeca, *Présentation de la salle à moindre risque Abrigado au Luxembourg*, compte rendu, jeudi 14 janvier 2016.

⁷⁹ Le CNDS œuvre depuis 1967 au service des personnes les plus démunies du Luxembourg. Les activités de l'association sans but lucratif reconnue d'utilité publique s'articulent autour de trois grands thèmes : le logement, le travail et l'aide aux personnes toxicomanes. C'est elle qui gère Abrigado.

⁸⁰ OEDT, Luxembourg, 2017.

⁸¹ Mildeca, *op. cit.*, Abrigado.

et 3 500 sont des infractions en matière de stupéfiants. S'il admet la présence de difficultés dans le quartier, il considère qu'il n'y a plus de polémique sur la structure elle-même.

Si dès l'ouverture le soutien de la ville était acquis à la structure, l'accueil des riverains a été moins facile. À l'origine, la salle était en accès direct depuis la rue. Elle est aujourd'hui en retrait (environ 30 m) de celle-ci après des travaux d'agrandissement en 2012. Il faut signaler qu'il n'y a pas de voisins directs. Cependant, les habitants des deux quartiers à proximité ont été invités à des portes ouvertes régulières (2005-2008), des hotlines ont été mises en place pour répondre au plus vite aux désordres. Ces modifications et la professionnalisation de son accès ont permis d'éviter les regroupements en proximité immédiate, voire juste devant, et de diminuer le nombre de situations critiques sur la voie publique.

2.2.4 Barcelone – Catalogne – Espagne

L'Espagne est confrontée à la fin des années 1970 à une consommation excessive d'héroïne sous forme injectable (héroïne blanche), dont le marché se concentre dans les quartiers les plus défavorisés. L'épidémie de VIH va aggraver la situation sanitaire de ces usagers de drogue. En 1992, au moment des Jeux Olympiques à Barcelone, les toxicomanes se déplacent du centre de la ville vers Can Tunis (terrain vague situé entre la zone portuaire et le cimetière de Montjuïc sous le périphérique). C'est la première scène ouverte de la ville qui compte une fréquentation quotidienne de plus de 500 personnes. Plusieurs associations et ONG y dispensent des soins médicaux et de santé et distribuent des seringues stériles. Si, en 2004, pour accompagner la rénovation urbaine de Can Tunis, la municipalité propose l'ouverture de trois salles de consommation de drogue dans Barcelone, à partir de 2009, elle mettra l'accent sur l'implantation de centres intégrés de traitements de la toxicomanie⁸².

En effet, depuis 1987, le conseil municipal de Barcelone intervient sur la question des drogues à travers des plans quadriennaux successifs (annexe 5 – 5.1). La méthodologie en est participative : elle consiste à contacter différents acteurs et agents de santé, sociaux, éducatifs, culturels, de loisirs, de sécurité et autres, afin de rechercher un consensus politique, social et professionnel. Ses principes reposent sur un modèle de gouvernance urbaine à partir de différents déterminants de santé pour atteindre le bien-être individuel et communautaire. Afin de faire un bon diagnostic de la situation et une évaluation du précédent plan, des preuves fondées sur des informations quantitatives et qualitatives sont utilisées. Pour l'identification des priorités selon le territoire, l'un des indicateurs utilisés est l'indice des drogues problématiques pour les consommateurs (ICPD). Le diagnostic et son évaluation se traduisent en politiques de redistribution des ressources et des projets destinés aux populations les plus vulnérables⁸³.

De façon constante, le plan quadriennal affiche comme perspectives d'éliminer la stigmatisation associée à la dépendance, de réduire la morbidité et la mortalité associées à la consommation de drogues psychoactives, prévenir les situations d'exclusion sociale de l'individu et de son environnement, éviter les infractions et les violations de la législation en vigueur.

Barcelone dispose de 15 CAS (*centres d'atenció si seguiment* = centre de soins et de suivi) dont sept offrent une gamme complète de services, y compris des programmes de réduction de la toxicomanie et des traitements (annexe 5 – 5.2). Les CAS offrent des services de prévention et de réduction des risques aux usagers de drogue actifs, avec des espaces de consommation supervisés, des accès au système de santé et aux traitements. Dans un second temps, ils fournissent des traitements thérapeutiques aux usagers qui ont déjà entamé le processus de traitement de leur consommation (alcool, cannabis, cocaïne, héroïne...).

Le territoire est couvert par une gamme étendue d'outils concourant à la réduction des risques et des dommages (annexe 5 – 5.3). Ce modèle⁸⁴ sous-tend que la toxicomanie est une maladie chronique et récurrente et que chaque malade n'est pas au même stade de changement.

⁸² Un centre intégré de la toxicomanie comporte les volets de la réduction des risques et du traitement.

⁸³ Sur les 73 districts de Barcelone, 17 sont identifiés dans le plan 2017-2020 comme nécessitant une intervention du fait du niveau très élevé de leur ICPD.

⁸⁴ Le modèle transthéorique, développé en 1982 par les psychologues James Prochaska et Carlo DiClemente, permet de comprendre comment les personnes changent face à certains comportements addictifs. Il décrit une série d'étapes à travers lesquelles passe une personne qui veut abandonner une addiction. Ces étapes sont : la pré-intention (le sujet n'a aucune pensée de sevrage) ; intention (il pense à arrêter) ; préparation-prise de décision (il planifie l'arrêt de son addiction) ; action (il est activement engagé dans le changement) ; maintien/liberté (il a fait des changements, mais reconnaît qu'il doit demeurer vigilant en cas de rechute).

Par exemple, le CAS Baluard⁸⁵ a été déplacé en octobre 2017 pour lui permettre de renforcer la gamme des services proposés afin de fournir l'ensemble des traitements de la dépendance (cocaïne, héroïne et plus particulièrement l'alcool), des services de réduction des méfaits et ainsi d'accueillir 30 % d'usagers supplémentaires. Les nouveaux locaux de 530 m² sur deux niveaux et un sous-sol lui permettent d'avoir des bureaux de consultations médicales, un espace pour les thérapies individualisées et de groupe, une salle d'accueil, des douches, des zones de stockage, un CIS (avec espace injection et espace d'inhalation). Le hall d'entrée permet un accès différencié en fonction du type d'usagers. Depuis son ouverture en décembre 2004, si l'activité principale du CAS concerne la santé publique, il intervient aussi dans son environnement avec le déploiement d'agents de santé dans la rue et en contact permanent avec le territoire, avec les institutions, le voisinage et les commerces de proximité (tables de coordination). Au cours de la première moitié de 2017, il a effectué en moyenne 5 800 visites mensuelles en santé et socio-éducation et environ 1 950 utilisations de la salle de consommation supervisée.

Les données ci-dessous sont issues du plan 2017-2020, dans la partie bilan-évaluation du plan 2013-2016⁸⁶.

Les seringues collectées sur la voie publique font partie des indicateurs indirects de la consommation problématique par injection (annexe 5 – 5.4 et 5.5). Pour réduire sa présence, des interventions sont réalisées, tant avec les usagers, que de façon conjointe du niveau communautaire avec les différentes ressources territoriales. Cette réduction (lors du plan 2013-2016) est de 55 %.

La fréquentation des salles existantes (annexe 5 – 5.7) fait apparaître que s'il y a une régulation entre les différents espaces, cela reste à la marge, ce qui tend à conforter l'absence de mobilité des consommateurs de drogue.

À Barcelone, quatre surdoses sur 100 sont mortelles chez les injecteurs d'opiacés (annexe 5 – 5.8). Le nombre de décès dus à une overdose a diminué au fil des ans, passant de 22 hommes morts et 5 femmes décédées pour 100 000 personnes âgées de 15 à 54 ans en 1995 à respectivement 6 et 1, en 2015. Cette diminution de la mortalité coïncide avec le déploiement des ateliers de prévention systématique des surdoses à partir de 2013. Aucun décès par overdose n'est à déplorer dans les structures de consommation supervisées.

En 2016, 73 % des personnes ayant commencé un traitement dans les CAS étaient des hommes de la tranche d'âge 45-55 ans (sauf pour le cannabis qui concerne majoritairement les 25-30 ans).

Depuis 2008, le VIH et le VHC font aussi l'objet d'un suivi dans les CAS de Catalogne. À Barcelone entre 2008 et 2014, le pourcentage d'usagers des centres avec un VIH positif a diminué, passant de 31 % à 25 % pour les hommes et de 43 % à 31 % pour les femmes. Il est à noter que, selon les estimations, 79 % des personnes consommant de l'héroïne injectable se savent séropositives. En 2014, environ 20 % des utilisateurs des centres avait une co-infection par le VIH et le VHC. Lors de l'exercice biennal 2014-15 ont été détectés 18 nouveaux cas de VIH chez les consommateurs de drogues par injection (5 femmes et 13 hommes). Les personnes hétérosexuelles qui consomment des drogues injectées sont celles chez qui le diagnostic est le plus tardif.

Il est important de noter qu'à la demande de l'Agence de santé publique de Barcelone, en collaboration avec le Secrétariat du plan national sur les drogues du ministère de la Santé et de la Consommation, la Generalitat de Catalogne et du conseil provincial de Barcelone, a été mis en place un protocole d'implantation non conflictuelle et durable des dispositifs de toxicomanie à destination des techniciens⁸⁷. Ce protocole se décline en trois phases : la préparation avec la mise en place d'une équipe de conduite qui doit prospecter et élaborer un pré-diagnostic qui sera la base de la première discussion avec la communauté ; les « conception, validation et viabilisation » d'un plan d'action et enfin la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du projet. Comme il est spécifié dès l'introduction, ce protocole ne se prétend pas « la solution » mais est un canevas qui doit pouvoir s'adapter : « ces réalités sont spécifiques à chaque territoire et contiennent une grande hétérogénéité de situations, d'acteurs, de protagonistes, de besoins, exige, en bref, des réalités diverses, qui exigent un haut degré

⁸⁵ Le CAS Baluard se trouve dans la vieille ville de Barcelone dans le quartier du Raval à proximité des Ramblas et est géré par Associació Benestar i Desenvolupament (Association pour le bien-être et le développement) – ouvert la semaine de 7h à 22h, le we de 8h à 21h. À partir de juillet 2018 jusqu'au 30 septembre va ouvrir 24h/24. Il a un budget de 2,37 millions €/an.

⁸⁶ <http://www.aspb.cat>

⁸⁷ Ajuntament de Barcelona, Consorci Sanitari de Barcelona, Agència de Salut Pública, Protocolo de actuació para la implantació de dispositius de drogodependencias

de flexibilité et d'adaptabilité ». Pour le CAS Baluard, si les travaux ont débuté en décembre 2016, le travail d'information et de mise en réseau a débuté en janvier 2015.

2.3 Expérimentations – France

Si le plan gouvernemental 2013-2017 valorisait la réduction des conduites addictives, les objectifs de la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue et l'expérimentation de salle de consommation à moindre risque sont inscrits dans les articles 41 et 43 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé (voir annexe 6). Elle autorise l'expérience pour une durée de 6 ans à partir de la date d'ouverture de la première salle, dans le cadre d'un cahier des charges défini par le ministère de la Santé⁸⁸.

Ce cahier des charges des SCMR fait l'objet d'un arrêté du ministère des Affaires sociales et de la Santé⁸⁹. Il reprend les objectifs fixés par la loi qui couvrent aussi bien des aspects de santé publique, d'éducation à la réduction des risques que de diminution des nuisances dans l'espace public. La circulaire du 13 juillet 2016 de politique pénale⁹⁰ détaille les responsabilités pénales des différents protagonistes.

La durée minimale de chaque expérimentation est de trois ans sous la responsabilité d'un CAARUD⁹¹ sous réserve d'autonomie spatiale de la SCMR⁹². Il est spécifié que la salle est réservée aux majeurs⁹³ et que son implantation devra se faire au plus près des lieux de consommation identifiés et renseignés. Le coût de fonctionnement est assuré par le ministère des Affaires Sociales et de la Santé⁹⁴, des cofinancements sont prévus⁹⁵.

La Midelca supervise le comité de pilotage national, regroupant des représentants des ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur, mis en place pour favoriser, suivre et coordonner régulièrement les expérimentations locales ainsi que l'évaluation scientifique⁹⁶.

La circulaire développe les aspects de sécurité publique dans et autour de la SCMR, en insistant sur la nécessité d'une présence policière visant à prévenir toutes dérives et organisant des contrôles utiles sur la nature et la quantité des produits transportés dans ses parages. Elle précise la responsabilité pénale des différentes parties traduite par l'immunité pour les actes de consommation et d'accompagnement dans le cadre de la politique de réduction des risques uniquement au sein de la SCMR. Cependant, elle insiste sur le fait que l'immunité ne s'étend pas à l'extérieur de celle-ci pour les usagers⁹⁷ et que les accidents qui pourraient intervenir dans la salle relèvent « du régime de droit commun applicable en matière d'accident lié au fonctionnement d'une structure médicale ou médico-sociale » et qu'en cas de dysfonctionnement de la salle « la responsabilité de la personne morale, comme celle des personnes physiques, puisse être engagée, notamment des chefs de blessures involontaires ou d'homicide involontaire ».

L'arrêté ministériel décline très précisément le cahier des charges au niveau local de chaque SCMR dans ses missions, son organisation technique et l'équipement de ses locaux, ses objectifs en matière de fonctionnement, les protocoles indispensables à mettre en œuvre, son personnel et ses responsabilités, les partenariats et conventions nécessaires à sa mission ainsi que les modalités d'évaluation de chaque expérimentation.

⁸⁸ Le 22 janvier 2016, saisi, le Conseil constitutionnel a décidé conforme à la constitution l'article 43 relatif à l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR).

⁸⁹ Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salle de consommation à moindre risque »

⁹⁰ Circulaire du 13 juillet 2016 de politique pénale relative à l'ouverture des premières salles de consommation à moindre risque, espaces de réduction des risques par usage supervisé

⁹¹ et ^{93bis} Voir annexe 1

⁹² Le statut des CAARUD n'autorise pas de consommation de substances psychoactives dans leurs locaux.

⁹³ La circulaire rappelle que les mineurs ne peuvent pas être accueillis dans une SCMR pour consommer des produits psychotropes mais peuvent l'être pour être conseillés et orientés vers des structures adaptées.

⁹⁴ Coûts d'exploitation, de personnel et les frais courants de structure.

⁹⁵ Pour les locaux, le matériel et l'équipement de la part des collectivités territoriales, des associations et de la Midelca

⁹⁶ Voir paragraphe 2.3.4.

⁹⁷ « Aussi, aux abords de la structure réglementée, seules les personnes fréquentant les salles de consommation pourront bénéficier, non d'une extension d'immunité pénale, mais d'une politique pénale adaptée tenant compte de l'objectif de réduction des risques poursuivi. ».

2.3.1- La pertinence du site parisien

La réduction des risques en Île-de-France s'articule autour de dix-huit CSAPA^{93bis}, neuf CAARUD et la salle de consommation à moindre risque.

Si on s'intéresse au choix du site parisien, il est utile de préciser que la capitale est en constante interaction avec les territoires environnants. On trouve dans la littérature scientifique, mais pas uniquement, la trace de la sectorisation du trafic de drogue depuis le début des années 1980, avec la fermeture d'importants lieux de *deal* et de consommation (notamment l'îlot Chalon - gare de Lyon). Les dealers d'héroïne vont alors se déplacer depuis la gare de Lyon vers la gare du Nord et jusqu'à la Goutte-d'Or⁹⁸.

Les années 1990 vont se caractériser par l'apparition du crack, une intensification de la distribution de cocaïne dans la rue, qui se concentrera en particulier autour de la rotonde de Stalingrad. De façon anecdotique, le père Baron témoigne de sa prise de fonction en 1992 dans le quartier de la gare de l'Est : « Quand j'ai fait le tour de l'église Saint-Laurent pour la première fois, j'ai vu des mecs qui se shootaient, d'autres qui squattaient »⁹⁹. L'action des forces de l'ordre pour faire disparaître la scène ouverte de Stalingrad contribue à disperser les points de vente et de consommation dans les arrondissements voisins. C'est d'ailleurs ce que va constater une étude sociologique réalisée entre janvier et juillet 1995 par l'Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance (IREP). Son objet est d'explorer la complexité de l'économie souterraine des produits stupéfiants dans la capitale¹⁰⁰. Elle fait apparaître que les arrondissements les plus impliqués sont les 18^e, 19^e, 10^e et 20^e suivis par les 11^e, 17^e et 9^e, ce que corroborent les statistiques policières (ces sept arrondissements regroupent 75 % des interpellations liées au trafic de stupéfiants de Paris).

Les années 2000 ne montrent pas de déplacement dans la localisation des trafics, mais plutôt un moindre étalement, qui se configure en une zone qui s'étend des Halles et remonte vers la Seine-Saint-Denis en passant par les gares de l'Est et du Nord et les portes de Clignancourt et de la Chapelle¹⁰¹. La presse se fait régulièrement écho de la situation du triangle gare du Nord-Stalingrad-Château-Rouge (ex : *Le Parisien* 14/12/2001, 02/11/2015 ; *Le Monde* 28/02/2005 ; *Le Figaro* 11/02/2013, 12/10/2013 ; ou encore les médias internet comme *lpress* 05/12/2012).

Une étude coportée en 2008¹⁰² met en évidence une forte concentration de population en errance dans les gares du Nord et de l'Est. Les caractéristiques notables qui la qualifient sont sa jeunesse et sa forte propension à consommer des produits psychoactifs. L'alcool, les médicaments détournés de leur usage (sulfates de morphine principalement), le cannabis, la cocaïne (sel ou base) et l'héroïne sont les principaux produits consommés dans ces lieux. Le trafic et la consommation de drogues peuvent être liés à la prostitution, pratique plus ou moins organisée selon les groupes occupant ces gares.

Safe est une association destinée à favoriser l'accès aux matériels de consommation à moindre risque pour les usagers de drogues. Si, depuis 1994, Safe travaille sur les automates (distributeurs, parfois récupérateurs, de kits de matériel de consommation), ce n'est qu'à partir de 1999 que l'association gère les appareils de Paris et des Hauts-de-Seine¹⁰³. Les premiers distributeurs ont été implantés en 1995 rue de Maubeuge (le long de la gare du Nord, 10^e arr.), à proximité des Halles (1^{er} arr.), à Nation (limite des 11^e et 12^e arr.) et près de l'hôpital Bichat (18^e arr.). Cette couverture territoriale de la capitale fait l'objet d'une concertation avec l'ARS et la municipalité. Elle va être étendue de 8 à 16 arrondissements entre 1999 et 2008¹⁰⁴.

⁹⁸ Association Salle Saint-Bruno, Association Espoir Goutte d'Or et Coordination Toxicomanies 18 ; *Drogues et environnement social urbain : Analyse de l'impact d'une expérience de réduction des risques sur la population locale. L'exemple de la Goutte d'Or*, décembre 2003, 79 p.

⁹⁹ <https://www.streetpress.com/sujet/1516013114-centre-social-accueil-sdf-migrants15>, article de Stadius T. et Duchemin G., janvier 2018.

¹⁰⁰ Ingold F.R., Toussirt M., Goldfarb M., *Étude sur l'économie souterraine de la drogue : le cas de Paris*, Paris, IREP, 1995, 39 p.

¹⁰¹ Rapports locaux des Sites TREND - Paris 2001 à 2013 et 2015. Accessibles sur le site de l'OFDT.

¹⁰² Reynaud-Maurupt C. (GRVS), Amaouche M. (GRVS), Halfen S. (Observatoire Régional de la Santé - Ile de France), Gérard Rimbart G. (GRVS). Conduites addictives, errance, prostitution à l'intérieur et aux abords des gares du Nord et de l'Est, Paris, 10^e arrondissement. Étude ethnographique et qualitative. États des lieux, besoins et ressources en 2008 Rapport d'étude à l'attention de Préfecture de Paris – Mission Toxicomanie Ville de Paris – Mission de prévention des toxicomanies, Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris – Service santé publique. SNCF, pôle sociétal, mars 2009, 120 p.

¹⁰³ Safe s'occupe aujourd'hui de 60 sites sur Paris, l'Essonne, les Hauts-de-Seine, la Seine-Saint-Denis et le Val d'Oise.

¹⁰⁴ Voir annexe 7.

« [...] Ce sont des mouvements d'usagers qui font que certaines scènes se créent à des endroits ; la RDR doit aller vers ces usagers. Ce n'est pas parce que nous mettons en place une RDR que les usagers bougent ; nous devons nous adapter à l'évolution des scènes. [...] La fréquence des interventions va varier selon l'utilisation faite du site. Par exemple, si l'on regarde les Halles en 2004, on distribuait plus de 15000 seringues par an. En 2014, on est sur une base de 5000, donc l'activité a été divisée par trois. On va adapter la fréquence des interventions à l'usage des machines, car on va passer moins sur un site en diminution, et on va renforcer notre présence sur des territoires où il y a plus d'usagers. Le dispositif en tant que tel va rester identique en termes d'offre de services ; en revanche, si on a moins besoin de recharger à un endroit, on va adapter. [...] Avec les automates, on peut aménager la contenance et les tournées. Cela nous donne une grande souplesse sur le territoire. [...] » Directrice - Safe

Sur les 233 687 kits d'injection distribués en Île-de-France¹⁰⁵ en 2016, 192 000 (180 476 kits+ et 9 090 kits 2 ml¹⁰⁶) le sont sur le territoire parisien. On constate que presque la moitié de l'activité des automates de la capitale est réalisée rue de Maubeuge¹⁰⁷. Cela nécessite de la part de Safe un remplissage quotidien. En quantité, suivent les automates de Barbès (Boulevard de la Chapelle, 19 205 kits), Sébastopol (2^e arr., 9 571), gare de l'Est (8 660) et Budapest (gare Saint-Lazare, 6 160). Il apparaît que, la répartition des automates sur le territoire parisien étant assez large, ils ne peuvent être considérés comme la seule justification du regroupement des usagers.

Depuis la seconde moitié des années 1990, grâce à une antenne mobile, les UDI du quartier bénéficient des services du CAARUD géré par l'association Gaïa¹⁰⁸. La mobilité permet de s'approcher au plus près du public cible. Les espaces de stationnement de ce bus sont situés, selon les époques, dans l'une des rues autour de l'hôpital Lariboisière (rue Ambroise Paré, rue de Maubeuge et rue Guy Patin). En 2015, Gaïa a vu 2 700 personnes différentes dans le bus. Ces personnes cumulent plusieurs facteurs de vulnérabilité dont le premier est l'absence ou la précarité du domicile pour 60 % d'entre eux. Son autre spécificité renvoie à sa consommation de médicaments détournés de leur usage, ce qui est considéré comme « la dépendance de la misère » (un cachet se vend dans la rue entre 3 et 5 €). Le plus usité est le skénan, un antidouleur (sulfate de morphine), mais on trouve aussi des traitements de substitution et des opiacés, des anxiolytiques (Valium...). Le VHC est très répandu dans cette population (jusqu'à 60 % d'entre eux).

L'implantation d'une SCMR est conditionnée par le volontariat de la commune accueillante. Depuis 2010, l'exécutif parisien mène une réflexion active sur les SMCR et lors des élections municipales de 2014, l'expérimentation est inscrite dans le programme de campagne avec une localisation dans le périmètre de la gare du Nord. Après les élections, la municipalité va entrer en discussion avec les deux grandes institutions implantées sur le périmètre : l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et la SNCF afin de trouver un site propice à son installation.

En 2016, une subvention d'investissement pour travaux, afin d'aménager une SCMR sur le site de l'hôpital Lariboisière, est approuvée¹⁰⁹ par les élus du département de Paris¹¹⁰. Le fonctionnement est pris en charge par l'Assurance maladie par le biais d'une convention tripartite entre l'association Gaïa-Paris, l'ARS Île-de-France et la CPAM-Paris. Le budget initial est à hauteur de 1,2 M€ et autorise, en plus des missions définies précédemment, la possibilité de financer une prestation de sécurité à l'entrée de la salle (présence d'un agent aux heures d'ouverture).

La SCMR est ouverte le 17 octobre 2016, 14 rue Ambroise Paré dans des locaux de l'hôpital Lariboisière avec une entrée distincte. Concomitamment, la SNCF sécurise son emprise du 110 rue de Maubeuge. Cette opération va rendre visibles des usagers qui se réfugiaient dans cet espace (le collecteur de déchets y récoltait 150 litres de résidus par mois).

¹⁰⁵ Qui se répartissent en 192 168 dans le 75, 6 476 dans le 91, 9 880 dans le 92 et 25 163 dans le 93. Les 400 009 kits d'inhalation se répartissent en 28 421 à Paris et 11 588 en Seine-Saint-Denis.

¹⁰⁶ « Kit + » est le kit d'injection classique. Il contient 2 seringues BD, 2 stéricup, 2 eaux injectables, 2 tampons secs, 2 tampons alcoolisés et 1 préservatif masculin. Ce kit comporte des seringues d'un 1 ml, il y a des kits avec des seringues de 2 ml. Il y a quatre automates sur le territoire parisien (Chapelle, Maubeuge, Fg St Martin et Max Dormoy) qui distribuent des kits d'inhalation dits kits base. Celui-ci est composé de 1 tube en verre (7 cm de long), 2 embouts en plastique, 1 filtre en inox, 1 dosette de crème de soin Hydramyl®.

¹⁰⁷ La progression du nombre de kits diffusés rue de Maubeuge : 5 000 en 1999, 20 000 en 2004, 91 341 en 2016 (82 251 kits 1 ml et 9 090 2 ml).

¹⁰⁸ Gaïa est une association médico-sociale dans le soin en addictologie et la réduction des risques liés à l'usage de drogues à Paris issue d'un programme de Médecins de Monde. Elle gère depuis 2006 un CAPSA et un CAARUD.

¹⁰⁹ En mars 2016, une subvention de 848 976 € et une convention avec Gaïa est approuvée par les élus parisiens (2016 DASES 101G). À noter, le compte rendu de séance ne fait pas état de détail du vote mais uniquement d'une adoption.

¹¹⁰ Les élus centristes se sont joints au vote de la majorité municipale.

Les objectifs portés par Gaïa sont affichés en « une » du dossier de presse :

- Pour réduire les risques de surdoses et autres complications liées à la consommation de drogue ;
- Pour faire entrer les consommateurs dans un processus de substitution ou de sevrage ;
- Pour améliorer l'accès aux droits et aux services sociaux ;
- Pour réduire les nuisances dans l'espace public.

Cette salle dispose de 12 places d'injection et de 4 d'inhalation. Si le mode de consommation doit principalement être l'injection, la plupart des usagers sont polyconsommateurs. La salle est ouverte de 13 h 30 à 20 h 30 tous les jours de la semaine. Pour fonctionner, elle doit s'assurer de la présence d'au moins 5 personnels (2 à l'accueil, 2 dans la salle et une dans l'espace de repos). Pour entrer, il faut être identifié par une inscription comportant un nom ou surnom, une date de naissance et avoir accepté le règlement de la salle. Fin mars 2018, le nombre d'inscrits est de 1 000 personnes : 5 % d'entre eux souffrent de symptômes de comorbidités psychiatriques ; il est composé d'une minorité de femmes (13 %) ; l'âge médian est de 37,8 ans ; 52 % sont sans domicile fixe ; le groupe majoritaire est composé d'originaires d'Europe de l'Est (Géorgie, Ukraine, Russie...). Les produits consommés restent d'abord des médicaments détournés¹¹¹. Gaïa accompagne en moyenne 20 hospitalisations mensuelles, dont la moitié pour des questions somatiques, l'autre pour sevrage (alcool ou crack).

Gaïa a travaillé à la mise en œuvre de partenariats avec différentes institutions du territoire pour le bénéfice de ses usagers. Ils concernent plusieurs hôpitaux (Fernand Widal pour des consultations psychiatriques, Saint-Antoine et la Pitié pour les traitements de l'hépatite C et Lariboisière pour les urgences), ou encore la SNCF pour intervenir dans les espaces des gares (des discussions sont en cours avec la RATP et trois autres associations). Les questions de parentalité sont travaillées avec le CSAPA¹¹² de la porte de la Chapelle. Itinérances (association sise Boulevard Magenta) accueille les 18-30 ans (possibilité de prendre une douche et de faire une lessive).

Par ailleurs, dans les locaux, les usagers peuvent accéder à un certain nombre de services, de permanences (consultations médico-sociales, dépistage VIH et VHC, CPAM, bus dentaire et, depuis fin 2017, une permanence psychiatrique se tient tous les lundis après-midi toujours dans le cadre du partenariat avec F. Widal). Gaïa propose aux usagers un atelier de réinsertion « Labofabrik » dans le cadre du dispositif *Premières heures*. Celui-ci consiste à créer, à partir de matériaux de récupération, des objets utilitaires.

2.3.2 Modalités de mise en œuvre

Depuis l'ouverture de la salle, Gaïa organise chaque mois des portes ouvertes afin d'accueillir tous ceux qui souhaitent comprendre le fonctionnement de la salle. C'est aussi une possibilité de contact avec les riverains.

La déclinaison sur le territoire des prescriptions inscrites dans l'arrêté du 22 mars 2016 correspond à la mise en œuvre de deux comités. Le premier, appelé comité de pilotage, est sous l'autorité conjointe de la maire de Paris, du directeur de l'ARS-Idf et du chef de projet de la Midelca. C'est lui qui vérifie la conformité de la mise en place de l'expérimentation aux regards du cahier des charges ainsi que l'adaptation du projet aux réalités locales. Le second s'intitule « comité de voisinage ». Sa fonction est de favoriser la discussion, l'échange d'informations et d'assurer la coordination entre tous les acteurs. Il est actuellement¹¹³ composé de 52 personnes réparties en 5 collèges : habitants (associations et collectifs soit 12 membres) ; institutions et entreprises locales (11 représentants) ; acteurs du projet SCMR, associations locales travaillant sur la toxicomanie et la précarité (10 personnes) ; élus en charge des compétences de santé et de sécurité (des 10^e, 18^e, 19^e arrondissements ainsi que de la ville de Paris, 12 participants) ; institutions de santé et de toxicomanie (7 intervenants).

Ce comité de voisinage se réunit toutes les huit semaines et son ordre du jour est assez banalisé. En effet, après l'approbation du compte rendu de la séance précédente, un point est fait sur la situation dans l'espace Gaïa (fonctionnement quotidien et perspectives), suivi d'un état de l'espace public et des actions entreprises¹¹⁴. Le fonctionnement de ce comité est régi par une charte qui a été approuvée en son sein lors de sa deuxième réunion, le 21 novembre 2016.

¹¹¹ En juillet 2017, les produits consommés dans la salle sont : 42,6 % de skénan, puis 43 % de crack (2/3 inhalé, 1/3 injecté), 6,3 % pour de la méthadone et 6,1% de la buprénorphine 1,2% d'héroïne et moins de 0,89% de cocaïne.

¹¹² Voir annexe 1.

¹¹³ Un collège supplémentaire devrait s'y adjoindre ultérieurement, celui des usagers de la salle.

¹¹⁴ Tous les comptes rendus validés des comités de voisinage sont accessibles sur la page de la mairie du 10^e à la rubrique SCMR (<https://www.mairie10.paris.fr/mes-demarches/sante-et-exclusion/sante-et-exclusion/salle-de-consommation-a-moindre-risque-25>)

Ces échanges permettent de faire évoluer le dispositif. Les points soulevés sont essentiellement liés à des désordres sur l'espace public et à la présence de groupes.

Les riverains reviennent régulièrement sur la nécessité pour eux d'avoir un interlocuteur quand ils se trouvent face à un désordre. L'association s'est donnée les moyens de répondre aux appels et, si ce n'est pas au décroché, essaye de répondre par mail ou par téléphone dans des délais très courts. Cependant, elle indique de façon récurrente que sa mission est d'intervenir auprès des usagers et que les désordres d'ordre public sont du ressort des services joignables par le « 17 ».

Dans le projet initial, des maraudes sont prévues. Elles consistent à aller à la rencontre des usagers, mais aussi à celle des habitants et des personnes qui travaillent dans le quartier. Si elles sont assurées sans difficultés deux matins par semaine, les mardis et jeudis entre 10 h et 12 h 30, celles de l'après-midi ne sont réalisées que lorsque le personnel est suffisant dans la salle, car il est aussi mobilisé dans l'accompagnement des usagers vers d'autres structures. C'est l'effort financier réalisé par l'ARS en 2018 (augmentation du budget de la SCMR de 500 000 €) qui va autoriser un renforcement de l'équipe. Si cette consolidation augmente les prises en charge au sein de la salle (santé, suivi social,) elle va permettre d'assurer toutes les maraudes chaque jour de la semaine. De plus, depuis fin août 2017, des maraudes quotidiennes avec les usagers sont organisées. Leur objet est de les sensibiliser au ramassage des déchets liés à la consommation mais aussi des canettes abandonnées. Dès janvier 2017, les agents de la propreté de la ville ont constaté une réduction du nombre de seringues, tandis que Safe remarque moins de déchets sur la voie publique. À partir de mai 2017, la propreté du secteur va être renforcée au quotidien, par la mise en œuvre de neuf balayages par semaine (un chaque matin et un les après-midis du mercredi et du samedi), auxquels s'ajoutent deux lavages à l'eau (jeudi et dimanche) et l'implantation de cinq nouvelles poubelles.

Lors du comité de voisinage du 21 novembre 2016, la question de distribution de matériel stérile à des personnes non-utilisatrices de la salle est soulevée par des riverains, tant d'un point de vue réglementaire qu'en raison du flux qu'elle génère. Si une réponse est apportée lors du comité suivant sur la concordance de la distribution avec la législation, reste celle des mouvements constants de personnes. La question est réitérée lors de la séance de mars. Cette distribution va être interrompue le 18 avril 2017, après qu'une solution ait été proposée : pour soulager la pression sur la salle, l'association Ego qui gère le CAARUD STEP (bd de la chapelle) a augmenté ses horaires d'ouverture pour être en correspondance avec ceux de la SCMR en semaine. À partir de juin 2017, il sera ouvert le samedi et, à partir d'avril 2018, le dimanche. Par ailleurs, Safe a renforcé sa présence à proximité des automates de la rue de Maubeuge tous les jours à midi avant l'ouverture de la salle.

Plusieurs éléments urbains posent des difficultés et vont être retirés de l'espace public comme la boîte relais de recueil de vêtements rue Ambroise-Paré ou les bacs à fleurs installés devant la salle¹¹⁵ dont l'usage aura rapidement été détourné.

Cependant, des espaces restent problématiques comme les deux stations Autolib implantées rue Patin et rue Saint-Vincent-de-Paul. Si la première est surtout utilisée de façon inappropriée par des mineurs marocains sans lien avec la salle, la seconde comporte 6 voitures occupées et vandalisées régulièrement. À partir de mars 2017, suite au rapprochement avec le concessionnaire, les policiers sont détenteurs d'une carte pour verrouiller les véhicules laissés ouverts par les conducteurs (40 à 60 % des véhicules ne sont pas fermés après utilisation). Cependant, cette solution n'étant pas satisfaisante, la station est gelée à partir du 26 septembre 2017.

Très tôt, le « collectif des parents du quartier et riverains » va attirer l'attention du comité de voisinage sur l'espace vert « Cavaillé-Coll » qui est un lieu de présence et d'injection ancien (antérieur à la salle) et concentre de nombreux déchets de consommation, alors que c'est un espace de promenades et de jeux pour les enfants du quartier. Un groupe de travail est mis en place avec le collectif des parents, Gaïa et Quartier partagé¹¹⁶. Dès juillet 2017, le collectif des parents constate une amélioration et, en octobre, le groupe de travail a fait évoluer le jardin avec la pose de deux boîtes de récupération de déchets.

D'autres solutions sont plus longues à se concrétiser comme le renforcement de la sécurisation de l'entrée du parking Indigo. Si son concessionnaire assure des rondes régulières et une présence tous les jours de la semaine de 20 h à 1 h, son accès reste très facile. D'où le projet d'en modifier les accès. L'entrée à digicode a été remplacée par un système de lecteur piéton à code-barres en novembre. Les trois entrées disposeront d'un sas dans le courant de l'été 2018 (cette lenteur est inhérente aux

¹¹⁵ Ils avaient été installés pour une activité jardinage avec les usagers de la salle.

¹¹⁶ Association de quartier non impliquée dans le comité de voisinage.

délais d'autorisations de travaux). Depuis mars 2018, des caméras dans les escaliers d'accès sont opérationnelles.

Des lieux d'injections perdurent dans le périmètre, comme la sanisette de la rue Ambroise-Paré (dont la fermeture en 2015 avait eu comme conséquence des reports dans les halls d'immeubles environnants et à l'hôpital Lariboisière) qui a donc été remise en fonction) ou comme le renforcement du 18 rue Saint-Vincent-de-Paul correspondant à des entrées de garage. Cependant, cet espace est privé et une rencontre du propriétaire organisée par la municipalité n'a pas permis d'aboutir à un règlement. Une attention particulière sur ces points a été demandée aux forces de l'ordre.

L'accompagnement du projet dans l'espace public passe aussi par une dimension sécuritaire. La présence policière, que rappelle le commissaire à l'occasion des différents comités de voisinage, consiste aux passages quotidiens de policiers en tenue (un équipage à vélo entre 10 h et 18 h, d'une équipe de la brigade spécialisée de terrain (BST) entre 14 h 30 et 21 h), auxquels s'ajoutent des personnels en civil de la brigade anti-criminalité (BAC) sur un créneau horaire de 12 h 30 à 21 h 30. Si ces équipes effectuent des rondes, elles tiennent aussi des points statiques, particulièrement à l'angle des rues Ambroise-Paré et Saint-Vincent-de-Paul. Les effectifs de BST ont été renforcés pour faire face à une présence plus importante de vendeurs à la sauvette. En effet, deux opérations de police¹¹⁷ aux marges du périmètre de la salle ont introduit une pression sécuritaire avec un déploiement en permanence sur les deux lieux (Barbès/ La Chapelle et gare du Nord). La conséquence en a été le déplacement de délinquants (voleurs, receleurs) dans le quartier. Par ailleurs, sept caméras de vidéosurveillance sont actives sur le secteur de la salle (leurs emplacements sont visibles sur le site de la préfecture de police). La moitié des interpellations dans le 10^e sont liées aux trafics de stupéfiants, mais elles sont sans lien avec la salle, ni avec le crack (les substances impliquées sont plutôt de l'héroïne, de la cocaïne et du cannabis).

Lors du 8^e comité de pilotage du 19 décembre 2017, le préfet de police fait un point sur l'engagement des forces de l'ordre dans le périmètre depuis l'ouverture de la salle. Celui-ci a donné lieu à 1 380 opérations, 5 600 personnes contrôlées, 99 interpellations pour consommations sur voie publique, 15 interpellations pour trafic et 1 260 personnes réorientées vers la salle¹¹⁸. Depuis cette date, la zone de sécurité prioritaire (ZSP) jusque-là circonscrite au 18^e arrondissement a été étendue au nord du 10^e, territoire sur lequel est implantée la SCMR avec un renforcement des effectifs.

Si des difficultés perdurent dans l'espace public, on peut considérer que les moyens financiers, humains (sanitaire et de police) ont été dégagés afin de résoudre les désordres dénoncés par les riverains après 18 mois de fonctionnement de la SCMR. Cependant, si l'effort doit être poursuivi pour faire vivre cette cohabitation, il est notable que plusieurs questions n'ont pas été résolues. En premier lieu, l'absence de solution pérenne d'hébergement pour stabiliser les usagers de la salle est un handicap. Par ailleurs, une interpellation revient régulièrement. Un seul équipement, rapporté à un territoire aussi vaste, comportant un public potentiel important mais aussi très divers dans ses addictions, semble inadéquat. C'est principalement la question de la consommation du crack, en très forte expansion sur l'espace public parisien, qui est abordée par le biais de cette question.

« [...] On avait imaginé dans le Collectif du 19 mai 2009 ouvrir trois lieux. Après, il y a une réalité budgétaire ; mais on s'est porté volontaire pour être opérateur d'une salle de consommation à Paris. On n'a jamais dit que nous voulions être exclusifs ; nous avons dit que nous portions un projet. On ne peut en porter dix ; on en porte un, dans le quartier dans lequel on intervient, pour un public et une réalité. D'autres partenaires sont au plus près d'usagers de cracks par voie inhalée ; ce qui nous semblerait cohérent, c'est qu'une autre salle ouvre avec une porte d'entrée « inhalation ». À un autre endroit dans Paris, pas forcément très loin ; par exemple le 18^e. Il y a aussi une concentration d'usagers, et il faut répondre aux besoins. [...] Il faut que l'offre soit plus partagée sur le territoire. Après, je pourrai parler de la banlieue, car je pense qu'il y a des nécessités aussi ailleurs. [...] »
Coordonnatrice SCMR - Association Gaïa-Paris

2.3.3 Strasbourg

La région Grand-Est dispose de 28 CSAPA et de 12 CAARUD, respectivement dix et trois dans le Bas-Rhin, six et un à Strasbourg. Le conseil municipal de Strasbourg a approuvé le projet

¹¹⁷ « Barbès respire » et « Gare du Nord ».

¹¹⁸ Lors du comité de voisinage du 29 mars 2018, le commissaire a actualisé ces données : 1 707 opérations de sécurisation ont été réalisées depuis l'ouverture de la salle, 107 interpellations pour consommations, 34 interpellations pour détention de produits, 82 interpellations pour cession de produits, 111 interpellations pour recels de vol et 210 pour vente à la sauvette.

d'aménagement de la SCMR à une grande majorité : 50 voix pour et 5 contre. « Cela s'explique notamment par une tradition très ancienne de la ville de mener des projets innovants dans le domaine sanitaire et social au profit des personnes les plus en difficulté », souligne Alexandre Feltz, adjoint à la santé à la mairie de Strasbourg et médecin généraliste¹¹⁹.

Les données disponibles¹²⁰ faisaient apparaître que la moitié des usagers de drogue avait une consommation dans l'espace public, 30 % dans des lieux isolés, avec des pratiques à risque. Cependant, il n'existe pas de scène ouverte. Cette consommation reste diffuse dans la ville. C'est pourquoi la municipalité, très engagée dans la réduction des risques, s'est portée volontaire à l'accueil d'une SCMR. L'association Ithaque, qui gère le CAARUD de Strasbourg, porte la SCMR « Argos » ouverte le 7 novembre 2016. Elle se situe au sein d'une bâtisse isolée dans l'enceinte de l'hôpital civil au cœur de la ville. La salle, comportant six espaces d'injection, deux de sniff et quatre d'inhalation, est ouverte de 13 h à 19 h.

Les conditions d'accès à Argos sont les mêmes que celles de Paris, le questionnaire d'accueil ayant été réalisé conjointement par les équipes d'Ithaque et de Gaïa. En juin 2018, Argos comptabilise près de 520 inscrits. Certains ont fait évoluer leur addiction vers une consommation de médicaments de substitution. D'autres ont suivi des cures. D'autres, enfin, ont changé de mode de consommation : de l'injection, ils sont passés à l'inhalation. La consommation de drogue se fait à 85 % par injection et il s'agit essentiellement de cocaïne (37 %) et, dans l'ordre de consommation, du skénan, de l'héroïne et de la buprénorphine. Le public accueilli à Argos est en grande précarité : la moitié vit en hébergement précaire, 10 % sont à la rue et 18 % n'ont pas de ressources. Les femmes représentent plus d'un tiers de ce public (cette part importante des femmes est corroborée par les données existantes dans les CAARUD et CSAPA¹²¹). L'âge moyen est de 37 ans. Étant implantée dans un secteur sans habitation, l'installation de la SCMR n'a suscitée aucune controverse, et seul un comité de suivi a été mis en place.

Argos dispose du personnel médical pour assurer des consultations avec médecins et infirmiers (écoute, soins, entretiens psychiatriques...). Il redirige vers les services de l'hôpital quand il ne peut répondre aux besoins.

Fin 2017, deux usagers étaient en cure et, sur les 183 dépistages réalisés, 13 personnes se sont avérées porteuses du VHC et 4 ont commencé un traitement de substitution.

Les perspectives d'Ithaque pour le développement des apports de la SCMR, passent d'abord par la valorisation de l'implantation transfrontalière de cette salle en travaillant avec les Allemands, notamment sur le dépistage. Le second axe est d'aménager l'étage au-dessus de la SCMR, afin d'accueillir des « lits halte soins santé », soit une dizaine de chambres d'ici la fin de l'année 2018 pour proposer des traitements de plusieurs semaines pour les sans-domicile fixe.

2.3.4 Évaluations

L'arrêté du 22 mars 2016 a prévu l'évaluation scientifique de l'expérimentation des SMCR dans son article 11. Dans ce cadre, deux recherches sont financées par la Midelca : Cosinus, recherche socio-épidémiologique portée par un consortium de chercheurs de l'Inserm, et une étude sur l'acceptabilité sociale des dispositifs de réductions des risques conduite par le Centre de recherche médecine, santé, santé mentale et société (Cermes 3).

Il a été précisé lors de plusieurs comités de voisinage parisien que c'est l'Inserm qui a choisi tant les équipes que les intervenants. Le dispositif est le suivant : quatre équipes réalisent la recherche « santé publique » à Paris, Strasbourg, mais aussi à Bordeaux et Marseille qualifiées de « villes miroirs ». L'équipe chargée de l'enquête parisienne réalise aussi les travaux sur l'acceptabilité sociale tant à Paris qu'à Strasbourg.

Dans le cadre de Cosinus, 250 usagers sont suivis (200 utilisateurs de la SCMR et 50 d'un CAARUD extérieur mais ayant un profil proche des premiers). Cette étude se déroule sur un an sur la base de quatre rencontres. Les usagers sont interrogés sur leur situation sociale, leurs actes de délinquance, leur situation vis-à-vis du VIH et du VHC, leur pratique de partage de seringues, leurs overdoses. Il

¹¹⁹ Bienvault P., « À Strasbourg, un climat apaisé autour de la salle de shoot », *La Croix* du 11/10/2016.

¹²⁰ OFDT, ARS Grand-Est, Addictions en Grand-Est- Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale, coll. Portrait de territoire, mai 2017, 105 p.

¹²¹ OFDT, Les CAARUD en 2015 - Des inégalités dans l'offre de service de réduction des risques et des dommages, mars 2018

s'agit donc de comparer les usagers qui fréquentent une salle et leur évolution sur un an avec les usagers qui n'en fréquentent pas, selon les mêmes indicateurs et sur la même période.

La méthodologie de la recherche sur l'acceptabilité sociale a été plusieurs fois présentée en réunion publique avant l'ouverture des SCMR. Elle combine un recueil de données qualitatives sur l'expérience vécue, la perception des usagers et des riverains de la salle et un recueil de données quantitatives. Il s'agit donc d'évaluer l'impact sur la tranquillité publique, son acceptabilité sociale et les attentes des usagers afin de mesurer l'intégration de la SCMR dans son environnement urbain avec la prise en compte des spécificités de chacune d'elles. Ce travail s'appuie sur :

- des observations ethnographiques, commencées 18 mois avant l'ouverture, dans l'espace public autour de la salle et dans les réunions de discussion et de négociation (les comités de suivi et de voisinage, les réunions locales, ...) ainsi que des sorties sur le terrain avec les services de police ;
- des entretiens semi-directifs avec les parties prenantes. Une centaine est prévue avec les riverains, commerçants, usagers, professionnels de la réduction des risques, personnel hospitalier, police, justice, acteurs politiques locaux et nationaux à Paris et à Strasbourg. Les riverains ne sont que parisiens. Sont concernés tant des personnes membres des associations ou collectifs constitués que des volontaires non organisés qui résident dans l'une des quatre rues autour de la salle. Il s'agit d'avoir un panel varié d'habitants : « Ce qui est très important, c'est d'avoir des gens pour ou contre, et une bonne représentativité dans le panel. Ensuite, c'est important de les suivre, pour voir comment leur position évolue. Les collectifs m'ont donné des coordonnées d'adhérents avec des positionnements variés ». La coordonnatrice scientifique Inserm-Cermes 3.
- des données quantitatives collectées à Paris et à Strasbourg émanant de la police, de la ville de Paris, des gérants de parking, de la Coordination toxicomanie à Paris, de l'Observatoire de la tranquillité publique à Strasbourg.

« [...] Pour évaluer l'impact de la salle sur la tranquillité publique, les critères que j'utilise, ce sont le nombre de seringues dans l'espace public, les regroupements d'usagers, les injections dans l'espace public, les actes de deal et de délinquance. Sur l'acceptabilité sociale, les critères sont la perception de l'usage de drogue et de ses dommages, la qualité de vie dans le quartier, et le sentiment d'insécurité. Pour l'indicateur seringues, je me base sur plusieurs sources : les observations ethnographiques réalisées une à trois fois par semaine. Ces observations consistent en toujours le même parcours... on le fait évoluer quand on nous dit que la scène s'est déplacée. C'est Patin, Maubeuge, on va jusqu'à Chapelle, et après, on fait la rue Saint-Vincent. Là, avec nos téléphones, on prend des photos des seringues et des traces de consommation. [...] » Coordonnatrice scientifique Inserm-Cermes 3.

Cette recherche sur l'acceptabilité sociale doit se dérouler sur au moins quatre ans, sur (à ce stade) deux SCMR extrêmement différentes. Les scènes ouvertes existent à Paris et en Île-de-France, alors que la consommation est diffuse à Strasbourg. Selon le recensement de 2015, Paris est huit fois plus peuplée que Strasbourg, son aire urbaine est 16 fois plus importante en population et, surtout, sa densité d'habitants au kilomètre carré est six fois plus dense. En conséquence, les contraintes d'occupation de l'espace sont assez différentes.

Les contextes politiques sont aussi distincts avec une quasi-unanimité pour l'accueil de cet équipement à Strasbourg, alors que des oppositions ont vu le jour à Paris. Cependant, il faut garder à l'esprit que c'est une expérimentation accompagnée d'évaluations et que c'est bien la dissemblance des situations qui en fait l'intérêt, pour pouvoir établir la pertinence du bien-fondé de l'implantation de SCMR en France.

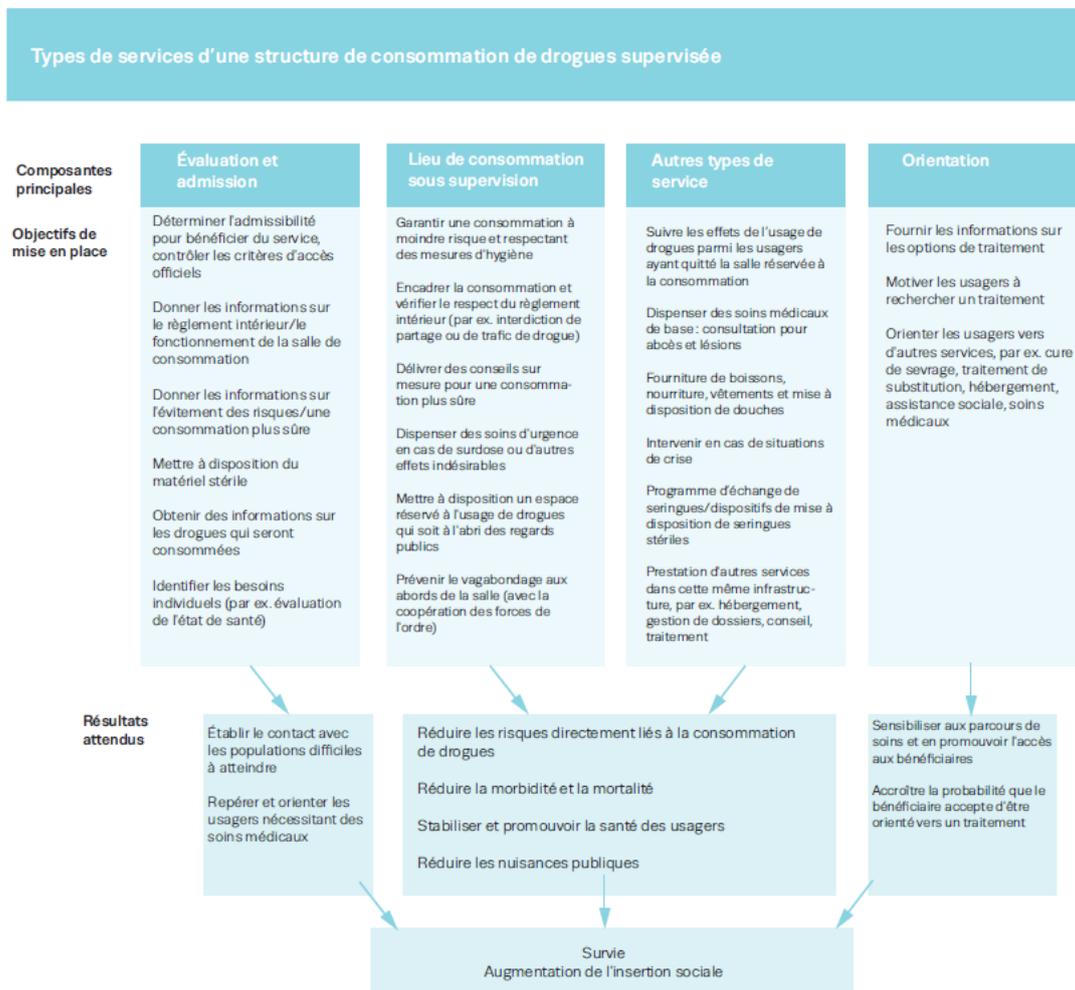
3. Quels impacts pour les SCMR ?

En 2004, l'OEDT avait déjà publié un travail de synthèse des caractéristiques des différentes salles de consommation, à partir de la littérature existante¹²².

Il existe des critères communs à toutes les salles, comme un âge légal minimum de fréquentation et l'existence ou non d'un lieu de résidence. Ce sont des équipements à destination des injecteurs, auxquels sont proposés du matériel d'injection, accompagné de matériel de prévention incluant des préservatifs et des containers de récupération. De façon moins systématique, des prestations complémentaires telles que des douches, de la nourriture, et des vêtements sont proposées à ceux qui vivent dans la rue¹²³.

Les salles de consommation de drogue sont toujours présentées comme une porte d'entrée dans un parcours plus complexe pour les publics les plus désinsérés sanitaire et socialement.

Ce sont des équipements supervisés par des professionnels, travailleurs sociaux, infirmiers, médecins ou autres personnes formées à l'aide d'urgence et à l'accompagnement social, dans lesquels les usagers ont la possibilité de consommer dans des conditions d'hygiène et de sécurité.



Source : OEDT : Perspectives sur les drogues- Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offres et des réalités - 31 mai 2016

¹²² Hedrich D., *Rapport européen sur les salles de consommation en Europe, Observatoire européen des drogues et toxicomanies*, OEDT, février 2004.

¹²³ OEDT, *Perspectives sur les drogues- Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offres et des réalités* - 31 mai 2016.

Les cinq missions spécifiques des salles de consommation sont d'établir un contact avec une population difficile à atteindre ; fournir un environnement hygiénique et sécurisé pour la consommation de drogues, en particulier pour les injections ; réduire la morbidité et la mortalité liées à l'usage, en limitant les surdosages, la transmission du VIH et des hépatites ou de toute autre infection ; promouvoir l'accès à d'autres services sanitaires et sociaux ; réduire l'usage de rue et les nuisances associées.

La synthèse de 2017 montre peu d'évolution par rapport à ce cahier des charges, si ce n'est la nécessité d'une inscription préalable des usagers qui fréquentent la structure. Si les équipements restent à destination des injecteurs, leur polyconsommation est prise en compte. Il apparaît plus fréquemment des espaces spécifiques destinés aux inhalateurs et aux fumeurs dans les salles.

OEDT identifie trois types de SCMR :

- intégrée, la salle est incorporée à une structure à bas seuil. De ce fait, la supervision de la consommation n'est qu'un des services proposés, les autres pouvant alors être en lien direct avec le quotidien de l'usager (douche, nourriture, vêtements...) ;
- spécialisée, elle n'offre que le service en lien avec la consommation visée (matériel d'injection stérile, supervision et conseils médicaux...) ;
- mobile : des structures mobiles existent dans certaines villes mais il est précisé que le nombre d'usagers pouvant être pris en charge est moindre que dans une structure fixe.

3.1 Impacts sanitaires

Concernant les questions sanitaires, un rapport a été publié en 2018, avec le soutien de l'Union européenne par International Network of Drug Consumption Rooms (INDCR)¹²⁴ sur la base d'un sondage en ligne réalisé entre septembre et décembre 2016, dont l'objet était de connaître la réalité de la prise en charge du VHC dans les SCMR. 86 réponses ont été recueillies auprès des représentants des 92 SCMR en activité. Sur ces retours, après élimination des doublons et des réponses trop incomplètes (la durée du questionnaire était de 45 min), sont restées 49 réponses, soit 54 % des salles existantes dans le monde. Ce questionnaire est intéressant, au-delà de la prise en charge du VHC, car il aborde les autres services et les règles mises en place dans les établissements ainsi que les caractéristiques des usagers. Cependant, il reste déclaratif.

3.1.1 Accessibilité et profil des usagers

Parallèlement à la résolution de la capacité juridique de créer une salle de consommation à moindre risque, il s'agit d'en définir l'implantation et les conditions d'accès.

Par exemple l'expérimentation de Uniting MSIC¹²⁵ (Medically Supervised Injecting Centre) a été lancée le 6 mai 2001 dans le quartier de Kings Cross à Sydney. Dès 1999, le gouvernement de Galles du Sud avait sollicité l'Église unifiée australienne (protestante)¹²⁶ pour porter ce projet dans ce quartier, qui avait la fréquence la plus élevée de décès par surdose de drogue de l'État, et même d'Australie. Il a également été choisi parce que la communauté locale était très favorable à l'initiative dans leur secteur. Trois rapports d'évaluation indépendants (2003 par le Centre national de recherche sur l'alcool et les drogues, 2006-2007 par le Centre national d'épidémiologie et de recherche clinique et 2010 par KPMG – réseau mondial de cabinets professionnels offrant des services de vérification, de fiscalité et de conseil) ont été remis au gouvernement de Nouvelle-Galles du Sud pour permettre la modification de la législation, afin d'autoriser la création de CIS en Australie (1^{er} novembre 2010).

Sur les 46 SCMR qui ont répondu à la question concernant leur localisation dans le questionnaire de l'INDCR, une majorité déclare être située dans le centre de la ville (74 %) et/ou près d'un carrefour

¹²⁴ Belackova, V., Salmon, A. M., Schatz, E., Jauncey, M., *Online census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a setting to address HCV: current practice and future capacity, Amsterdam, Sydney: International Network of Drug Consumption Rooms, Correlation Network, Uniting Medically Supervised Injecting Centre, 2017.*

¹²⁵ En quinze ans (mai 2001 à mai 2015), environ 15 400 personnes ont été accueillies, avec une moyenne d'injections oscillant entre 140 et 250/jour.

¹²⁶ La justification de l'engagement de cette église est affichée sur le site de la salle : « dans la conviction que chacun a le droit inhérent à la dignité et au respect. Il a également été établi dans la conviction qu'il réduira les décès par surdose et sauvera des vies créées à l'image de Dieu. Le centre continue de sauver d'innombrables vies et a aidé de nombreuses personnes sur le chemin du rétablissement et de la réhabilitation. ».

majeur (54 %) ainsi que dans les limites d'une scène de drogue établie dans la rue (48 %). De plus, une grande proportion d'entre elles était co-localisée avec d'autres services utilisés par les UDI (57 %). Une minorité de CIS sont un programme autonome (30 %), exploitent un service mobile (20 %) ou sont situés en périphérie d'une ville (13 %). Le choix du site est souvent conditionné par la capacité restreinte des usagers les plus précaires de se déplacer sur des distances importantes. Dans un entretien à Vice¹²⁷, le 26 septembre 2016, la directrice de H17¹²⁸ (Copenhague), Louise Runge Mortensen, déclare qu'il lui semble pertinent d'aider les consommateurs là où ils sont les plus nombreux. À cette mobilité restreinte s'ajoute la volonté de s'y rendre. Une étude transversale, répétée sur les périodes 2001-2003 et 2003-2005 auprès de 640 UDI, réalisée à Vancouver, a été conduite à ce sujet. Elle fait apparaître que 72 % de ceux qui annonçaient vouloir fréquenter un CIS l'ont effectivement fait. Une autre observation¹²⁹ réalisée auprès de 1 082 UDI fréquentant Insite (Vancouver) fait apparaître un taux de satisfaction élevé chez les usagers, puisqu'il atteint 95 % et que 75 % d'entre eux considèrent que l'injection y est plus sûre. Les entraves soulignées par les UDI comme pouvant restreindre leur fréquentation sont les horaires d'ouverture, le temps d'attente, la proximité policière et le trajet pour se rendre jusqu'à la salle. Ce frein à la fréquentation reste présent dans les réponses¹³⁰ des douze entretiens semi-structurés auprès de 13 jeunes (17-28 ans) recrutés dans le cadre de l'étude At-Risk Youth – une cohorte prospective de jeunes de la rue et de consommateurs de drogues – en 2013 à Vancouver. Ces interviews font ressortir deux éléments : le premier concerne la mise en œuvre de stratégies par ces jeunes pour limiter les risques encourus, notamment par une transition vers les médicaments. Le second indique que la contrainte spatiale, comme la distance jusqu'au CIS, reste déterminante dans l'accès aux services. On retrouve ces aspects dans une étude réalisée à Sydney¹³¹ qui voulait évaluer la volonté des UDI d'utiliser un CIS (71 % expriment cette adhésion). Les obstacles à cette pratique sont fondés sur la distance entre la salle et le lieu d'acquisition des drogues (élément que l'on trouve aussi dans les réponses des 215 UDI interrogés à Melbourne fin 1999-début 2000), une présence policière possible et l'absence d'anonymat à l'entrée de l'équipement.

Au total, il existe une quinzaine d'études¹³² réalisées entre 2000 et 2013, sollicitant l'opinion des UDI à propos des CIS, notamment sur leur modalité de fonctionnement. Si ces derniers reconnaissent la sûreté et l'hygiène des injections inhérentes aux salles, tant dans la pratique que dans l'apprentissage (ces aspects sont mentionnés par les usagers dans les études faites à Sydney et Vancouver), ce sont les conditions d'utilisation des équipements qui les rebutent. Les reproches formulés concernent les plages horaires d'ouverture et certaines règles de fonctionnement comme l'inscription nominative ou la présence des représentants de l'ordre à proximité de l'entrée. Cependant, les usagers reconnaissent une amélioration physique et psychologique de leur état en lien avec leur fréquentation d'une salle¹³³.

Les horaires sont très variables selon les CIS, mais de façon constante le service tend à être proposé sept jours sur sept dans chacun d'eux. Il semblerait que celui qui propose la plus large amplitude soit Insite à Vancouver avec 18 heures de plage horaire (10 h à 4 h), mais H17 reste ouvert de 7 h 30 à 23 h 30 (soit 16 heures, il est même envisagé qu'elle passe à 22h/24 en lien avec une augmentation d'effectifs). À Sydney, l'amplitude est de 12h/jour¹³⁴. Il conviendra d'être attentif à l'expérimentation, à partir de juillet 2018 et pour l'été, de l'ouverture 24h/24 du CAS Baluard (Barcelone) en juillet 2018. En effet, la municipalité a voté un nouveau plan de lutte 2017-2020 contre la drogue qui comporte une

¹²⁷ Jellestad L., « Dans la toute nouvelle salle de shoot de Copenhague », *Vice Danemark*, 26 septembre 2016. *Vice* est un magazine mensuel gratuit et international créé en 1994 à Montréal. https://www.vice.com/en_us/article/yvewjy/copenhagens-new-supervised-injection-site-876

¹²⁸ H17 est implantée dans le quartier de Vesterbro à 500 m à pied de la gare centrale de Copenhague et à 50 m d'un commissariat. Ouverte en août 2016 à l'initiative de la municipalité qui a investi 4 millions d'euros pour transformer un ancien abattoir. Elle fonctionne avec un budget annuel de 2,24 millions d'euros. Sur 1 000 m², elle dispose de 24 espaces de consommation (partagés par moitié entre l'injection et l'inhalation), d'une clinique, d'une salle de repos, d'une cuisine et d'une salle d'activité. La première SCMR danoise a été ouverte en octobre 2012 (quatre mois après que le gouvernement national a accepté d'autoriser sa création) dans le quartier de Versterbro, à proximité de la gare centrale de Copenhague.

¹²⁹ Petrar S., Kerr T., Tyndall MW, Zhang R, Montaner JS, Wood E. Injection drug users' perceptions regarding use of medically supervised safer injecting facility. *Addict Behav*, 2007.

¹³⁰ Bozinoff N, Small W, Long C, DeBeck K, Fast D. *Still "at risk": An examination of how street-involved young people understand, experience, and engage with "harm reduction" in Vancouver's inner city*, BioMed Central Ltd., publié en ligne le 1 juin 2017.

¹³¹ Beek I. van, Gilmour S., *Preference to have used a medically supervised injecting centre among injecting drug users in Kings Cross, Sydney*, Public Health, 2000.

¹³² Potier C., Op. Cit. pp 25-27

¹³³ Hedrich D., Kerr T., Dubois-Arber F., *Drug consumption facilities in Europe and beyond. In Harm reduction: evidences, impacts and challenges. Monograph 10*. Rodes T. Hedrich D. (eds) Publications of the European Union, Luxembourg, 2010

¹³⁴ Ouverture de 9 h 30 à 21 h 30 (lundi, mercredi, jeudi, vendredi), de 9 h 30 à 15 h 45 et de 18 h 00 à 21 h 30 les mardis et de 9 h 30 à 17 h 30 les samedis, dimanches et jours fériés.

série de mesures pour lutter contre les phénomènes de drogue dans le quartier du Raval (logement, sécurité, espace public et santé publique), où se trouve cet établissement. Le conseil municipal a approuvé une augmentation de la dotation en ressources humaines et financières pour accompagner ces mesures. Le coût de cette ouverture nocturne est estimé à 260 000 €.

Quant aux usagers, leur profil moyen se dessine ainsi : un homme (avec un ratio moyen de 7 pour 3 femmes) de plus de 30 ans (âge moyen 30-35 ans), sans travail, qui a recours à l'aide sociale, se livrant à la prostitution dans moins de 10 % des cas. Une part non-négligeable est sans domicile fixe (11 % à Sydney jusqu'à 60 % à Barcelone, voire plus à Genève, 50 % à H17 – Copenhague). Le profil émergeant du rapport de l'INDCR est légèrement différent, mais plus récent : s'il reste un homme dans 80 % des cas (une salle allemande n'a pas été prise en compte dans ce comptage, car elle est réservée exclusivement aux femmes), 39 % sont sans-abri et l'âge moyen est de 40 ans.

L'accès aux CIS est réglementé¹³⁵. Ils sont dans leur grande majorité interdits aux mineurs et aux femmes enceintes. Certaines salles restreignent l'accès aux seuls usagers originaires d'un périmètre défini (comme par exemple la région). Tout nouvel usager doit s'inscrire lors de sa première entrée et devra s'identifier à chaque nouvelle fréquentation. On trouve dans toutes les salles un règlement intérieur qui interdit tout commerce ou partage de drogues, bannit l'aide à l'injection à d'autres usagers et exclut toute violence. Tout manquement est sanctionné par une exclusion temporaire dans 53 % des CIS du panel INDCR et peut aller jusqu'à l'exclusion définitive pour 40 % d'entre eux.

On trouve dans de nombreuses SCMR (sondage INDCR) la possibilité d'utiliser un téléphone et d'obtenir une boisson chaude (thé ou café dans 91 % d'entre-elles), ce qui dans les salles Barcelonaises est nommé « calor i café » (« chaleur et café » soit le moment du premier contact). Dans environ 75 % des salles, les soins personnels sont disponibles (douche, lavage des vêtements : 76%) ainsi que l'aide aux démarches administratives (74 %). Plus de la moitié des SCMR fournissent des repas (61 %) et des activités récréatives (57 %). Dans certaines SCMR, des projets de travail et de réintégration sont disponibles pour les usagers (41 %) ainsi qu'une domiciliation (39 %). Plus rarement, des casiers sont mis à leur disposition (26 %), très rarement est mentionnée la fourniture de vêtements (deux cas) et à quatre reprises de l'hébergement ou des logements. Enfin, près de la moitié des équipements ont organisé des portes ouvertes au public (49 %).

Il apparaît donc, à travers la mise en place de ces services complémentaires, que les SCMR essayent de proposer des accompagnements pour répondre au plus près des difficultés sociales dans lesquelles se trouve le public le plus marginalisé qu'elles accueillent.

3.1.2 Réduction de la mortalité et de la morbidité

Il convient ici de préciser que la morbidité désigne l'incidence et la prévalence d'une maladie dans une population donnée, tandis que la mortalité se rapporte directement au nombre de décès.

La création des CIS a d'abord eu un impact direct sur la mortalité par overdose. En effet, si la supervision médicale n'empêche pas les accidents graves que sont les prises de surdoses par les UDI, les différentes sources permettent d'affirmer que des décès ont été évités dans les CIS, alors que le taux de décès par overdose reste important dans les pays européens¹³⁶.

Sur le site des SMCR¹³⁷ est affiché le compteur de jour sans décès par overdose (soit, au moment de la rédaction de ce document, aucun depuis l'ouverture de la première salle à Berne en 1986). Le seul décès identifié dans une SCMR a été enregistré en 2010, mais il était lié à une réaction allergique et non une surdose.

Quand le Danemark déplore près de 300 morts par overdoses chaque année, en huit mois (d'août 2016 à mars 2017), H17 reconnaît une à deux overdoses par semaine, mais aucune n'a été mortelle¹³⁸ grâce à la présence permanente d'un membre de l'équipe médicale. Deux études plus anciennes, à Vancouver et Sydney, ont mesuré l'incidence et la prise en charge des overdoses au sein des deux CIS. Pour les 336 overdoses constatées à Insite entre le 1^{er} mars 2004 et le 30 août 2008, 87 % des cas se sont vus administrer de l'oxygène, 27 % de la naloxone et 21 % ont été transférés à l'hôpital.

¹³⁵ INSERM et OEDT, *op. cit.*

¹³⁶ Voir page 13.

¹³⁷ www.salledeconsommation.fr

¹³⁸ Leclercq B., « Réduction des risques à Copenhague - Créée en 2016, la salle de consommation de drogues fait ses preuves », *Le Quotidien du Médecin*, n° 9574, 20 avril 2017.

Tandis qu'à Sydney sur une période équivalente de 18 mois entre le 6 mai 2001 et le 31 octobre 2002 à l'Uniting MSIC, ce sont 409 overdoses qui ont été prises en charge. 70 % des cas se sont vus administrer de l'oxygène, 25 % de la naloxone et il est précisé que la prise en charge a été effectuée dans les cinq minutes dans 76 % des cas. À Vancouver, le nombre d'overdoses mortelles à proximité du CIS (périmètre de 500 m autour) est moindre de 35 % par rapport au nombre de décès par cette cause dans le reste de la ville. Entre deux et douze décès par overdose chaque année¹³⁹ seraient ainsi évités. Déjà, une étude de simulation sur quatre ans (2004-2008) estimait que 1 004 overdoses dont 453 mortelles avaient été évitées depuis l'ouverture d'Insite. En 2017, Insite reconnaît dans son rapport annuel 2 151 surdoses intervenues dans ses locaux. À Sydney, le nombre d'appels des ambulances pour overdose a diminué de 68 % dans un rayon de 1,5 km autour d'Uniting MCIS.

Dans la synthèse réalisée par l'OEDT en 2016, qui porte sur les 62 SCMR qui existaient alors, sont répertoriés les services sanitaires proposés. Partout est présente la distribution de matériel stérile pour les injections ; 60 à 70 % des structures offrent un accès aux soins primaires sous couvert d'un personnel médical. La directrice de Quai 9 (Genève), Martine Baudin, déclare : « Les gens viennent consommer mais il y a tout l'accueil, le 'avant, pendant et après consommation' qui est fondamental pour vraiment faire tout le travail de réduction des risques. »¹⁴⁰. D'autant que les UDI qui fréquentent les SCMR sont le plus souvent des injecteurs réguliers (plusieurs fois par semaine ou par jour), très souvent dans l'espace public (39 % à Sydney, 20 % à Genève, 53 % à Essen et 54 % à Vancouver) et une part importante d'entre eux souffre de problèmes de santé directement liés à l'injection. La régularité de fréquentation de l'équipement dépend de nombreuses variables (produit injecté, fréquence et maîtrise de l'injection, présence ou non de domicile). À Sydney, par exemple, si les deux tiers de la population cible a utilisé au moins une fois le CIS, seule une injection sur dix y est pratiquée.

En 2000, à Hambourg (Allemagne), 616 usagers de la scène de la drogue ou dans les environs des établissements à bas seuil ont été interrogés, afin d'évaluer l'impact des salles de consommation sur la promotion de la santé chez les usagers de drogues et la réduction des nuisances publiques liées à la consommation de drogues. Des entretiens qualitatifs axés sur les problèmes ont également été menés avec des membres du personnel des centres de réinsertion sociale, des résidents, des personnes travaillant dans le quartier, des policiers et des élus. Les résultats montrent que les CIS de Hambourg conduisent à des changements positifs dans les comportements liés à la santé pour les usagers de drogues. Ce qui est confirmé par la méta-analyse évaluative d'observation¹⁴¹ publiée en 2009 qui estime que le partage des seringues chez les UDI diminue de 69 % du fait de la fréquentation d'un CIS. De même, l'éducation à la santé menée au sein des CIS semble avoir un effet positif sur les comportements des injecteurs par une systématisation de l'utilisation de préservatifs à chaque rapport sexuel (+ 8 % à Insite).

Concernant l'amélioration de l'état de santé des usagers d'Insite¹⁴², un quart des soins concernent des problématiques cutanées liées à l'injection. Il apparaît que les usagers injecteurs qui sont orientés par le CIS à l'hôpital y séjournent moins longtemps que ceux qui s'y sont rendus seuls. Ici aussi, les injecteurs reconnaissent que le CIS permet d'accéder plus facilement aux aides sociales et aux soins. Les injecteurs reconnaissent aussi que la fréquentation régulière d'un CIS, par la dispense de conseils utiles, diminue les problèmes liés aux injections.

Une étude à Sydney aborde la question de la prise en charge de la dépendance qui semble être facilitée par la fréquentation du CIS (20 % des usagers intéressés et un quart de ces derniers ont débuté la prise en charge). Il apparaît que la prise en charge de la dépendance augmente avec la fréquentation régulière d'un CIS. L'obstacle reste le délai d'accès à une place disponible en traitement contre la dépendance.

L'objet principal du questionnaire de l'INDCR porte sur le positionnement des SCMR par rapport au VHC : « L'implication de la SCMR dans la prévention et le traitement du VHC est cruciale, car des travaux de recherche récents montrent que les taux d'achèvement du traitement du VHC chez les consommateurs de drogues injectables (Dimova et al, 2013) sont faibles (Grady, Schinkel, Thomas, & Dalgard, 2013). Grâce à leur accès aux populations les plus marginalisées, les SCMR peuvent être un point d'entrée important pour le traitement du VHC et aider à éliminer les obstacles à son entrée (McGowan et Fried, 2012) ». Les réponses font apparaître que 71 % des usagers ont été testés pour

¹³⁹ Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T, "Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study", *The Lancet*, 2011.

¹⁴⁰ Mairie de Paris, *op. cit.* p. 21

¹⁴¹ Milloy M-J, Wood E. "Emerging role of supervised facilities in human immunodeficiency virus prevention", *Addiction*, Abingdon, 2009, pp. 620-621.

¹⁴² Potier C., *Ibid.*

le VHC et qu'environ 58 % étaient positifs. La plupart des salles ont fourni des tests de dépistage du VHC sur place (67 %). Seules quatre SCMR européennes fournissent un traitement contre le VHC sur place au moment de l'enquête. La grande majorité oriente vers d'autres services de traitement. La conclusion du questionnaire tend à montrer que, travaillant en première ligne avec les UDI les plus marginalisés, les SCMR pourraient devenir un point d'entrée plus actif pour la lutte contre le VHC.

Pour clore ce sous-chapitre, il convient de citer la dernière méta-analyse¹⁴³ réalisée. Ses résultats ont fait l'objet d'une publication¹⁴⁴ en juin 2018. Elle avait pour objectif de déterminer l'efficacité des CIS dans la réduction des dommages.

Les auteurs rendent compte des similitudes et différences de cet examen avec des travaux antérieurs (deux revues systématiques de la littérature primaire et une revue des revues, les trois portant sur l'efficacité des CIS à réaliser leurs objectifs ont été publiées en 2014, et une méta-analyse de 2009 sur leur impact sur le partage des seringues). En effet, ces autres travaux se concluent sur des constats plutôt positifs des impacts des CIS, alors que l'avis ici est beaucoup plus mitigé. Les éléments avancés pour éclairer ces dissemblances sont de nature diverse (amplitude temporelle différente, prise en compte exclusive des études qualitatives¹⁴⁵, agglomération de travaux aux méthodologies différentes, un seul dommage examiné et non l'ensemble de ceux-ci). Cependant, les rédacteurs conviennent qu'une des limites de cette recherche¹⁴⁶ est le nombre restreint d'études retenues (16 résultats issus de 8 études, éditées entre 2003 et 2017 concernant trois installations). S'ils considèrent que les résultats des CIS sont assez modestes (plutôt favorables en matière de criminalité liée à la drogue, assez défavorables en matière de consommation de drogues¹⁴⁷), ils ne les condamnent pas pour autant, en définissant des axes d'amélioration¹⁴⁸, notamment pour ceux qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas s'y rendre, par la mise en œuvre de dispositifs locaux coordonnés.

Néanmoins, les auteurs concluent que si l'efficacité des CIS n'est pas certaine, il convient de poursuivre le test et de développer ces espaces dans les secteurs où l'injection et les nuisances dans les espaces publics sont un problème, en intégrant dans cette réflexion les espaces de réduction des dommages supervisés par les pairs. Le point qui leur apparaît fondamental est la mise en œuvre d'une méthodologie commune d'étude afin de permettre une véritable évaluation des dispositifs.

3.2 Les impacts financiers

Assez récemment, car encouragés en 2013 par Eurostat à intégrer la consommation de stupéfiants au calcul du produit intérieur brut (PIB), les statisticiens de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) ont compilé les données de l'OFDT et de l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ). Le poids du trafic de drogue a été évalué à 2,7 milliards d'euros par an, soit l'équivalent d'un peu plus de 0,1 point de produit intérieur brut (PIB) indique l'Insee dans une note publiée le 30 mai 2018. Les substances illicites acquises par les Français seraient pour la moitié du cannabis, pour plus d'un tiers de la cocaïne et environ 10 % de l'héroïne, de l'ecstasy et des amphétamines (2013). L'Insee précise que ces évaluations sont des « ordres de grandeur ». Selon ces calculs, la production française de drogues avoisinerait 100 millions d'euros, auxquels s'ajoutent 400 millions d'euros consacrés aux importations. Le bénéfice serait alors de 2,2 milliards d'euros.

Le questionnaire de l'INDCR sollicite les SMCR sur leur mode de gouvernance, ce qui fait apparaître que, majoritairement (67 %), un organisme sans but lucratif en assure le fonctionnement, souvent partagé avec une autorité publique locale, régionale ou nationale (40 %) et 4% sont exploités en vertu d'un contrat avec un gouvernement. Reste une proportion très faible d'établissements gérés par des

¹⁴³ Une méta-analyse est une démarche scientifique systématique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné, selon un protocole reproductible. La méta-analyse permet un examen plus précis des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés et de tirer une conclusion globale.

¹⁴⁴ May T., Bennett T. et Holloway K., "The impact of medically supervised injection centres on drug-related harms : A meta analysis", *International Journal of Drug Policy*, 2018, 59 pp. 98-107

¹⁴⁵ McNeil R. et Small W. "Safer Environment Interventions: A qualitative synthesis of the experiences and perceptions of people who inject drugs". *Social Science and Medecine*, 2014, 106 pp 151-158. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.051>.

¹⁴⁶ Les auteurs indiquent que 23 des 40 études, retenues après sélection, ne pouvaient prendre place dans la méta-analyse en raison « de pertinence méthodologique ».

¹⁴⁷ « The analysis of the effects of different outcome measures found a significant favourable result in relation to drug-related crime [...] and a significant unfavourable result in relation to problematic heroin use or injection [...] » Ibid. p.104 0.402–0.613).

¹⁴⁸ «The relatively modest results on the effectiveness of MSICs suggest that more could be done to enhance their impact in reducing drugrelated harms. » *Ibid.* p. 105

structures privées (7 %) ou une organisation caritative ou religieuse (1 salle). La gouvernance de ces établissements explique sans doute la part très importante (71 %) du financement municipal, suivi pour moitié (36 %) de soutien régional et enfin par un gouvernement national (13 %). 9 % ont bénéficié d'un financement d'un organisme caritatif ou religieux ou de subventions sociales ou de services liés aux médicaments (4 %). Les autres sources de financement sont extrêmement marginales, car on trouve l'indication « confiscation du produit du crime », « entreprise à but lucratif » et « dons » pour chacun de ces items dans un seul établissement.

La plupart des SCMR ayant participé à l'enquête emploient du personnel infirmier (80 %) et/ou des travailleurs sociaux (78 %). Une autre profession de première ligne employée est l'éducateur en santé/secouriste (35 %), un psychologue (13 %), un gestionnaire de cas (11 %) et des étudiants ou stagiaires (11 %). Plus de la moitié d'entre elles salarient un directeur ou un gestionnaire de programme (57 %). Moins de la moitié disposent d'un médecin/clinicien sur place (46 %) et 17 % d'un psychiatre. Environ un tiers des salles emploient du personnel technique ou administratif (35 %) ou du personnel de sécurité (33 %). Le nombre moyen de salariés sur une journée type est de 7.

Mesurer le bénéfice généré par la mise en œuvre d'une politique publique au-delà des coûts directs d'investissement et de fonctionnement de chaque équipement n'est que peu entré dans les méthodes de travail,

Christian Ben Lakhdar¹⁴⁹ a cherché à évaluer le rapport coût-efficacité des politiques mises en œuvre concernant la lutte contre les drogues. Dans un article publié à la fin de l'année 2017¹⁵⁰, il reprend les différents éléments constitutifs de la gestion des conduites addictives en France, comprenant la répression, la prise en charge sanitaire, la prévention et la réduction des risques et des dommages. Il indique la difficulté de cerner dans les budgets publics la part de la prise en charge sanitaire ou de celle de la prévention et de la réduction des risques à imputer aux drogues illicites, non distinguées de celles liées à l'alcool et au tabac, tout comme la part de l'activité des forces de l'ordre et de la justice affectée à cette mission ne se distingue pas de leur fonctionnement général. Ayant indiqué ces limites et sur la base de trois études différentes¹⁵¹, il constate que, quel que soit le coût total, la part de la répression en représenterait de 40 à 60 %. Par ailleurs, il remarque l'inefficacité de sa mise en œuvre : elle n'a réussi ni à tarir ni à faire disparaître l'offre. Cependant, il constate que la mise sur le marché de produits de bonne tenue à moindre coût pourrait en être une conséquence. Il en conclut que seule la réduction des risques et des dommages a un bilan coût-efficacité positif et que dès lors il conviendrait de faire évoluer la loi de 1970, soit par une dépénalisation comme au Portugal, soit par une légalisation de toutes les substances psychoactives illicites, encadrée par un marché strict.

En 2008, le ministère de la Santé du Canada a calculé qu'un usager de drogue par injection dépensait 100 \$ canadien par jour (environ 64,5 €) pour satisfaire son addiction soit 35 000 \$ par an (soit un peu moins de 23 000 €) et que peu d'entre eux possédaient un revenu régulier à cette hauteur.

Si les coûts de fonctionnement des CIS sont accessibles, il n'y a que peu de travaux sur l'évaluation des coûts et de la rentabilité économique des CIS. Cinq sont identifiés¹⁵², tous sont canadiens¹⁵³, quatre portant sur le CIS de Vancouver, le dernier concernant un projet de création de salle à Montréal. Les résultats font apparaître qu'Insite est économiquement rentable, que ce sont annuellement entre 5 et 35 nouvelles contaminations par le VIH et 3 décès qui sont évités. Les travaux prospectifs sur les dix ans à venir, publiés en 2008, évaluaient à 1 119 infections par le VIH évitées et 54 par le VHC, ce qui générerait directement 18,3 millions de \$ canadiens d'économie (environ 12 millions €) et de 2 à 3 millions \$ (entre 1,3 et 2 millions €) épargnés par an par les services d'urgence sur la prise en charge des surdoses.

Sur le site du ministère de la Santé du Canada, on trouve une communication du ministre Tony Clement en 2008 « [...] les coefficients coûts-avantages pour un dollar dépensé par INSITE varient entre 0,97 et 2,90. C'est-à-dire que le coût total pour prévenir chaque infection par le VIH se situe entre 52000 \$ et 155000 \$. Lorsque ces modèles mathématiques incluent les estimations du nombre de décès par surdose ayant été évités (1,08 par an), les coefficients coûts-avantages varient entre 1,50

¹⁴⁹ Christian Ben Lakhdar est économiste. De 2005 à 2009, il a travaillé à l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Il est membre du Haut conseil de la santé publique, du conseil scientifique de l'INPES et de l'OFDT.

¹⁵⁰ Ben Lakhdar C., « Coût et efficacité des politiques de gestion des conduites addictives en France » *Après-demain 2017*, Vol.4, n° 44, pp. 35-37.

¹⁵¹ Les budgets issus de chacune des études donnent des montants très hétérogènes puisqu'ils sont évalués à 1,5 ; 1,8 et 2,5 milliards d'euros.

¹⁵² Potier C., *Ibid.*

¹⁵³ Quatre sont des études évaluatives par modélisation mathématiques.

et 4,02. ». Une projection similaire réalisée en 2012 indique que le bénéfice pourrait être équivalent à Montréal. Cette étude¹⁵⁴ a modélisé l'économie qui pourrait être réalisée pour chaque ouverture de CIS soit 450 000 € pour le VIH et 521 000 € pour le VHC.

Ces travaux constatent que si le coût (investissement et fonctionnement) des CIS peut sembler élever, au regard des bénéfices, on peut considérer qu'il existe une vraie rentabilité.

3.3 Nuisances et acceptabilité sociale

3.3.1 Nuisances dans l'espace public

La diminution des nuisances dans l'espace public est un objectif à part entière du cahier des charges d'une ouverture de salle. Les éléments qui interviennent dans cette mesure sont la réduction du nombre de personnes s'injectant dans l'espace public et un abaissement de la quantité de déchets abandonnés liés à l'injection (seringues et autres rebuts).

Sur la base des études menées à Vancouver, Sydney, Genève et aux Pays-Bas, mais aussi via les données fournies par les équipes qui gèrent les CIS, il apparaît que si les seringues n'ont pas disparues de l'espace public, elles diminuent de façon importante. Cette réduction a des causes multiples, comme la systématisation des échanges de seringues, l'accès facilité à des containers de récupération, la mise en œuvre d'équipes régulières de ramassage organisée par les professionnels des salles avec les usagers pour ramasser tant les seringues que les contenants des kits fournis. Par ailleurs, les autorités locales sont extrêmement attentives à la propreté autour d'un CIS. À H17 (Copenhague), par exemple, la rue en façade est nettoyée six fois par jour afin de collecter les seringues.

À Vancouver comme à Sydney, il n'y a pas eu d'augmentation de trafic de drogues, d'agressions ou de vols suite à l'ouverture des salles. À Sydney, les riverains constatent même une diminution des injections et des seringues dans les lieux publics. Une étude autour du CIS de Vancouver (6 semaines avant et douze semaines après l'ouverture du CIS) fait apparaître une diminution des injections dans le périmètre de dix blocs d'immeubles autour de la salle, ainsi qu'une réduction des seringues et des détritiques liés à l'injection.

Les registres de police tant à Sydney qu'à Vancouver font apparaître qu'il n'y a pas eu d'augmentation de vols ni de trafics de drogue dans le périmètre de ces CIS. Par ailleurs, l'examen des rapports informatisés de la police à Kings Cross (Sydney), sur onze ans (1999 à 2010), montrent qu'il n'y a pas eu de différence significative concernant les infractions liées à la drogue à proximité du MSIC. Les résultats de la recherche sur les CIS d'Hambourg montrent qu'ils ont atteint le groupe cible d'usagers de drogues qui pratiquent des comportements à risque, notamment l'injection publique de drogues. En outre, les résultats indiquent que les CIS ont joué un rôle important dans la réduction des troubles publics à proximité des scènes de drogue ouvertes.

Il est à noter que les salles que nous avons pu examiner ont toutes été lancées sous conditionnalité de l'expérimentation. Les projets ont fait l'objet de présentations préalables, de réunions de travail regroupant les différentes composantes (professionnels de santé, habitants, police, commerçants...), de réunions de suivi après l'ouverture du centre d'injection. Les nuisances sur l'espace public, si elles ont diminué, n'ont pas disparu. Des opérations régulières de ramassage de seringues et autres détritiques liés à la consommation sont menées aux alentours des salles avec les usagers, un travail est effectué par les personnels pour éviter les regroupements dans l'immédiate proximité des salles. Des procédures d'alerte ont été mises en œuvre pour répondre de façon réactive à tous les dysfonctionnements ou situations anormales.

Cependant, il faut insister ici sur le fait que cette population, quand elle comporte une part importante de personnes sans domicile fixe, n'a que peu de raison de se déplacer sur une distance importante et que comme le montre les services développés par les équipements les plus anciens, la vraie difficulté est de proposer une alternative à la rue à ces usagers.

¹⁵⁴ Jozaghi E., Reid AA, Andresen MA, *A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of proposed supervised injection facilities in Montréal, Canada*. Subst Abuse Treat Prev Policy, 2013.

3.3.2 Acceptabilité sociale

Au-delà des nuisances dans l'espace public, la question de la création d'une SCMR renvoie au choix du site de son implantation, interroge sur la place de chacune des communautés en présence et de leur capacité d'échanger. Quelques travaux ont analysé les problématiques émergentes autour de l'installation de programmes sanitaires et sociaux. Le groupe d'experts de l'Inserm note, sur la base des études menées au Canada, en Australie, en Allemagne, au Royaume-Uni et en Suisse, que l'équipement est d'autant mieux accepté qu'un consensus local est intervenu préalablement à son installation. Cet accord réunit au moins les forces de l'ordre, les riverains, les structures porteuses et les autorités politiques du secteur concerné.

« Dans certaines traditions sociologiques [...], le conflit n'est pas seulement un révélateur de tensions sociales sous-jacentes. En observant le déroulement du conflit, l'analyse peut dégager des effets propres de transformation mutuelle des acteurs du fait de leurs interactions : des règles nouvelles apparaissent du fait même de ces interactions. Les conflits sont aussi des formes de socialisation. »¹⁵⁵ Si cette analyse de Marc Mormont, sociologue de la transaction sociale, est inscrite dans un article se rapportant aux conflits environnementaux, elle recouvre tous les conflits d'implantation.

Ceux qui se rapportent aux équipements de réduction des risques ont été analysés par Daniel Kübler¹⁵⁶ à travers des monographies issues de plusieurs villes suisses (Berne, Zurich, Bâle, Saint Gall, Lucerne, Genève, Locarno et Schaffhouse) et on trouve une analyse conceptuelle et théorique des conflits d'implantation des équipements sanitaires et sociaux en annexe du protocole technique barcelonais.

D. Kübler détermine plusieurs dynamiques qui interagissent et se confrontent. La première dynamique se fonde sur les deux modèles de politique des drogues qui participent à structurer le débat : celle qui prône l'abstinence et la répression et celle qui promeut la réduction des risques. La seconde dynamique est fondée sur des intérêts divergents de l'appropriation spatiale. « Le syndrome NIMBY¹⁵⁷ résulte du fait qu'un petit nombre ne veut pas subir de façon concentrée les effets négatifs d'un projet dont les bénéfices sont dispersés au plus grand nombre. » Cette question concerne la place des consommateurs de drogue dans la ville. Elle définit le principe de compatibilité urbaine des services de réduction des risques. Ce principe vise à l'équilibre entre l'encadrement et la répression. Plus précisément, il s'agit ici de défendre un cadre de vie de qualité tout en admettant la nécessité de services de réduction des risques dès lors que les problèmes d'insécurité sont résolus.

L'analyse proposée dans le guide barcelonais ne diffère pas sur le fond (le syndrome NIMBY y est aussi défini comme une opposition non sur l'utilité de l'installation mais sur la pertinence du site proposé). Il insiste sur la difficulté d'appréhender une action collective qui défend des intérêts particuliers. Les rédacteurs se réfèrent à des études qui démontreraient que le « phénomène NIMBY a augmenté depuis l'apparition de nouveaux groupes de services sociaux et de santé, tels que les personnes vivant avec le VIH / sida, les toxicomanes et les sans-abri » et que ces nouveaux groupes auraient généré de nouvelles formes d'opposition dénommées *conflits de mise en œuvre de deuxième génération*.

Mais les deux démonstrations se rejoignent dans la mécanique de construction du processus ; la peur de la perte de valeur du bien des propriétaires, le souci du risque d'augmentation de la criminalité et de la montée de l'insécurité dues à l'arrivée de personnes extérieures à la communauté et un sentiment de discrimination vis-à-vis d'autres secteurs de la ville. L'analyse repose sur un discours situant le problème dans une initiative institutionnelle qui répondrait à des intérêts extérieurs à la communauté et entraînerait marginalité et délinquance dans un quartier où elles n'existaient pas auparavant, ce qui a comme conséquence une moindre qualité de vie de ses habitants. Les groupes « improductifs » sont considérés comme différents du reste de la société, avec des formes de vie inacceptables pour la majorité, et de surcroît sont une source inépuisable de dépenses publiques. Par ailleurs, les arguments les plus utilisés contre la mise en œuvre portent sur la possibilité de vente accrue de substances illégales sur le territoire, la possibilité pour les utilisateurs de stagner dans le quartier après avoir consommé, etc.

D. Kübler a identifié trois groupes distincts qui interagissent. Tout d'abord celui qu'il qualifie de « coalition de réduction des risques » regroupant les individus favorables à cette politique et donc à

¹⁵⁵ Mormont M., Conflit et territorialisation, Géographie, économie, société, 2006, n°3, pp.299-318.

¹⁵⁶ Kübler D., op.cit.

¹⁵⁷ NIMBY (*not in my back yard* = pas dans mon arrière-cour), ce terme désigne l'opposition d'intérêts privés à l'implantation à proximité de leur domicile d'un équipement destiné à satisfaire des besoins collectifs. Ce type de mouvement reconnaît la légitimité de la mission du projet, mais en conteste sa localisation géographique.

cette implantation. Les deux autres groupes sont la « coalition pour l'abstinence » (pour l'application des mesures répressives et/ou le sevrage) et la « coalition pour le cadre de vie » (dans laquelle deux argumentations cohabitent : celle sur les problèmes de sécurité et celle sur l'image du quartier). Ces deux groupes se réfèrent à une même vision de la vie sociale et économique de la ville. D. Kübler constate que les associations de commerçants sont systématiquement dans la coalition pour le cadre de vie. Les associations d'habitants sont souvent sceptiques mais ouvertes à la médiation et au dialogue avec les porteurs de projets et la population du quartier. Les associations de quartier jouent souvent un rôle de modérateur, tout en insistant sur les problèmes de sécurité. Souvent leurs membres sont divisés sur la réduction des risques mais unanimes sur la sécurité : la criminalité d'approvisionnement est unanimement condamnée. On trouve d'un côté les habitants pour qui l'encadrement des consommateurs de drogues est plus importante que l'image du quartier et ceux qui rejoignent le point de vue des associations de commerçants. Si la coalition de la réduction des risques affirme veiller sur la compatibilité urbaine des services, c'est elle qui devient le partenaire privilégié de la coalition pour le cadre de vie. Cette volonté d'aboutir à une résolution intégrée a convaincu les habitants des quartiers, professionnels, usagers de drogue et forces de l'ordre de travailler ensemble à un encadrement médico-social impliquant la libre circulation des consommateurs dans l'espace public et des mesures de contrôle permettant le maintien de l'ordre et empêchant la (re)formation de scènes ouvertes de drogue. La difficulté est de trouver l'équilibre entre les deux fonctions d'encadrement et de répression.

Pour aboutir à *la transformation de situations conflictuelles en situations de compréhension*, le protocole barcelonais propose une méthode basée sur le pré-diagnostic de la situation problématique pour aboutir à la mise en œuvre de plusieurs programmes d'action qui contribuent à améliorer la situation et à l'évaluation des actions entreprises et qui sont sans cesse interrogées pour être adaptées.

On constate que de façon assez systématique les pouvoirs publics en lien avec des structures de professionnels de santé ont fait un travail préalable de sensibilisation auprès des populations riveraines.

À Sydney, le quartier de Kings Cross est dès le début des années 1990 un lieu de consommation illicite de drogue par injection. La réflexion concernant l'implantation du CIS dans le quartier de Kings Cross débute avec la recommandation de la commission royale du service de police de la Nouvelle-Galles du Sud, qui sera rejetée par un comité parlementaire mixte en 1998. Mais, en parallèle, un sondage téléphonique aléatoire auprès de plus de 300 résidents est mené : les résultats indiquent une adhésion majoritaire à la création d'un CIS. L'année suivante, tandis que le quartier connaît la plus forte concentration de décès par overdose du pays, le *NSW Drug Summit* recommande l'implantation d'un centre d'injection médicalement supervisé en Nouvelle-Galles du Sud. Il s'est ainsi écoulé cinq années avant l'ouverture « sous surveillance » d'Uniting MSIC en 2001.

Deux ans avant l'ouverture d'H17, la municipalité de Copenhague a lancé les débats avec les riverains. Les portes du centre sont ouvertes une fois par mois aux voisins : « ça dédramatise les lieux. Lorsqu'ils le voient, beaucoup de fantasmes s'envolent »¹⁵⁸. Cependant, certaines critiques existent comme celles de Michael Lodberg Olsen qui, s'il est à l'origine de nombreuses actions en direction des toxicomanes, reproche à H17 de concentrer les moyens au détriment d'autres quartiers de la ville. Il milite pour des endroits plus petits, mieux à même de faire des accompagnements individualisés des usagers. Cette réflexion est partagée par le directeur de Quai 9¹⁵⁹ (Genève), C. Mani, qui synthétise les questions liées à l'implantation d'une telle structure lors d'une table ronde¹⁶⁰. Pour lui, chaque ville doit trouver son emplacement, il n'y a pas de lieu idéal, mais la solution la plus satisfaisante pourrait passer par l'ouverture de plusieurs espaces dans une même ville pour ne pas concentrer la population des UDI dans un seul lieu, tout en précisant que l'ouverture d'une salle ne peut, de toute façon, pas être envisagée comme la solution aux désordres dans l'espace public. Le point de vue développé¹⁶¹ par Gilles Rod, directeur du Comité national de défense sociale (Abrigado - Luxembourg) est assez similaire quand il avance que sa faveur va à « privilégier la mise en place de petites structures et de démultiplier les lieux d'accueil plutôt que de construire de grandes structures capables d'accueillir un plus grand nombre de personnes, dont le nombre est difficilement maîtrisable. ». De façon plus pragmatique, il propose l'analyse suivante : « *La solution est de trouver le chiffre clé : combien de salles pour combien de consommateurs. Ouvrir la SCMR 24 heures sur 24 pose un problème. En effet,*

¹⁵⁸ Le Quotidien du Médecin, op. cit.

¹⁵⁹ Quai 9 est le CIS de Genève, voir p. 23.

¹⁶⁰ « Espace de consommation de stupéfiants : comment gérer les relations avec le voisinage ? » organisée par la commission toxicomanie de « Lausanne Région », le 25 juin 2006.

¹⁶¹ Mildeca, Abrigado, *ibid.*

les clients restent sur place. En fixant des horaires d'ouverture, les consommateurs sont obligés de se déplacer et suivre un rythme de vie. Il faut démultiplier les salles de consommations sur le territoire. ». La structure travaille avec les autorités à l'ouverture de trois autres lieux qui permettraient d'éviter la focalisation sur la seule salle existante. Un nouveau lieu doit ouvrir d'ici la fin de l'année 2018.

C'est le choix qu'a fait Barcelone, proposant un maillage de la ville (annexe 5) à partir d'un dialogue avec l'ensemble des parties concernées « [...] la base et l'orientation de notre proposition est de promouvoir un type de mise en œuvre qui, répondant aux normes de base de la coexistence démocratique et du respect des droits des citoyens dans leur ensemble, repose sur les principes du dialogue, coordination ouverte ou horizontale ou négociation entre les différents acteurs sociaux et politiques impliqués »¹⁶².

Considérant que les travaux scientifiques sur lesquels sont fondées la plupart de ces analyses nécessitent une réactualisation (les contextes sociaux et sanitaires ont évolué) et qu'elles ne comportent pas suffisamment de regards croisés, le Forum européen pour la sécurité urbaine¹⁶³ (Efus) a mobilisé douze partenaires européens pour participer au projet « Solidity¹⁶⁴ – Salles de consommation à moindres risques (SCMR) pour renforcer la réduction des risques et la cohésion sociale à l'échelle locale ».

Ce projet, lancé en janvier 2018, consiste en l'observation et l'analyse de l'installation et la pérennisation de SCMR dans plusieurs villes européennes ainsi que la mesure de leur impact sur le territoire. L'Efus est sensibilisé à l'articulation des questions de santé et de sécurité publiques depuis de nombreuses années (manifeste de Saragosse en 2006 ; manifeste d'Aubervilliers et de Saint Denis en 2011, engagement réitéré à Barcelone en 2017). Reposant sur le retour d'expérience, le projet, d'une durée de deux ans, associe quatre villes qui disposent d'une SCMR, quatre villes qui envisagent d'ouvrir une telle salle ainsi que des associations et institutions de recherche¹⁶⁵.

Les deux objectifs affichés par l'Efus sont « de définir une méthodologie et des indicateurs qualitatifs et quantitatifs afin d'évaluer les effets d'une SCMR sur le territoire, à court, moyen et long terme. » et « Son installation doit être préparée dans une démarche partenariale, qui associe les associations spécialisées, les institutions locales et nationales, les forces de l'ordre ainsi que les riverains. Le projet aidera les villes à faire accepter leur démarche de réduction des risques. Il identifiera les conditions nécessaires pour construire un consensus autour de la SCMR et garantir ainsi la tranquillité publique ».

Ce travail fera l'objet d'une restitution en décembre 2019 à Lisbonne.

Ainsi, et au regard des stratégies proposées aujourd'hui par la plupart des travaux sur les syndromes NIMBY, la mise en place de procédures de médiation entre les communautés d'accueil et les promoteurs du projet est la stratégie appropriée. Les objectifs de ces procédures de médiation sont d'impliquer la communauté accueillante dans la préparation et la gestion des projets en question, et d'établir des négociations entre toutes les parties intéressées. Cela permet d'identifier les engagements acceptables pour tous, en respectant les intérêts particuliers des communautés locales, en rendant possible, en même temps, la réalisation d'un projet bénéfique pour l'ensemble de la société.

¹⁶² Schématiquement, le dispositif technique proposé est le suivant : prise de décision d'implantation basée sur des indicateurs/ Mise en place d'un conseil d'administration de la création (district + Agence de santé publique de Barcelone)/ Étude du territoire et diagnostic (social, démographie, trafic de drogue, problèmes). Travail avec les associations de voisinage, les professionnels, le territoire, la police/ Plan d'action, validation/ viabilité. Plan de communication. Création d'un comité technique (professionnels du district, ASPB, police, services de nettoyage). Suivi d'implémentation, réunions hebdomadaires. Création d'un comité social (district, ASPB, police, associations de quartier, entités sociales). Suivi réalisé par une réunion bimestrielle

¹⁶³ Créé en 1987 sous les auspices du Conseil de l'Europe, le Forum européen pour la sécurité urbaine est un réseau européen d'autorités locales et régionales consacré à la sécurité urbaine. Il rassemble près de 250 villes et régions de 16 pays. Pour en savoir plus : <https://efus.eu/en/>

¹⁶⁴ Solidify est financé à 80 % par la Commission européenne – Justice Programme Supporting Initiatives in the Field of Drugs Policy dans le cadre du Plan d'action anti-drogue (2017-2020) de l'Union européenne.

¹⁶⁵ Les villes : La Haye (Pays-Bas), Lisbonne (Portugal), Liège (Belgique), Ausbourg, Essen et Mannheim (Allemagne), Paris et Strasbourg (France) ; les associations et organismes de recherche : Institut za raziskave in razvoj zavod (Slovénie), Bruxelles Prévention & Sécurité (Belgique), Asociación bienestar y desarrollo et Agence de la santé publique de Barcelone (Espagne).

Perspectives

Le mouvement amorcé depuis l'ouverture de la salle de Berne en 1986 ne semble pas faiblir. Des pays qui ont déjà expérimenté des dispositifs supervisés semblent vouloir poursuivre. On peut distinguer trois axes :

- Des services supplémentaires pour les SCMR existantes.

La difficulté à laquelle se heurtent le plus souvent les professionnels est de stabiliser un public trop souvent sans domicile, afin d'entamer des suivis sociaux et sanitaires plus lourds. On l'a vu, cette question de se doter d'un espace d'hébergement en lien avec la SCMR se pose, tant à Quai 9 (Genève) qu'à Argos (Strasbourg).

La question du vieillissement de cette population est devenue un paramètre à prendre en compte. En effet, l'amélioration des soins médicaux, le traitement des patients infectés par le VIH et le VHC, ainsi que les services de réduction des risques aident à faire vieillir les personnes ayant des problèmes de drogue. Ce qui entraîne une augmentation de la multimorbidité, une évolution des besoins et des modes de consommation. LÜSA¹⁶⁶ à Unna en Allemagne avait déjà la particularité d'accueillir, depuis 1997, 30 personnes gravement endommagées par leur toxicomanie¹⁶⁷, avec des services en conséquence. Son public ayant plus de 45 ans, pour presque 70 % d'entre eux, est née l'idée de créer une résidence pour personnes âgées addictes. C'est ainsi que « DAWO¹⁶⁸ » a été initié en 2015. Abrigado (Luxembourg), qui est confronté au vieillissement de la population accueillie et à la nécessité d'adaptation des soins médicaux, s'intéresse à cette expérience.

- Le déploiement de nouvelles salles.

Des pays qui accueillent déjà des salles envisagent de développer leur réseau territorial, comme le Canada qui, en 2017, a enregistré quinze demandes d'autorisation pour des centres d'injection supervisés : sept en Colombie-Britannique (Vancouver, Surrey, Victoria, Kelowna, Kamloops) ; trois à Toronto ; deux à Ottawa ; deux au Québec. Quatre nouveaux lieux ont ouvert à Edmonton (Alberta) en mars 2018, dont une salle au sein de l'hôpital Royal Alexandra. Cette ouverture est une conséquence de l'hécatombe liée à la crise des opioïdes, qui a tué près de 700 habitants de la province en 2017. Si cette ouverture a fait débat au sein de la communauté médicale, c'est qu'il s'agit d'une première pour un hôpital en soins actifs.

L'expérimentation française prévoit l'ouverture d'une troisième salle dont l'emplacement n'est pas défini à ce jour.

- Des modifications législatives pour permettre l'ouverture de SCMR.

Des pays envisagent de développer des SCMR, comme la Belgique. Mais si les travaux prospectifs¹⁶⁹, menés dans cette optique, étaient favorables à ces implantations, la loi de 1921 toujours en vigueur sur le contrôle des drogues ne le permet pas. Des députés bruxellois ont déposé une proposition d'ordonnance relative à la santé visant la réduction des risques liés à la consommation de drogues et donc la création de salles. Le texte a été soumis au Conseil d'État et son avis est attendu. Néanmoins, la ville de Liège et la fondation Tadam¹⁷⁰ ont décidé de passer outre et d'ouvrir une SCMR au centre-ville le 1^{er} septembre 2018. Elle accueillera douze postes d'inhalation et huit d'injection.

La plupart des textes réglementaires, rédigés pour permettre l'implantation des salles de consommation à moindre risque, font bien apparaître les deux problématiques qui interagissent sur ce dossier. Les travaux, dont on dispose aujourd'hui, tendent à démontrer que les SCMR, comme outil de la réduction des risques, ont de réels avantages pour les consommateurs les plus fragiles de produits psychoactifs. Elles sont d'abord un vecteur de contact avec ces usagers, elles constituent un point d'entrée vers l'ensemble des services sanitaires et sociaux pour les usagers de drogue. Elles tendent à réduire les risques de transmission d'infections, à diminuer les questions de morbidité et de mortalité et, de ce fait, à réduire le coût de cette addiction pour l'ensemble de la société. Si elles ne les font pas disparaître, elles permettent de diminuer de façon significative la consommation dans les

¹⁶⁶ Lüsa = Langseit übergangs und stützungs Angebot (offre de soutien transitoire à long terme)

¹⁶⁷ <http://www.luesa.de/?site=wasist>

¹⁶⁸ Dawo = Da wo man bleiben Kann (Où tu peux rester) la résidence est composé de 14 chambres simples avec lit médicalisé et salle de bain privée, cuisine, salon, atelier créatif, salle polyvalente, bureaux et jardin d'hiver.

¹⁶⁹ Cellule Générale de Politique Drogues- coordination permanente Salles de consommation à moindres risques- Note de synthèse, 2016, 43 p. et Vander Laenen F., Nicaise P, Decorte T., De Maeyer J., De Ruyver B. et al. ; Étude de faisabilité de salles de consommation à moindre risque en Belgique ; Université de Gand, belspo et Université catholique de Louvain, 2018, 259 p.

¹⁷⁰ Fondation pour la prise en charge médicale des troubles liés aux substances psychoactives et pour le soutien de la recherche en matière de traitement assisté par diacétylmorphine.

lieux publics tout comme la présence des déchets ainsi que les désordres dans l'espace public liés aux scènes ouvertes, donc un profit, mais moins visible, pour le reste de la communauté.

On peut donc considérer que l'implantation d'une salle de consommation à moindre risque est bénéfique, non seulement pour les consommateurs de produits psychotropes mais aussi pour ceux qui ont à en subir les désordres. Cependant, ce sujet reste très controversé, voire clivant. Il est indispensable de mettre en place des procédures de médiation entre les communautés d'accueil et les porteurs de projets. L'Éfus a comme perspective de clore le projet « Solidify » par un colloque, en partenariat avec l'OEDT, à Lisbonne au second semestre 2019. Il sera l'occasion de faire valoir une série de recommandations et de pratiques pour accompagner et faciliter l'installation de SCMR sur un territoire donné et pour en évaluer les impacts en termes de nuisances. Cela permettrait d'élaborer un « accord » entre les différentes parties, qui conserve un équilibre entre les intérêts particuliers et la concrétisation d'un projet d'intérêt général au bénéfice de l'ensemble de la communauté.

Annexe 1 : Définitions et acronymes

Bas seuil* : des dispositifs bas seuil ont été créés dans le cadre de la politique de réduction des risques. Abaisser le seuil d'exigence vis-à-vis des UD revient à ne plus imposer le sevrage comme condition d'accès au dispositif de prise en charge et de soins pour le dispositif de soins spécialisés.

CAARUD : les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues assurent l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ; le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité (proposés de préférence sur place), l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun et l'incitation au dépistage des infections transmissibles ; le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ; la mise à disposition de matériel de prévention des infections ; l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers.

Ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. Les centres participent au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Les centres peuvent être gérés par des établissements de santé dès lors que ceux-ci gèrent également un centre spécialisé de soins aux toxicomanes. Il y en a 18 en Île-de-France (9 à Paris, 1 dans les départements du 77, 78, 91, 92, et 95 ; 2 dans le 93 et le 94)

CSAPA : un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie est une structure pluridisciplinaire qui a pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction. Il en existe 72 en Île-de-France (20 à Paris, 7 en Seine-et-Marne, dans l'Essonne et les Hauts-de-Seine, 3 dans les Yvelines, 13 en Seine-Saint-Denis, 9 dans le Val-de-Marne et 6 dans le Val-d'Oise).

Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie regroupent depuis 2011 les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA). Le CSAPA a aujourd'hui la vocation d'apporter une prise en charge pluridisciplinaire et conceptuelle sur toutes conduites addictives.

L'expérimentation*¹⁷¹ : au moins un usage au cours de la vie (cet indicateur sert principalement à mesurer la diffusion d'un produit dans la population).

L'usage dans l'année* : au moins un usage dans l'année (pour le tabac, il s'agit des personnes déclarant fumer ne serait-ce que de temps en temps).

L'usage régulier* : au moins trois consommations d'alcool dans la semaine, tabagisme quotidien, usage de somnifères ou tranquillisants dans la semaine, 10 consommations de cannabis dans le mois.

L'usage problématique* : toute consommation par voie intraveineuse ou consommation régulière (au moins 10 consommations dans le mois) d'opiacés, de cocaïne/crack, ou d'amphétamines dans l'année.

Programmes d'échange de seringues (PES)* : les PES constituent l'un des outils de la réduction des risques. L'objectif principal des PES est de lutter contre la transmission du VIH et des hépatites chez les UD par la diminution du partage des seringues et du petit matériel lié à l'injection de drogues. Au-delà de la distribution de matériel d'injection stérile, les PES s'inscrivent dans une approche de prévention globale incluant la sexualité à moindre risque (accès au préservatif) et l'orientation vers des structures de prévention et de soins.

Réduction des risques* ou RDR : politique pragmatique qui propose de réduire l'ensemble des dommages sociaux et sanitaires liés à l'usage de drogues en les hiérarchisant. Les outils de la réduction des risques sont l'accès aux seringues stériles (libéralisation de la vente en pharmacie en 1987, PES en 1991 et mise en place du Steribox® en 1995), la diffusion des traitements de substitution aux opiacés (le Subutex® en 1994 et la Méthadone® en 1995) et l'accès aux soins avec la création des premiers dispositifs bas seuil à partir de 1993.

¹⁷¹ * Dans <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Populations-et-sante/Usagers-de-drogues/Definitions> - Publié le 27/05/2011

Scène ouverte ou « milieu ouvert de la drogue » : un lieu public où usagers et dealers se rencontrent et s'installent de manière plus ou moins concentrée.

TSO : traitement de substitution aux opiacés.

UD : usagers de drogue.

UDI : usagers de drogue injecteurs.

Usager actif* : personne poursuivant sa consommation. Non sevrée.

Annexe 2 : Déclaration de Vienne

Rédigée par une équipe de chercheurs internationaux dirigée par le Canadien Evan Wood.¹⁷²
XVIII^e Conférence internationale sur le sida à Vienne, Autriche, du 18 au 23 juillet 2010.

La criminalisation des utilisateurs de drogues illicites alimente l'épidémie de VIH et a eu des retombées essentiellement négatives sur la santé et la société. Nous avons besoin d'une réorientation complète des politiques.

En réponse aux préjudices des drogues illégales sur la santé et la société, un important régime international de prohibition des drogues a été mis en place sous la tutelle des Nations Unies. Des dizaines d'années de recherche ont permis de réaliser une évaluation complète des répercussions du phénomène mondial de « guerre contre la drogue ». Tandis que des milliers de personnes se réunissent à Vienne dans le cadre de la XVIII^e Conférence internationale sur le sida, la communauté scientifique internationale demande que l'on reconnaisse les limites et les préjudices de la prohibition des drogues et réclame une réforme des politiques en matière de drogues afin d'éliminer les obstacles à la mise en place de régimes efficaces de prévention, de traitement et de soins du VIH.

Il existe maintenant des preuves irréfutables que les efforts d'application de la loi n'ont pas réussi à enrayer la disponibilité des drogues illégales dans les collectivités où il y a de la demande. Au cours des quelques dernières décennies, les systèmes nationaux et internationaux de surveillance des drogues ont révélé une tendance générale à la baisse dans le prix des drogues ainsi qu'une tendance à la hausse dans leur pureté – malgré des investissements considérables dans les efforts d'exécution de la loi.

De plus, il n'existe aucune preuve qu'une férocité accrue des démarches d'application de la loi réduit de façon importante la prévalence de la consommation de drogues. Notamment, les données indiquent clairement que le nombre de pays dans lesquels les personnes s'injectent des drogues illégales est à la hausse et que les femmes et les enfants sont de plus en plus touchés. En dehors de l'Afrique subsaharienne, l'utilisation de drogues injectables cause environ le tiers des nouveaux cas d'infection par le VIH. Dans certaines régions où le VIH se répand le plus rapidement, par exemple l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, la prévalence du VIH peut atteindre 70 % parmi les utilisateurs de drogues injectables, et dans certaines régions ce groupe compte plus de 80 % de la totalité des cas de VIH.

Face à la réalité des preuves accablantes que les efforts d'exécution de la loi ont échouées par rapport à leurs objectifs déclarés, il est important de reconnaître et d'aborder les conséquences nuisibles. Ces dernières comprennent entre autres les points suivants :

Une épidémie de VIH alimentée par la criminalisation des personnes qui consomment des drogues illicites et les prohibitions relatives à l'offre de seringues stériles et de traitements de substitution à base d'opioïdes.

Des flambées de VIH parmi les utilisateurs de drogues incarcérés et asilaires, causées par des lois et politiques punitives et un manque de services de prévention du VIH dans ces milieux.

L'affaiblissement des régimes de santé publique lorsque les efforts d'application de la loi poussent les utilisateurs de drogues illicites à ne pas se prévaloir des services de prévention et de soins et à se tourner plutôt vers des milieux où le risque de transmission de maladies infectieuses (p. ex., VIH, hépatites B et C, tuberculose) et d'autres préjudices est plus élevé.

Une crise dans les systèmes de justice pénale, découlant de taux d'incarcération record dans plusieurs pays. Cette réalité a eu des répercussions négatives sur le tissu social de collectivités entières. Bien que les disparités raciales dans les taux d'incarcération pour infractions liées aux drogues soient évidentes dans bon nombre de pays, l'impact s'est avéré particulièrement grave aux États-Unis, où environ un Afro-Américain sur neuf parmi les hommes âgés de 20 à 34 ans est incarcéré en tout temps, principalement en raison des efforts d'exécution des lois antidrogue.

¹⁷² « Texte de la Déclaration de Vienne (18 Juillet 2010) », *Multitudes*, 2011/1 (n° 44), p. 39-41. DOI : 10.3917/mult.044.0039.
URL : <https://www.cairn.info/revue-multitudes-2011-1-page-39.htm>

La stigmatisation des personnes qui utilisent des drogues illicites, ce qui renforce l'attrait politique de la criminalisation des utilisateurs de drogues et mine les efforts de prévention du VIH et de promotion de la santé.

De graves violations des droits de la personne, y compris la torture, le travail forcé, les traitements inhumains et dégradants et, dans un nombre de pays, l'exécution de personnes condamnées pour infractions liées aux drogues.

- Un énorme marché des drogues illicites d'une valeur annuelle estimée à 320 milliards de dollars américains. Ces profits demeurent entièrement en dehors du contrôle gouvernemental. Ils alimentent la criminalité, la violence et la corruption dans d'innombrables communautés urbaines et ont déstabilisé des pays entiers, par exemple la Colombie, le Mexique et l'Afghanistan.
- Le gaspillage de milliards de dollars des contribuables dans une « guerre contre la drogue » qui n'atteint pas ses objectifs déclarés et contribue plutôt directement ou indirectement aux préjudices décrits ci-dessus.

Malheureusement, les preuves de l'échec de la prohibition des drogues relativement à ses objectifs déclarés, ainsi que les graves répercussions négatives de ces politiques, sont souvent niées par ceux qui ont des intérêts cachés dans le maintien du statu quo. Cet état de fait a semé la confusion au sein du public et a coûté d'innombrables vies. Les gouvernements et les organisations internationales ont l'obligation éthique et juridique de répondre à cette crise en mettant en place de nouvelles stratégies fondées sur des preuves et capables de réduire les préjudices liés aux drogues sans engendrer de nouveaux problèmes. Nous, les soussignés, demandons aux gouvernements et aux organisations internationales, y compris les Nations Unies :

- d'entreprendre un examen transparent de l'efficacité des politiques antidrogue actuelles ;
- d'adopter et d'évaluer une approche de santé publique basée sur des données scientifiques en vue d'aborder les préjudices individuels et communautaires découlant de l'utilisation de drogues illicites;
- de décriminaliser les utilisateurs de drogues, de multiplier les options de traitements de la toxicomanie fondés sur des données probantes et d'abolir les centres de traitements de la toxicomanie obligatoires et inefficaces, qui violent la Déclaration universelle des droits de l'homme ;
- d'appuyer catégoriquement et d'accroître le financement de l'adoption de la gamme complète d'interventions VIH décrites dans le guide d'établissement des objectifs de l'OMS, ONUDC et ONUSIDA;
- de mettre à contribution, de façon significative, les communautés touchées dans le développement, la surveillance et la mise en œuvre de services et politiques qui touchent leurs vies...

De plus, nous en appelons au secrétaire général des Nations Unies, M. Ban Ki Moon, afin qu'il mette en place des mesures d'urgence visant à faire en sorte que les Nations Unies – y compris l'Organe international de contrôle des stupéfiants – s'expriment d'une seule voix pour appuyer la décriminalisation des utilisateurs de drogues et l'adoption de stratégies de lutte antidrogue basées sur des données probantes.

Le fait de baser les politiques antidrogue sur des données scientifiques n'éliminera pas la consommation de drogues ou les problèmes découlant de l'injection de drogues. Cependant, la réorientation des politiques liées aux drogues vers des approches fondées sur des preuves qui respectent, protègent et renforcent les droits humains pourrait éventuellement réduire les préjudices causés par les politiques actuelles et permettrait de rediriger les considérables ressources financières là où on en a le plus besoin, c'est-à-dire dans l'adoption et l'évaluation d'interventions scientifiques de prévention, de réglementation, de traitement et de réduction des préjudices.

Annexe 3 : Données 2015 de l'OEDT

Issues des Rapports 2017 par pays

	Allemagne	Danemark	Espagne	Luxembourg	Norvège	Pays-Bas	Estonie	France	Irlande	Italie	Lituanie	Royaume-Uni
Prévalence VHC chez les injecteurs (enquête infranational)	NC (39,6 – 73,0)	52,5 (2008)	66,6	NC	60,2 (78,9)	NC (55)	NC	NC (63,8)	NC	57,3	NC (77)	NC (27,5 - 57,5)
Prévalence VIH chez les injecteurs (enquête infranational)	NC (0,0 – 9,1)	2,1 (2006)	30,9	NC	1,9 (2,2)	NC (0,0)	NC (48,3)	6,2 (13,3)	NC	27,3	NC (12,5)	NC (0,7 - 1,9)
taux de mortalité lié à la drogue cas par million	22,2	57,6	14,8	30,8	75,6	16,5	102,7	7	71	7,8	59	60,3
Principale drogue saisie en Kg	Herbe 3852	Résine 3619	Résine 380361	Herbe 20	Résine 2015	Herbe 12600	Résine 812	Résine 147000	NC	Résine 67825	Résine 591	Herbe 30680
infractions liées à la drogue	292 227	26 290	411 157	3 345	48 152	20 503	4 982	199 667	15 119	61 145	2 524	128 260
VIH liés à l'injection	134 ▲	8 ▼	96 ▼	14 ▼	8 ▲	1 ▲	55 ▼	58 ▼	50 ▲	112 ▼	44 ▲	182 ▲
Overdose en 2014	1226 ▲	247 ▲	455 ▲	12 ▲	266 ▲	197 ▲	88 ▼	349 ▲	214 ▼	305 ▼	115 ▲	2 655 ▲
seringues distribuées	NC	NC	1 483 399	361 392	2 500 192	237 400	2 136 691	12 314 781	NC	NC	200 630	NC
traitement de substitution	77 200	6 268	61 859	1 078	7 498	7 421	1 166	168 840	9 917	60 047	596	142 085
Population (16-64 ans) au 26/03/2017 en million	53,422	3,459	30,808	0,389	3,400	11,066	0,859	4,896	3,003	39,193	1,949	41,898

▲ En augmentation/année N-1
▼ En diminution/année N-1
= Stable
NC Non Connu

Prévalence VHC chez injecteurs infranationaux	Prévalence VIH chez les injecteurs (enquête infranationale)	taux de mortalité lié à la drogue cas par million	Principale drogue saisie en kg	infractions liées à la drogue	VIH liés à l'injection	Overdose en 2014	seringues distribuées	traitement de substitution	Population (16-64 ans) au 26/03/2017	
26,8 (56,5 - 79,1)	9,1 (0,0-1,6)	26,4	Herbe 851	32 907	22 ▼	153 ▲	5 953 919	17 599	5 767	Autriche
NC	NC	9	Cocaïne 17 487	47 083	15 ▲	67 ▼	1 034 242	16 681	7 296	Belgique
NC (61,6)	NC (4,3)	3,6	Herbe 1176	4 195	26 ▼	17 ▲	364 111	3 423	4 764	Bulgarie
NC (38,3)	NC (0,5)	19,2	Herbe 409	9 551	2 ▲	54 ▼	923 650	5 061	2 809	Croatie
44,2	1,7-1,9	15,4	Herbe 226	948	1 ▼	9 ▲	164	252	0 584	Chypre
NC (74,02)	NC (1,19)	43,1	Amphétamine 300	23 478	7 =	166 ▼	5 301 000	3 000	3 484	Finlande
54,82-69,6 (52,7-85,6)	5,7-9,4 (0-34,7)	8,7	Herbe 2474	23 748	70 ▼	94 ▲	268 157	10 082	7 011	Grèce
49,7 (40,5 - 55,3)	0,17	3,8	Herbe 590	6 617	2 ▲	25 ▲	188 696	669	6 664	Hongrie
48,6 (84,2)	7,1 (28,6)	13,8	Résine 1272	7 521	88 ▲	18 ▲	524 949	609	1 303	Lettonie

▲ En augmentation
▼ En diminution
= Stable
NC Non Connu

Prévalence VHC chez les injecteurs (enquête infranational)	Prévalence VIH chez les injecteurs (enquête infranational)	taux de mortalité lié à la drogue cas par million	Principale drogue saisie en kg	infractions liées à la drogue	VIH liés à l'injection	Overdose en 2014	seringues distribuées	traitement de substitution	Population (16-64 ans) au 26/03/2017	
35,7	0,54	27,7	Résine 70	472	0 =	8 ▲	340 644	1026	0,288	Malte
NC (44,3-72,4)	3	9,4	Herbe 1830	30 638	37 ▼	279 ▲	101 420	2 564	26,431	Pologne
83,5	12	5,8	Cocaïne 6029	16 102	44 ▼	40 ▲	1 004 706	17 011	6,779	Portugal
15,7	0,0-00,3	5,5	Herbe 655	5 549	4 ▼	44 ▲	6 421 095	4 000	7,057	République Tchèque
NC (75,7)	12,6 (28,9)	1,6	Héroïne 334	10 053	142 ▼	21 ▼	1 425 592	547	13,414	Roumanie
NC (58,6)	NC (3,5)	7	Herbe 70	969	3 ▲	27 ▲	347 162	600	3,834	Slovaquie
42,7	0,0 (0,0)	21,6	Herbe 458	4 235	1 ▼	32 ▲	500 757	3 261	1,389	Slovénie
NC	NC	100,5	Résine 1065	94 035	15 ▲	661 ▲	281 397	3 679	6,152	Suède
39,8	0,0	10,1	Herbe 45816	73 017	13 ▲	590 ▲	Pas de PES	12 500	52,641	Turquie

▲ En augmentation
▼ En diminution
= Stable
NC Non Connu

Annexe 4 : Évaluation de Quai 9 – Genève

Benninghoff F., Solai S., Huissoud T. et Dubois-Arber F. *Evaluation de Quai 9 « Espace d'accueil et d'injection » Période 12/2001-12/2002* Institut Universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne, avril 2003 p 5-9

INTRODUCTION

L'État de Genève, par l'intermédiaire du Département de l'action sociale et de la santé (DASS), a confié à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne le mandat d'évaluer la mise en place et le fonctionnement du lieu d'accueil pour consommateurs de drogues avec espace d'injection « Quai 9 », géré par le Groupe Sida Genève (GSG). La durée d'évaluation est de 1 an : depuis l'ouverture de Quai 9, 26 décembre 2001 à fin décembre 2002. Plusieurs questions d'évaluation ont été définies d'entente avec le Conseil d'Etat. Pour y répondre, différents instruments de recueil d'information ont été élaborés. Ils utilisent des méthodes qualitatives (entretiens, observations, séances de discussion) et quantitatives (monitoring d'activités, données d'enquête, analyse de secondaires données). Quai 9 est un lieu d'accueil qui offre la possibilité aux usagers de s'injecter des drogues obtenues sur le marché noir. Il est ouvert sept jours sur sept durant sept heures. Les mineurs ne sont pas autorisés à entrer dans la salle d'injection. Cette structure dispose également d'un service d'échange de seringues et d'un local de soins. En une année d'ouverture, 30'417 injections ont été effectuées à Quai 9. Le nombre moyen d'injection par jour n'a cessé d'augmenter jusqu'en été pour se stabiliser aux environs de 100 injections en moyenne par jour. Les principaux produits injectés sont la cocaïne et l'héroïne. 80'420 seringues ont été distribuées par Quai 9 dans le cadre du service d'échange de seringues (si l'on y ajoute, les 30'417 seringues utilisées en salle d'injection on obtient un total de 110'837 seringues). De nombreux soins ainsi que des prestations sociales ont été offertes à Quai 9. La clientèle de Quai 9 est constituée de 25% de femmes, l'âge moyen s'élève à 33.6 ans. Les clients de Quai 9 sont des consommateurs de longue date (la durée moyenne de l'injection est de 13 ans) et relativement marginalisés, particulièrement dans le domaine de l'emploi. Deux groupes d'usagers se distinguent : les clients suivant un traitement (72%) et les clients sans traitement (28%). Les usagers en traitement qui fréquentent Quai 9 ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population toxicomane en traitement à Genève. Quai 9 regroupe certainement ceux qui connaissent le plus de difficultés avec leur traitement.

REPONSES AUX QUESTIONS D'EVALUATION

Voici en résumé les réponses de l'IUMSP aux questions d'évaluation :

◆ Cette nouvelle structure permet-elle de promouvoir l'insertion sociale et les liens sociaux à travers les activités développées dans le cadre de l'accueil ?

Quai 9 est un lieu qui favorise le développement des liens sociaux entre usagers et avec l'équipe. La dimension de l'accueil est adroitement cultivée par l'équipe. Quai 9 contribue à promouvoir l'insertion sociale en effectuant des relais vers d'autres lieux de soins et d'aide, en organisant des activités collectives (groupes d'usagers et ramassage de seringues), en offrant des petits jobs. Quai 9 a également le souci d'établir une bonne relation entre les usagers et le voisinage. Il est important de mentionner que les deux tiers des utilisateurs sont déjà suivis médicalement pour un traitement de substitution. La plupart ont un domicile fixe, près de la moitié bénéficient d'une aide sociale. Mais peu sont insérés sur le marché de l'emploi.

◆ Cette nouvelle structure permet-elle de promouvoir la santé et de réduire les comportements à risques et les transmissions du VIH et des hépatites ?

Quai 9 permet de promouvoir la santé auprès des usagers au travers de discussions, de conseils, de soins et de relais. L'augmentation de la remise de matériel d'injection, la répétition des gestes effectués en salle d'injection dans de bonnes conditions d'hygiène devraient contribuer à diminuer les comportements à risques à moyen terme. Lors d'une enquête effectuée à 6 mois d'ouverture, une persistance d'exposition aux risques est rapportée par une minorité d'usagers de Quai 9.

- ◆ Cette nouvelle structure permet-elle de promouvoir la santé en créant des conditions visant à réduire les situations de vulnérabilité spécifiques des femmes ?

Les prestations individuelles de soins et sociales offertes à Quai 9 répondent aux besoins de base importants des femmes. L'apport du Moment femmes (espace spécifique 2 heures par semaine) vu le faible nombre de femmes s'y rendant est difficile à apprécier à ce stade. Cela démontre en tous cas la difficulté d'atteindre et de sensibiliser une population minoritaire et fragilisée. Ce serait donc beaucoup dire que le Moment femmes promeut la santé et permet de réduire la vulnérabilité des femmes. Cependant, il leur apporte le calme de l'injection et des échanges de qualité. Ces apports sont donc plutôt marginaux pour l'instant.

- ◆ Le fonctionnement cette nouvelle structure est-il en adéquation avec les besoins des personnes qui le fréquentent ?

Le fonctionnement de Quai 9 est en adéquation avec les besoins des personnes qui le fréquentent. Les usagers de Quai 9 sont satisfaits. Ils apprécient à la fois l'accueil et la convivialité du lieu mais aussi l'hygiène, la sécurité et la tranquillité offertes en salle d'injection. Ils relèvent toutefois le manque d'intimité en salle d'injection, l'attente et le manque d'heures d'ouverture comme points négatifs.

- ◆ Comment cette nouvelle structure s'intègre-t-elle dans le dispositif socio-sanitaire genevois ?

La notoriété de Quai 9 est à relever. Les intervenants et les responsables de Quai 9 ont une bonne connaissance du réseau socio-sanitaire genevois et effectuent beaucoup de relais sociaux et médicaux. Avec les usagers en traitement, Quai 9 se trouve de fait en relation avec le réseau. Quai 9 s'est bien intégré au sein du secteur Réduction des Risques du GSG.

- ◆ Comment cette nouvelle structure s'intègre-t-elle à la vie du quartier ?

L'équipe de Quai 9 est, depuis le début, attentive à cette question de l'intégration de Quai 9 dans le quartier des Grottes et est intervenu ponctuellement à la demande du voisinage. L'intensification des problèmes liés à la drogue dans le quartier des Grottes à la fin de l'été 2002 - augmentation des seringues usagées et augmentation de la visibilité des usagers s'injectant dans le quartier - l'a amené à intervenir de façon plus active en organisant des séances régulières avec le quartier et en mettant sur pied une équipe spécifique de ramassage de seringues. Mais il est important de relever que ces problèmes ne sont pas directement attribuables à Quai 9.

- ◆ Quels sont les effets de l'ouverture de cette nouvelle structure sur l'ordre public notamment les éventuels effets d'attraction sur les consommateurs de drogues des cantons romands et de la région française voisine ?

La mise en place de la « Task Force Drogue » par la police peu après l'ouverture du local d'injection, rend difficile l'évaluation de l'impact de Quai 9 sur le quartier. Toutefois, selon les observations des travailleurs de rue Quai 9 n'a pas créé d'attroupement significatif de consommateurs de drogues et de dealers aux abords immédiats de Quai 9. Selon la police, la mise en place de la « Task Force Drogue » apporte probablement une explication à cela. Le rapport de la police concernant la sécurité publique, du point de vue de la petite et moyenne criminalité, dans le secteur de Quai 9 relate une situation stable. Les contrôles des personnes effectués par la police montrent qu'il n'y a pas eu d'effets d'attractions sur les consommateurs de drogues dans les cantons romands et la région française voisine. La plupart de la clientèle de Quai 9 est domiciliée dans le canton de Genève.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS GENERALES (pages 8 et 9 du rapport)

Les conclusions et recommandations générales de l'IUMSP sont les suivantes :

Conclusions	Recommandations
Quai 9 fonctionne bien, sans problème majeur.	Quai 9 devrait être maintenu
Quai 9 est très fréquenté : stabilisation du nombre journalier d'injection, augmentation de l'affluence en salle d'accueil.	L'augmentation des horaires d'ouverture, qui correspond à une attente des usagers et du quartier, pourrait être envisagée
Il y règne une ambiance agréable, un très bon accueil et une écoute de qualité	Si le souhait de l'équipe de développer un travail plus approfondi d'accueil débouchant sous une forme d'accompagnement avec les usagers qui ne sont pas en contact ou qui sont en rupture avec le réseau de prise en charge et d'aide devait être retenu, il conviendrait d'agrandir l'espace en ajoutant une pièce consacrée aux entretiens.
L'équipe est très investie et se meut de façon adéquate et flexible dans son cadre de travail avec un fort esprit de solidarité.	La nature même du travail et sa charge qui augmente avec l'affluence devrait amener les responsables à continuer d'être attentifs au risque de burn-out des intervenants
Il existe deux types de clientèle à Quai 9 : l'une majoritaire qui suit un traitement de substitution et l'autre sans traitement, plus marginalisée, utilisant plus fréquemment Quai 9.	Les efforts devraient se poursuivre pour développer la discussion avec les usagers en traitement sur leur consommation (par exemple sur les autres modes de consommation possibles, l'importance de la dose consommée, etc.) ; avec les usagers sans traitement, l'accent devrait davantage être mis sur le renforcement des liens sociaux et les relais
Beaucoup d'informations, de conseils et de relais sont effectués.	Une discussion avec l'ensemble du réseau médico-psycho-social pourrait avoir lieu sur les rôles et les attentes de chacun, ainsi que sur la question du traitement (dose de méthadone insuffisante ?, possibilités de sevrage de certaines substances par exemple les benzodiazépines, spécificités de la prise en charge des femmes, etc.) et de la réinsertion sociale des usagers.
Les usagers sont satisfaits de Quai 9. Ils y trouvent de la tranquillité, de l'hygiène, un soutien médical et de la convivialité.	
Tous les services sont utilisés (distribution de matériel d'injection, salle d'injection, espace accueil, bar et soins).	
La salle d'injection est bien organisée. Les règles d'hygiène sont globalement bien respectées. La désinfection de la peau avant et le lavage des mains après peuvent encore être améliorées.	Une discussion des critères d'application de la « procédure d'utilisation de la salle d'injection » devrait être reprise dans l'équipe (abcès, état de surconsommation, produits a priori non injectables, etc.). Cette réflexion devrait également intégrer la question de la première injection d'un usager à Quai 9.

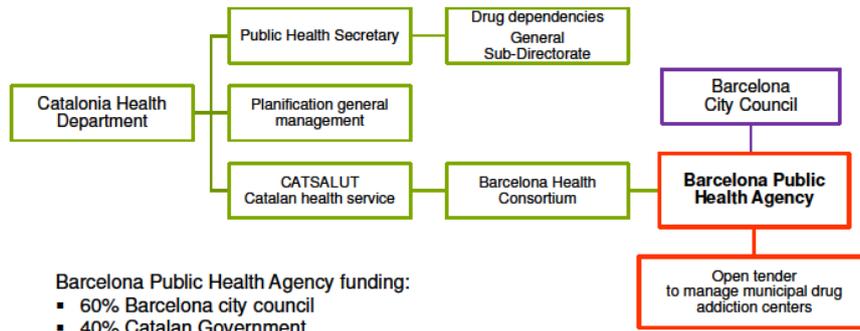
Conclusions	Recommandations
<p>Malgré l'existence d'un règlement, la nature même du travail et de la clientèle présente forcent les intervenants à devoir constamment imposer des limites et à les faire respecter.</p>	<p>La réflexion sur le contenu de ces limites et la manière de les appliquer devrait se poursuivre au sein de l'équipe de Quai 9.</p>
<p>La répétition des gestes effectués en salle d'injection doit favoriser la reproduction de ces gestes à l'extérieur. La persistance d'exposition aux risques en dehors de Quai 9 est rapportée par les usagers du local d'injection.</p>	<p>Les messages de prévention dans le cadre de l'injection et de la sexualité devraient être renforcés. L'attribution d'un poste supplémentaire pour cette tâche, permettrait de développer la transmission et la personnalisation de messages de prévention et répondrait à une préoccupation de l'équipe par rapport à l'efficacité des messages de prévention.</p>
<p>Le Moment femmes (espace spécifique 2 heures par semaine) est encore peu fréquenté mais les échanges sont de qualité.</p>	<p>Le Moment femmes devrait être maintenu, tout en essayant de mieux informer les femmes de ce qui est proposé.</p>
<p>Selon les observations des travailleurs de rue, Quai 9 n'a pas créé d'attroupement significatif de consommateurs de drogues et de dealers aux abords immédiats de Quai 9; selon la police cela est dû à la mise en place de la « Task Force Drogue ».</p>	
<p>Mis à part le manque d'information officielle au départ, de bonnes relations ont été développées avec le quartier par le biais de contacts informels. L'augmentation des problèmes liés à la drogue dans le quartier à la fin de l'été ne sont pas attribuables à Quai 9. Toutefois, suite au mécontentement du quartier d'importants efforts supplémentaires ont été entrepris par Quai 9: équipe de ramassage de seringues et réunions régulières avec le voisinage.</p>	<p>Les efforts entrepris avec le quartier devraient être poursuivis sans relâche, car l'apparition de nouveaux problèmes pourraient à nouveau être attribués à Quai 9.</p>
<p>Il existe une demande répétée des usagers pour un fumoir.</p>	<p>Une réflexion sur l'ouverture d'un fumoir pourrait avoir lieu. La promotion d'un autre mode de consommation est une mesure de réduction des risques. De plus, le fumoir permettrait de créer un lien plus précoce avec les usagers (cf. rapport d'évaluation du fumoir de Bienne et de Zurich). Mais, il faut être conscient des effets pervers éventuels : à savoir le mélange de population de consommateurs et la possible incitation à passer à l'injection.</p>
<p>Quai 9 et le Bips sont complémentaires du point de vue de leurs horaires d'ouverture mais aussi du type de clientèle (existence d'une clientèle fréquentant uniquement le Bips, mieux intégrée socialement, ayant moins recours à l'injection et à la multiconsumation).</p>	<p>Le GSG devrait maintenir ces deux types d'offre Bips et Quai 9 (à voir selon la répartition des horaires et le développement de Quai 9).</p>

Annexe 5 : Barcelone

5.1 Gouvernance des services de toxicomanie



Organization chart Drug addiction services governance



Source : Agence de Santé Publique de Barcelone, extrait du power point « Drug resources in Barcelona- Treatment and Arm Réduction », Forum Européen de Sécurité Urbaine, Barcelone, 15-17 novembre 2017

5.2 Centres de traitements des addictions



DRUG ADDICTION CENTERS BARCELONA 2016

- Integral drug addiction centers**
 1. CAS Baluard
 2. CAS Sants
 3. CAS Sarrià
 4. CAS Vall d'Hebron (+8. CAS Les Corts opened 2017)
 5. CAS Garbívent
 6. CAS Fórum
 7. CAS Lluís Companys
- Drug addiction treatment centers**
 1. CAS Barceloneta
 2. CECAS (therapeutic community)
 3. U. Conductes Addictives Hospital Clínic
 4. CAS Gràcia
 5. U. Conductes Addictives Hospital Sant Pau
 6. CAS Horta-Guinardó
 7. CAS Nou Barris
- Harm reduction facilities**
 1. Local Robador (day care center)
 2. UM Zona Franca
- Other services**
 1. UM Methadone dispensation
 2. SOD (Drug guidance service)



Source : Agence de Santé Publique de Barcelone, extrait du power point « Drug resources in Barcelona- Treatment and Arm Réduction », Forum Européen de Sécurité Urbaine, Barcelone, 15-17 novembre 2017

5.3 Principales ressources pour la toxicomanie

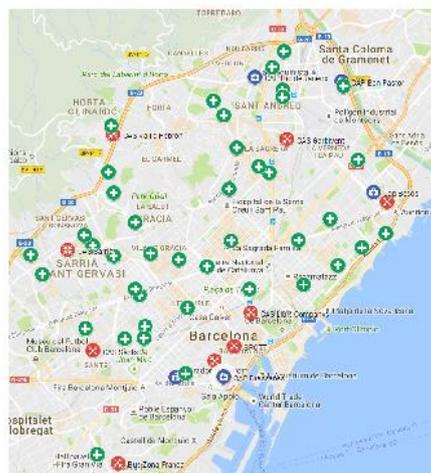
Main resources for drug addiction in Barcelona



- 15 centers for addiction treatment (CAS)
- 4 hospital units for detoxification
- 1 therapeutic community (CECAS)
- 1 day care center

- 9 consumption rooms (19 + 4 booths)
 - 2 CR in harm reduction facilities (one mobile)
 - 6 CR in Integrated Drug Addiction Centers
 - 1 consumption room for inhaling

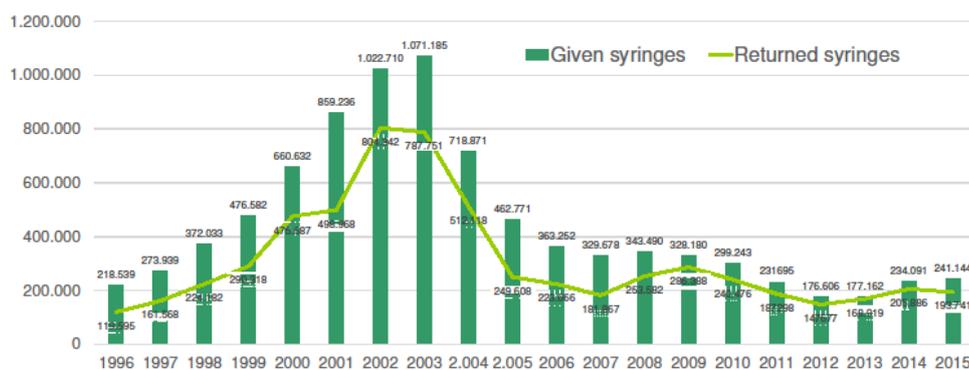
- 13 therapeutic flats managed by NGOs
- 65 pharmacies and 5 health care centers with syringe exchange programs
- 34 pharmacies with methadone program



Source : Agence de Santé Publique de Barcelone, extrait du power point « Drug resources in Barcelona- Treatment and Arm Réduction », Forum Européen de Sécurité Urbaine, Barcelone, 15-17 novembre 2017

5.4 Programme d'échange de seringues – 1996- 2015

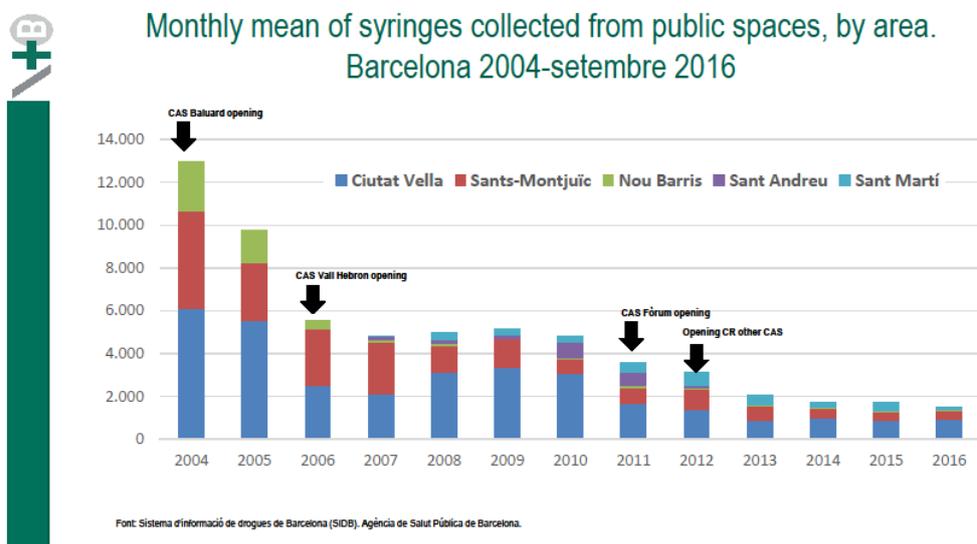
Syringes Exchange program Barcelona, 1996-2015



Font: Sistema d'informació de drogues de Barcelona (SIDB). Agència de Salut Pública de Barcelona.

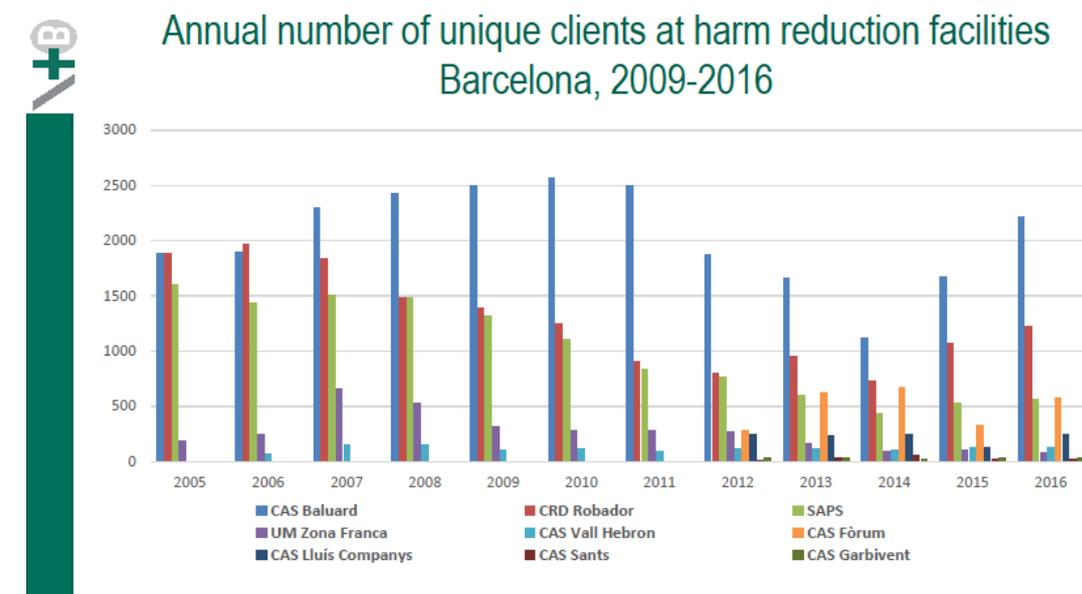
Source : Agence de Santé Publique de Barcelone, extrait du power point « Drug resources in Barcelona- Treatment and Arm Réduction », Forum Européen de Sécurité Urbaine, Barcelone, 15-17 novembre 2017

5.5 Moyenne mensuelle des seringues collectées dans les espaces publics



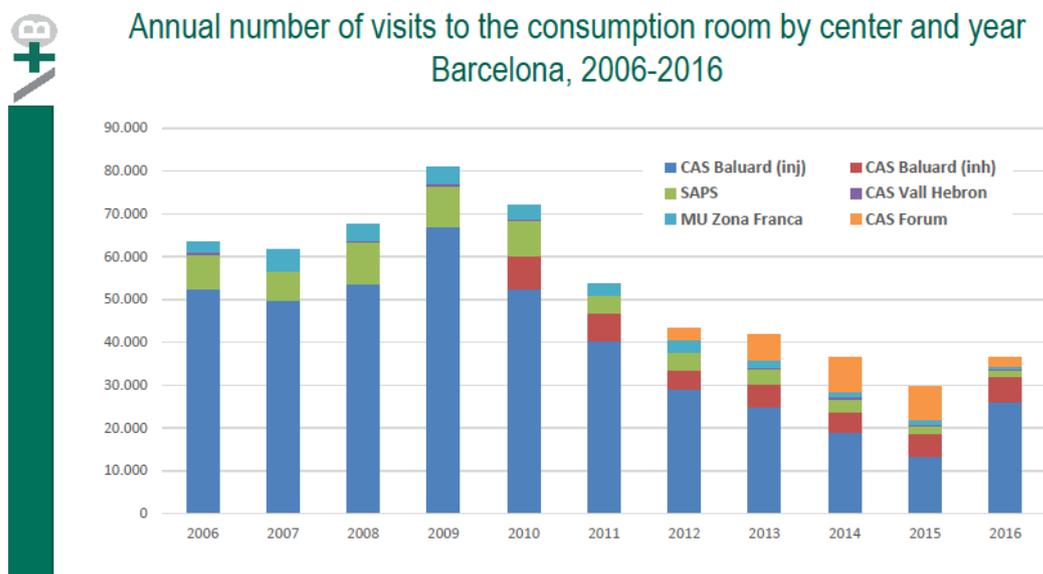
Source : Agence de Santé Publique de Barcelone, extrait du power point « Drug resources in Barcelona- Treatment and Arm Réduction », Forum Européen de Sécurité Urbaine, Barcelone, 15-17 novembre 2017

5.6 Nombre annuel de clients uniques dans les installations de réduction des méfaits



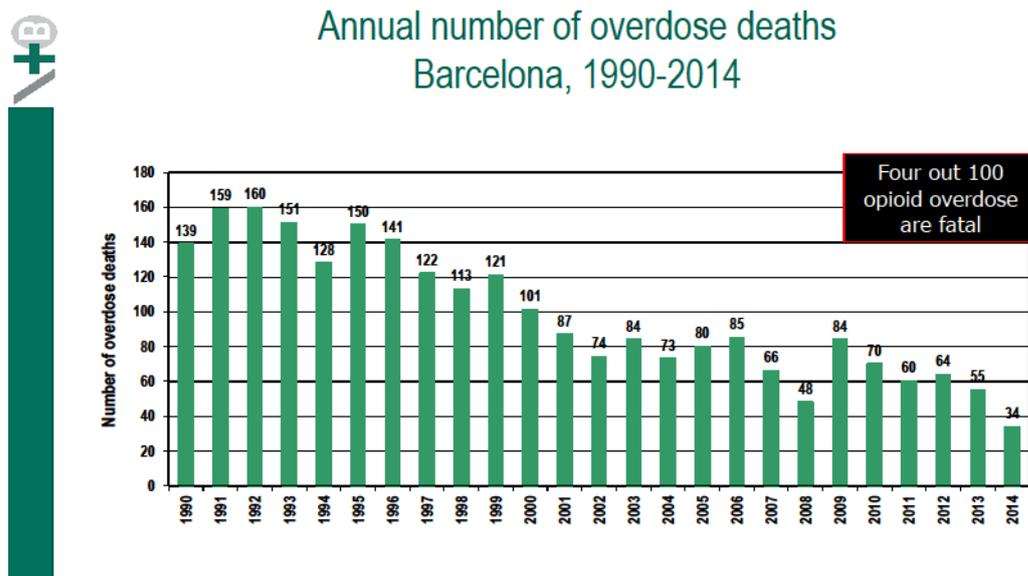
Source : Agence de Santé Publique de Barcelone, extrait du power point « Drug resources in Barcelona- Treatment and Arm Réduction », Forum Européen de Sécurité Urbaine, Barcelone, 15-17 novembre 2017

5.7 Nombre annuel de visite par SCMR et par an



Source : Agence de Santé Publique de Barcelone, extrait du power point « Drug resources in Barcelona- Treatment and Arm Réduction », Forum Européen de Sécurité Urbaine, Barcelone, 15-17 novembre 2017

5.8 Nombre de décès par overdose



Source : Agence de Santé Publique de Barcelone, extrait du power point « Drug resources in Barcelona- Treatment and Arm Réduction », Forum Européen de Sécurité Urbaine, Barcelone, 15-17 novembre 2017

Annexe 6 : Loi 2016-41 du 26/01/2016

Extraits de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé

- Article 41 de la loi 2016-41, nouvel article 3411-8 au code de la santé publique :

« I - La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants.

II - Sa mise en œuvre comprend et permet les actions visant à :

1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;

2° Orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;

3° Promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;

4° Promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risque, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;

5° Participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

III - L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4 du code pénal »

- Article 43 de la loi 2016-41, nouvel article 3411-6 du code de la santé publique :

« I.- A titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L.3411-8 L.3411-9 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.

II.- Ces espaces sont destinés à accueillir des personnes majeures usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L.3411-8 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.

La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.

Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants »

Annexe 7 : Observations de terrain

21 mars 2017 : Comité de voisinage n°4

12 avril 2017 : Élu du 10^e arrondissement, Délégué à la sécurité, à la prévention, au développement économique et à l'emploi

3 mai 2017 : Association Action Barbès, 2 représentants

3 mai 2017 : Collectif des riverains en colère, 3 représentants

4 mai 2017 : Portes ouvertes salle de consommation à moindre risque, visite en groupe de 8 personnes

4 mai 2017 : Association Gaïa-Paris, Coordinatrice SCMR

12 mai 2017 : Inserm-Cermes3, Coordinatrice scientifique

23 mai 2017 : Collectif des parents d'élèves SCMR, 3 personnes

23 mai 2017 : Comité de voisinage n°5

30 mai 2017 : SAFE, Directrice

27 juin 2017 : Vivre Gare du Nord Gare de l'Est, Président

27 juin 2017 : Commissaire du 10^e arrondissement

5 juillet 2017 : Comité de voisinage n°6

11 juillet 2017 : Conseil de quartier, 1 représentante

3 octobre 2017 : Comité de voisinage n°7

15 au 17 novembre 2017 : Sécurité, démocratie et Villes Coproduire les politiques de sécurité urbaine
Conférence 2017 EFUS European Forum For Urban Security – Barcelone – Le 16 novembre : Visite
du CAS Baluard et atelier « Les villes face aux drogues et aux addictions »

19 décembre 2017 : Comité de voisinage n°8

Annexe 8 : Carte des automates à Paris

ADRESSE DES AUTOMATES DISTRIBUTEURS DE SERINGUES A PARIS

Paris 1 ^{er}	1 face au 31, rue de Turbigo	M ^o Les Halles	
Paris 2 ^{ème}	2 angle rue de Turbigo et bd. de Sébastopol	M ^o Étienne Marcel	
Paris 3 ^{ème}	3 100, bd. de Sébastopol	M ^o Strasbourg St Denis	
Paris 6 ^{ème}	4 131, bd. Raspail	M ^o Vavin	
Paris 7 ^{ème}	5 76, rue de Sèvres	M ^o Duroc	
Paris 15 ^{ème}	20 199, rue Lecourbe	M ^o Vaugirard	
	21 angle avenue Emile Zola et ouai André Citroën	M ^o Javel, RER C	
Paris 16 ^{ème}	22 rue au Ranelagh, face au RER	RER C, av. du PdL Kennedy	
Paris 5 ^{ème}	6 angle rue et place de Budapest	M ^o St Lazare	
Paris 10 ^{ème}	7 20, bd. Saint Martin	M ^o Strasbourg St Denis	
	8 96, rue Lafayette	M ^o Poissonnière	
	9 face au 100 bd. de la Chapelle (mur hôpital)	M ^o Barbès Rochechouart	
	10 104, rue de Valenciennes (face RER)	M ^o Gare du Nord	
	11 rue du bld. Saint Martin (face de la Tour St-James) ou Château London	M ^o Gare de l'Est	
Paris 18 ^{ème}	23 257, rue Marcadet	M ^o Guy Moquet	
	24 face au 147 bd Ney, trottoir de l'hôpital	M ^o Porte de St Ouen	
	25 106, rue Caulaincourt	M ^o Lamarck	
	26 face au n° 4 de la place A. Khan	M ^o Simon	
	27 rond-point de la Chapelle, à gauche des entrepôts SNCF	M ^o Max Dormoy ou Porte de la Chapelle	
Paris 11 ^{ème}	12 place de la Bastille (angle Rouanneau et l'Arco)	M ^o Bastille	
Paris 12 ^{ème}	13 83, avenue Louis Rollin	M ^o Louis Rollin	
	14 angle rue Chélguy/Abd. Djabar	M ^o Gare de Lyon	
	15 238, rue de la Bay. Saint Antoine	M ^o Faubourg Chélguy ou Faubourg D'Arco	
Paris 13 ^{ème}	16 sous le métro aérien	M ^o Chevaleret	
	17 angle place d'Italie et rue des Grésillons	M ^o Place d'Italie	
Paris 14 ^{ème}	18 face au 229, rue Raymond Lussierand	M ^o Porte de Vanves	
	19 av. du Maire (trottoir central au dessus du tunnel)	M ^o Montparnasse 5 entrée	
Paris 15 ^{ème}	28 7, rue Marbis	M ^o Groussu	
	29 dans plan sans n°132, bd. de Villette	M ^o Colonel Fabien	
Paris 20 ^{ème}	30 82, rue de Belleville	M ^o Pyrénées	
	31 croisement bd. de Belleville et rue Bisson	M ^o Belleville ou Couronnes	
	32 54, rue Belgrand (place Ed. F. Prou)	M ^o Porte de Bagnolet	
	33 trottoir central face au 27 bd de Montmartre	M ^o Père Lachaise	
	34 19, cours de Vincennes	M ^o Nation	

Chaque de ces adresses est équipée d'un automate distributeur de "Kit i"; les distributeurs fonctionnent à l'aide d'un jeton, distribués gratuitement dans les CAARUD et CSAPA, ainsi que dans certaines pharmacies et certains services hospitaliers.

Les adresses comprenant le sigle sont également équipées d'un échangeur; les échangeurs permettent d'obtenir un jeton et d'échanger d'une seringue usagée.



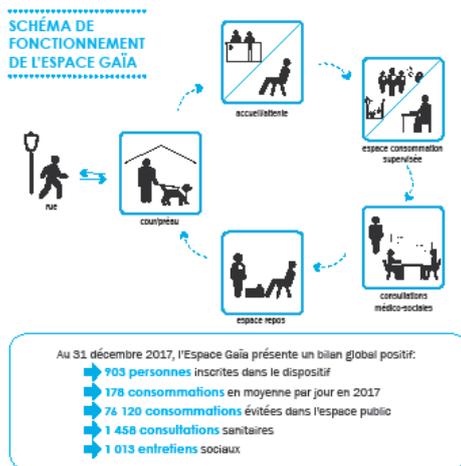
Association SAFE

11, avenue de la Porte de la Plaine 75015 Paris
Tél. : 01 40 09 04 45 - www.safe.asso.fr

Si vous avez besoin d'informations sur l'accès aux matériels de consommation à Paris et en banlieue, contactez SAFE à contact@safe.asso.fr



Annexe 9 : Plaquette de présentation



DES RÉPONSES À VOS QUESTIONS SUR LA SALLE JEAN-PIERRE LHOMME ESPACE GAÏA

INFORMATIONS PRATIQUES

ADRESSE
14 rue Ambroise Paré 75010 Paris

OUVERTURE 7J/7
7 heures d'ouverture quotidienne au public (13h30 > 20h30)

Présence du personnel de Gaïa-Paris dans le quartier entre 10h et 21h par des maraudes

CONTACTS
Ligne Gaïa-Paris dédiée aux riverains : 0762497345

En cas d'urgence:
SAMU: 15
SAPEURS POMPIERS: 18
POLICE: 17

Pour toute autre demande : accueil@gaiia-paris.fr

QU'EST-CE QU'UNE SALLE DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE (SCMR) ?

C'est un dispositif de santé publique qui permet l'accueil d'usagers de drogues en situation de précarité par une équipe professionnelle médico-sociale dans le but de :

- Stabiliser les usagers en leur donnant accès à un service de santé et à un suivi social pour favoriser leur réinsertion et restaurer leur dignité ;
- Réduire l'usage de drogues et la présence de seringues dans les lieux publics et privés ;
- Améliorer la sécurisation et le cadre de vie dans des quartiers subissant des nuisances associées à la consommation de drogues.

Procurer un environnement respectant des règles d'hygiène fondamentales ;

Réduire les risques de décès et de maladies graves par une consommation supervisée de drogues ;

- Stabiliser les usagers en leur donnant accès à un service de santé et à un suivi social pour favoriser leur réinsertion et restaurer leur dignité ;
- Réduire l'usage de drogues et la présence de seringues dans les lieux publics et privés ;
- Améliorer la sécurisation et le cadre de vie dans des quartiers subissant des nuisances associées à la consommation de drogues.



EXISTE-T-IL DES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE DANS D'AUTRES PAYS ?

La première salle a ouvert en 1988 à Berne, en Suisse. Depuis, il en existe plus de 90 dans 10 pays et 90 villes différentes. Au vu des retours d'expérience positifs, des projets d'ouverture sont en discussion dans d'autres villes et pays.

POURQUOI CE DISPOSITIF À PARIS ?

Ce dispositif médico-social vient compléter les structures existantes de réduction des risques : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et automates distributeurs/échangeurs de matériel de réduction des risques.

QUELS SONT SES OBJECTIFS ?

- L'amélioration de la santé des usagers et de leur accès aux droits sociaux par :
 - la réduction des risques de surdoses, d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues ;
 - l'amélioration de l'accès aux soins ;

- l'accompagnement vers des traitements de substitution ou vers le sevrage ;
- l'accompagnement social et un travail d'insertion.

L'amélioration de la tranquillité publique par :

- la baisse des consommations de drogues dans l'espace public ;
- la baisse des nuisances associées ;

L'amélioration du cadre de vie pour les riverains par :

- la diminution des seringues et des déchets associés à la consommation dans l'espace public ;
- l'inscription du dispositif dans un ensemble de projets d'aménagements (nouvelle Gare du Nord, promenade urbaine de Barbès à Stalingrad, nouvel hôpital Lariboisière...) qui vont contribuer à améliorer le cadre de vie dans le nord du 10^e arrondissement.

POURQUOI À PROXIMITÉ DE LA GARE DU NORD ?

La Gare du Nord, première gare européenne, est un carrefour majeur de flux et d'échanges. Depuis plus de 20 ans, des usagers présents dans le quartier consomment dans la rue, les toilettes publiques, les halls d'immeubles, les parkings... C'est ce que l'on appelle une « scène ouverte » et c'est la plus importante de Paris.

QUEL EST SON CADRE JURIDIQUE, COMMENT EST-ELLE GÉRÉE ?

La Loi Santé du 26 janvier 2016, à l'article 43, rend possible l'ouverture de plusieurs salles en France, Strasbourg et Paris ont été les premières villes candidates.

L'expérimentation de la SCMR à Paris est menée par l'association Gaïa-Paris, qui gère depuis plus de dix ans deux établissements médico-sociaux (CAARUD et CSAPA) dans le domaine de la réduction des risques et des soins pour les usagers de drogues et assure la gestion de la SCMR à Paris. L'équipe salariée qui encadre la SCMR est composée d'une vingtaine de personnes: d'infirmiers, d'éducateurs, de médecins, d'assistants sociaux et d'agents de médiation.

Ce dispositif médico-social est soutenu par la Ville de Paris, l'Agence Régionale de Santé Île-de-France (ARS-IDF), la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (MILDECA), l'Assurance Maladie (OPAM de Paris) et les services de l'Etat (Parquet, Police).

QUELLES GARANTIES, QUELS MOYENS EN TERMES DE SÉCURITÉ, DE TRANQUILLITÉ PUBLIQUE ET DE MÉDIATION SOCIALE ?

Les forces de police sont présentes sur le secteur avec notamment depuis 2014, la BST (Brigade Spécialisée de Terrain), composée de 25 agents qui est venue renforcer le dispositif policier du secteur de la Gare du Nord. Elles peuvent intervenir, en cas de nécessité, à l'intérieur ou à l'extérieur de la SCMR, comme partout ailleurs. Un travail de médiation sociale, maraudes pédestres, est assuré par l'équipe de Gaïa-Paris, afin d'aller à la rencontre des usagers, mais aussi d'échanger avec les riverains.

QUEL SUIVI DE CE PROJET ?

Un comité local de suivi appelé Comité de voisinage a été mis en place dès octobre 2016. Il réunit les représentants de riverains, les partenaires institutionnels et les associations. Il a lieu tous les deux mois environ, afin de discuter et d'échanger sur le fonctionnement de la SCMR et son impact. Le comité de pilotage parisien, co-piloté par la Mairie de Paris, l'ARS-IDF et la MILDECA, a quant à lui pour missions de vérifier la conformité de la mise en place de l'expérimentation au contenu du cahier des charges et d'accompagner l'adaptation du projet aux réalités locales. L'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), établissement public de recherche à caractère scientifique et technologique, est en charge de l'évaluation du projet, tant sur ses aspects santé publique que tranquillité publique pendant les six ans d'expérimentation.

QUELS USAGERS SONT CONCERNÉS ?

Ce dispositif s'adresse majoritairement à des personnes précaires qui cumulent différents facteurs de vulnérabilité. Ne peuvent accéder au dispositif que des usagers injecteurs. Ils doivent avoir plus de 18 ans. Cent cinquante usagers en moyenne fréquentent l'Espace Gaïa chaque jour.



Bibliographie

Alexander M., *La couleur de la justice, Incarcération de masse et nouvelle ségrégation raciale aux États-Unis*, Paris, Syllepse, 2017, 364 p.

Association Salle Saint-Bruno, Association Espoir Goutte d'Or et Coordination Toxicomanies 18 ; *Drogues et environnement social urbain : Analyse de l'impact d'une expérience de réduction des risques sur la population locale. L'exemple de la Goutte d'Or*, décembre 2003, 79 p.

Beek I. van, Gilmour S., « Preference to have used a medically supervised injecting centre among injecting drug users in Kings Cross, Sydney ». *Public Health*, 2000.

Belackova, V., Salmon, A. M., Schatz, E., Jauncey, M., *Online census of Drug Consumption Rooms (DCRs) as a setting to address HCV: current practice and future capacity, Amsterdam, Sydney: International Network of Drug Consumption Rooms, Correlation Network, Uniting Medically Supervised Injecting Centre*, 2017.

Benech-Leroux P. *L'implantation des programme d'échanges de seringues : entre acceptabilité et accessibilité*, CESDIP, Collection Études et données pénales, 2001, n°88.

Ben Lakhdar C., « Coût et efficacité des politiques de gestion des conduites addictives en France » *Après-demain*, 2017, vol 4, n°44, pp. 35-37.

Benninghoff F., Solai S., Huissoud T. et Dubois-Arber F. *Evaluation de Quai 9 « Espace d'accueil et d'injection » Période 12/2001-12/2002*, Institut Universitaire de médecine sociale et préventive Lausanne, avril 2003, pp. 5-9.

Bergeron H., *Sociologie de la drogue*, Paris, La Découverte, Collections repères, 2009, 128 p.

Boggio Y. et Mani C., Quai 9 : une salle d'injection au cœur de Genève, *Métropolitiques*, 23 mars 2011. URL : <http://www.metropolitiques.eu/Quai-9-une-salle-d-injection-au.html>

Bouhnik A-D. et al., *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH- Pratiques sexuelles et risques associés chez les usagers et ex-usagers de drogue injectables infectés par le VIH*, ANRS, 1999, pp. 59-69.

Bozinoff N, Small W, Long C, DeBeck K, Fast D, «Still "at risk": An examination of how street-involved young people understand, experience, and engage with "harm reduction" in Vancouver's inner city», *BioMed Central Ltd.*, publié en ligne le 1 juin 2017.

Bulliard C., Daudet C., Favrat L. et Perrier R., *Le Quai 9 face au quartier des grottes : un conflit d'usage en milieu urbain*. Mémoire de Bachelor Université de Neuchâtel, Institut de géographie, 2011, 61 p.

Cellule Générale de Politique Drogues- coordination permanente *Salles de consommation à moindres risques*, Note de synthèse, 2016, 43 p.

Coppel A., « De la guerre à la drogue à la réduction des risques. Nouvelles régulations de la politique des drogues », *Après-demain*, 2017, vol 4, n°44, pp. 41-43

Coppel A. et Doubre O., *Drogues sortir de l'impasse*, Paris, La Découverte, 2012, 236 p.

Emmanuelli J., *Caractéristiques et efficacité des programmes d'échanges de seringues à travers le monde : état des lieux et mise en perspective*, Paris, Institut de Veille Sanitaire, 1999, 23 p.

Grmek Mirko D., *Histoire du Sida, Début et origine d'une pandémie actuelle*, Paris, Payot, coll. Médecine et société, 1989, 392 p.

Hedrich D., *Rapport européen sur les salles de consommation en Europe*, Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT), février 2004

Hedrich D., Kerr T., Dubois-Arber F., *Drug consumption facilities in Europe and beyond. In: Harm reduction: evidences, impacts and challenges. Monograph 10*. Rodes T., Hedrich D. (Eds) Publications of the European Union, Luxembourg, 2010, pp. 305-331.

Ingold F.R., Toussirt M., Goldfarb M., *Étude sur l'économie souterraine de la drogue : le cas de Paris*, IREP, 1995, 39 p.

Inserm, *Réduction des risques chez les usagers de drogues. Synthèse et recommandations*, Paris, expertise collective, 30 juin 2010.

Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Centres d'injections supervisés*, expertise collective, 2010, www.ipubli.inserm.fr

Jayle D., « Comment est née la loi de 1970 ? », *SWAPS*, n° 60, Spécial loi de 1970, 3^e trim. 2010

Jellestad L., « Dans la toute nouvelle salle de shoot de Copenhague », *Vice Danemark*, 26 septembre 2016. https://www.vice.com/en_us/article/yvewjy/copenhagens-new-supervised-injection-site-876

Jozaghi E., Reid AA, Andresen MA, *A cost –benefit/cost-effectiveness analysis of proposed supervised injection facilities in Montréal, Canada*, *Subst Abuse treat Prev Policy*, 2013.

Kübler D., *Politique de la drogue dans les villes suisses : entre ordre et santé - Analyse des conflits de la mise en œuvre*, L'Harmattan, 2000, 311 p.

Lenton S., Single E., « The definition of harm reduction », *Drug Alcohol Rev*, Juin 1998, pp. 213-219.

Maguet O., Dumand D., « Histoire de la constitution d'une norme antidrogue internationale », *Multitudes*, 2011, Vol 1, n° 44, pp. 60-63.

Mairie de Paris - DASES - Mission de prévention de la toxicomanie, *Salles de consommation à moindres risques pour usagers de drogue, Conférences – Débats, 27 juin et 5 octobre 2011*, Novembre 2011, 63 p.

Marshall BD, Milloy MJ, Wood E, Montaner JS, Kerr T, « Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study », *The Lancet*. 2011.

May T., Bennett T. et Holloway K., « The impact of medically supervised injection centres on drug-related harms: A meta analysis », *International Journal of Drug Policy*, 2018, 59 pp. 98-107

McNeil R., Small W., « Safer Environment Interventions: A qualitative synthesis of the experiences and perceptions of people who inject drugs », *Social Science and Medecine*, 2014, 106 pp.151-158

Mildeca, *Présentation de la salle à moindre risque Abrigado au Luxembourg*, Compte-rendu, jeudi 14 janvier 2016

Milloy M-J, Wood E., « Emerging role of supervised facilities in human immunodeficiency virus prevention », *Addict Abingdon ENGL*, 2009, pp. 620-621

Mormont M., « Conflit et territorialisation », *Géographie, économie, société*, 2006, n° 3 pp.299-318.

Nosyk B., Guh D-P., Bansback N-J., Oviedo-Joekes E., Brissette S., Marsh D-C., Meikleham E., Schechter M-T and Anis A-H., *CMAJ March 12*, 2012

OEDT/EMCDDA, *Perspectives on drugs. Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence*, Juin 2017

OEDT, *Perspectives sur les drogues - Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités*, 31 mai 2016

OFDT, *Les CAARUD en 2015 - Des inégalités dans l'offre de service de réduction des risques et des dommages*, mars 2018

OFDT, ARS Grand-Est, *Addictions en Grand-Est- Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale*, coll. Portrait de territoire, mai 2017, 105 p

Petrar S., Kerr T., Tyndall MW, Zhang R, Montaner JS, Wood E., « Injection drug users'perceptions regarding use of medically supervised safer injecting facility », *Addict Behav*, 2007.

Potier C., *Les centres d'Injections supervisés : une revue systématique de la littérature*, Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine, Université de Lille 2 Droit et santé, Faculté de Médecine Henri Warembourg, 2014, 79 p.

Reynaud-Maurupt C. (GRVS), Amaouche M. (GRVS), Halfen S. (Observatoire Régional de la Santé - Ile de France), Gérard Rimbart G. (GRVS), *Conduites addictives, errance, prostitution à l'intérieur et*

aux abords des gares du Nord et de l'Est, Paris, 10e arrondissement. Étude ethnographique et qualitative. Etats des lieux, besoins et ressources en 2008, Rapport d'étude à l'attention de Préfecture de Paris, Mission Toxicomanie Ville de Paris- Mission de prévention des toxicomanies, Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de Paris-Service santé publique, SNCF-pôle sociétal, mars 2009, 120 p.

Retillaud-Bajac E., *La drogue à paris dans l'entre-deux guerres : L'émergence d'une nouvelle figure de la déviance parisienne* dans Être Parisien [en ligne], Paris, Éditions de la Sorbonne, 2004. Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/psorbonne/1419>>.

Vander Laenen F., Nicaise P., Decorte T., De Maeyer J., De Ruyver B. et al. ; *Étude de faisabilité de salles de consommation à moindre risque en Belgique* ; Université de Gand, belspo et Université catholique de Louvain, 2018, 259 p.



INSTITUT
D'AMÉNAGEMENT
ET D'URBANISME



L'INSTITUT D'AMÉNAGEMENT ET D'URBANISME DE LA RÉGION D'ÎLE-DE-FRANCE
EST UNE FONDATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE PAR DÉCRET DU 2 AOÛT 1960.

15, RUE FALGUIÈRE - 75740 PARIS CEDEX 15 - TÉL. : 01 77 49 77 49