

RAPPORT INDIVIDUEL D'EXPERTISE

<p>Haltes Soins Addictions : Quel déploiement pour un dispositif à l'acceptabilité réduite ?</p>
--

Charles Barbetti

Promotion Germaine Tillion

Juillet 2022

Ce travail a été réalisé dans le cadre de la scolarité de l'auteur à l'Institut national du service public. Les opinions et analyses émises dans le présent rapport n'engagent toutefois que son auteur et non l'INSP

RESUME

Le Gouvernement a annoncé, fin 2021, son intention de déployer les Haltes Soins Addictions. Ces dispositifs, dénommés auparavant « salles de consommation à moindre risque », sont expérimentés depuis 2016 à Paris et Strasbourg. Les usagers de drogues accueillis peuvent injecter les substances apportées sous la supervision de professionnels, dans une logique de réduction des risques.

Cette orientation, fondée sur un cadre juridique dédié, bénéficie d'une conjonction de facteurs favorables, et notamment d'une évaluation positive de l'INSERM, d'améliorations apportées par les pouvoirs publics ainsi que d'un apaisement du débat et de nombreux retours d'expérience.

Toutefois, ce dispositif demeure confronté à des limites fortes : alors que la conciliation des enjeux de santé et de sécurité s'avère difficile, les Haltes Soins Addictions constituent un dispositif méconnu et à l'acceptabilité réduite, pouvant générer tensions ou oppositions. Son déploiement est d'autant plus complexe qu'il requiert une stratégie clarifiée et des modalités adaptées.

Pour accompagner les pouvoirs publics dans la réalisation de l'objectif fixé, ce rapport formule huit préconisations, orientées autour de trois axes : favoriser le déploiement par une stratégie dédiée et une acceptabilité accrue, davantage accompagner les projets locaux et, enfin, approfondir les travaux collectifs pour faciliter leur diffusion en tenant compte de plusieurs défis de santé publique.

SOMMAIRE

INTRODUCTION :	4
I. LA DIFFUSION DES HSA SOUHAITEE PAR LE GOUVERNEMENT BENEFICIE D'UNE CONJONCTION DE FACTEURS FAVORABLES :	8
A. LES HSA S'INSCRIVENT DANS UNE PALETTE ENRICHIIE DE REPNSES FACE A L'ENJEU SANITAIRE MAJEUR QUE CONSTITUE LA CONSOMMATION DE DROGUES :	8
1. <i>Alors que la France connaît une forte prévalence de la consommation de drogues, les HSA bénéficient de l'ancrage de la réduction des risques :</i>	8
2. <i>Les HSA s'appuient sur un cadre juridique dédié marqué par la loi du 31 décembre 1970 :</i>	10
B. L'EVALUATION DE L'INSERM A CONDUIT LES POUVOIRS PUBLICS A RECONNAITRE LE SUCCES DE L'EXPERIMENTATION ET A FACILITER SA DIFFUSION PAR LA CREATION DES HSA :	13
1. <i>L'évaluation de l'INSERM a confirmé l'intérêt des salles d'injection :</i>	13
2. <i>Les pouvoirs publics ont renforcé le dispositif par la création des HSA :</i>	14
C. LA DIFFUSION DES HSA S'APPUIE SUR UNE CONFLICTUALITE APAISEE ET DES RETOURS D'EXPERIENCES :	16
1. <i>Les HSA bénéficient d'une acceptation croissante et d'un débat apaisé :</i>	16
2. <i>Les retours d'expériences permettent de nourrir le déploiement des HSA :</i>	18
II. LE DEPLOIEMENT DES HSA PRESENTE TOUTEFOIS DE FORTES CONTRAINTES :	22
A. LA DIFFICULTE A CONCILIER LES APPROCHES DE SANTE ET DE SECURITE PUBLIQUES N'OFFRE PAS LA COHERENCE NECESSAIRE POUR FAVORISER LE DEPLOIEMENT DES HSA :	22
1. <i>Le discours des pouvoirs publics ne présente pas la cohérence nécessaire pour favoriser la conciliation des approches de santé et de sécurité :</i>	22
2. <i>Les HSA demeurent un dispositif politisé et complexe à mettre en œuvre :</i>	24
B. L'ACCEPTABILITE DES HSA EST REDUITE PAR LA MECONNAISSANCE DONT SOUFFRENT LES DISPOSITIFS DE REDUCTION DES RISQUES ET L'ABSENCE DE VERITABLE STRATEGIE NATIONALE :	27
1. <i>La stratégie d'invisibilisation de la RdR entrave son développement.....</i>	27
2. <i>L'absence de stratégie nationale opérationnelle et une forme d'attentisme des services de l'Etat diminuent la capacité de déploiement des HSA :</i>	29
C. LE DEPLOIEMENT DES HSA DEMEURE COMPLEXE MALGRE LES FACILITATIONS APORTEES :	30
1. <i>L'exigence d'une candidature locale et le maintien du cadre expérimental entravent la diffusion des HSA :</i>	30
2. <i>Les modalités opérationnelles de diffusion doivent être précisées :</i>	33
III. RECOMMANDATIONS AUX POUVOIRS PUBLICS DESTINEES A ACCOMPAGNER LA DIFFUSION DES HSA :	34
A. FAVORISER LE DEPLOIEMENT PAR UNE STRATEGIE DEDIEE ET UNE ACCEPTABILITE ACCRUE :	34
<i>Recommandation 1 : se saisir d'une fenêtre d'opportunité politique contrainte.....</i>	34
<i>Recommandation 2 : porter une stratégie nationale accompagnant les initiatives.....</i>	35
<i>Recommandation 3 : renforcer la communication et la pédagogie autour des HSA.....</i>	36
<i>Recommandation 4 : adapter les modalités d'initiative des projets de HSA.....</i>	36
B. DAVANTAGE ACCOMPAGNER LE DEPLOIEMENT DES PROJETS LOCAUX :	37
<i>Recommandation 5 : déployer les HSA en se fondant sur la recherche et l'expertise.....</i>	37
<i>Recommandation 6 : privilégier des HSA de moindre envergure.....</i>	39
C. APPROFONDIR LA RECHERCHE ET LES TRAVAUX COLLECTIFS :	40
<i>Recommandation 7 : associer la justice et la police aux modalités de diffusion.....</i>	40
<i>Recommandation 8 : approfondir la recherche et les travaux collectifs sur l'inscription des HSA au sein de plusieurs défis de santé publique.....</i>	40
CONCLUSION :	42
BIBLIOGRAPHIE :	43
ANNEXES :	46

Introduction :

- *Contexte : le déploiement annoncé d'un dispositif à l'acceptabilité réduite*

Le Gouvernement a annoncé, fin 2021¹, son souhait de diffuser les salles de consommation à moindre risque (SCMR), expérimentées depuis 2016 à Paris et Strasbourg. Inscrites dans le champ de la Réduction des Risques (RdR), elles accueillent des injecteurs de drogues pour réduire, via un accompagnement sanitaire et social, les risques liés à ces pratiques. Elles ne fournissent en aucun cas les produits consommés et le personnel ne peut participer aux gestes d'injection.

Cette orientation du Gouvernement s'appuie sur une évaluation de l'INSERM rendue en mai 2021 et faisant état des résultats positifs des SCMR, tant en termes sanitaires et économiques que d'acceptabilité et de tranquillité publiques. Fin 2021, la pérennisation du dispositif, rebaptisé « Halte Soins Addictions » (HSA)², a été approuvée par le Parlement et assortie d'adaptations.

Pour autant, le dispositif demeure extrêmement sensible, voire polémique, interrogeant sa capacité à être diffusé. Ainsi, son acceptabilité demeure relative et les projets d'ouverture entourés de craintes ou oppositions multiples. Décidée par l'Etat, l'ouverture d'une HSA requiert la mobilisation d'un jeu d'acteurs complexe, aux cultures et intérêts potentiellement contradictoires, incluant collectivités locales, acteurs associatifs, professionnels de la santé ou services de police et de justice. De fait, malgré l'orientation fixée par le plan national de lutte contre les addictions³ et les candidatures de villes telles que Marseille, Bordeaux ou Lille, aucune salle n'a été ouverte. Comme le reconnaît le Président de la MILDECA, « *c'est quand même un assez mauvais résultat : deux salles depuis la loi de 2016, deux salles en 6 ans, cela prouve quand même qu'il y a un sujet* »⁴.

- *Objet de l'étude : interroger la faisabilité de ce déploiement et les conditions requises*

Ce rapport vise donc à interroger la capacité effective des pouvoirs publics à diffuser les HSA dans des territoires où des besoins seraient objectivés. Ces travaux seront axés autour de deux interrogations : d'une part, au vu de leurs spécificités comme des retours d'expérience, dans quelle mesure la diffusion des HSA constitue-t-elle une perspective crédible de politique publique ? D'autre part, quelles seraient les conditions à réunir ou améliorations à apporter pour permettre la traduction opérationnelle de cette orientation fixée par les pouvoirs publics ?

¹ [Exposé des motifs](#) de l'article 43 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 (PLFSS 2022).

² À la suite de ce changement d'appellation, et par souci de lisibilité, ce rapport retiendra la seule dénomination de HSA, hormis dans les cas où il serait fait référence à l'expérimentation antérieure des SCMR en tant que telle.

³ L'objectif 7-3 du [plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022](#) prévoyait « *d'envisager, pendant la période d'expérimentation, l'ouverture d'autres structures pour répondre à des besoins non couverts* ».

⁴ Entretien avec M. Nicolas Prisse, Président de la MILDECA.

Interroger la faisabilité d'un déploiement des HSA nécessite de questionner un grand nombre d'aspects, et notamment : quelles sont les orientations opérationnelles des pouvoirs publics ? Pourquoi seules deux salles ont pu ouvrir jusqu'à présent ? *A contrario*, quelles ont été les conditions qui ont permis l'ouverture des HSA de Paris et de Strasbourg ? Dans quelle mesure le rapport de l'INSERM a-t-il été approprié par les acteurs et pourrait constituer une ressource pour ce déploiement ? A quelles conditions le nécessaire travail partenarial local peut-il se déployer ?

Au-delà de ces interrogations qui ont structuré la démarche de recherche, quatre ressources essentielles à la mise en œuvre des HSA ont été ici interrogées pour évaluer la faisabilité des orientations gouvernementales, tant au niveau local que national : le niveau d'impulsion politique requis, le degré de collaboration entre acteurs, la réunion des conditions techniques nécessaires ainsi que l'état d'acceptabilité sociale.

- *Périmètre de l'étude : les conditions de diffusion et les obstacles éventuels des seules HSA*

Le présent rapport vise à interroger les modalités qui permettraient de favoriser le déploiement des HSA validé par le législateur et annoncé par le Gouvernement. Il ne s'agit donc pas ici de questionner en tant que telle l'efficacité du dispositif, et ce d'autant plus que celle-ci a été démontrée par l'étude de l'INSERM comme par les apports de la littérature étrangère. Pour autant, interroger l'acceptabilité d'une politique publique impliquera nécessairement d'étudier ses impacts, compris comme ses forces et ses faiblesses. A ce titre, les conclusions du rapport de l'INSERM seront notamment interrogées en matière d'acceptabilité publique. Dès lors, divers entretiens ont été conduits pour analyser en quoi le fonctionnement des salles existantes peut mettre en lumière des obstacles et difficultés ou, *a contrario*, constituer une ressource pour leur déploiement, qu'il offre des exemples permettant d'asseoir sa légitimité ou des ressources utiles aux

Positionnement de l'auteur :

Chef puis directeur de cabinet de l'Adjointe à la maire de Paris chargée de la Prévention et de la Sécurité de 2014 à 2019, j'ai eu à accompagner la mise en place de la HSA parisienne, en lien avec la Mairie du 10^{ème} arrondissement de Paris et l'ensemble des services de l'Etat concernés (préfecture de police, Parquet, ARS, etc.). A ce titre, j'ai participé à de nombreuses réunions préparatoires, aux comités de pilotage ainsi qu'à de nombreux comités de voisinage, lieu d'expression essentiel des riverains. Si cette expérience a pu susciter un a priori positif en faveur des HSA, cette problématique des drogues et de la réduction des risques en général ne m'était d'aucune proximité, que ce soit à titre professionnel ou personnel. Seuls son aspect sécuritaire et les conséquences négatives induites par le trafic étaient au cœur de mes missions précédentes. Le présent travail s'est attaché à utiliser ces expériences passées comme une ressource pour analyser le jeu d'acteurs en présence, sans jamais oublier de questionner son positionnement de façon à préserver en permanence une nécessaire neutralité axiologique.

porteurs de projets. Enfin, ce rapport est centré sur les HSA et donc l'accueil des publics injecteurs, même si les HSA peuvent accueillir des inhalateurs polytoxicomanes ou s'inscrivant dans une logique de réduction d'intensité des pratiques. Ainsi, par exemple, la question du crack inhalé, qui mériterait une étude dédiée, ne sera pas traitée spécifiquement dans ce rapport.

- *Hypothèse et méthodologie retenues :*

L'hypothèse retenue initialement était que les blocages politiques liés à l'incompréhension du dispositif et à la peur de la réaction des riverains empêchent le déploiement des HSA malgré leur utilité démontrée. La démarche engagée a rapidement permis de questionner ces postulats. D'une part, le blocage du dispositif n'est que relatif et la création des HSA, assortie d'orientations favorables fixées par le Gouvernement, lui apporte plusieurs ressources majeures pour faciliter son déploiement. Par ailleurs, l'insertion et l'acceptabilité sociales sont plus importantes qu'il n'y paraît, et les positionnements des riverains bien moins négatifs qu'anticipés.

- *Méthodologie :*

L'objectif du présent rapport étant d'étudier les conditions de mise en œuvre d'une politique publique fondée sur une pluralité d'acteurs aux orientations et intérêts parfois divergents, une attention particulière a été portée à l'examen des positions relatives de ceux-ci. Pour ce faire, l'utilisation d'entretiens a été privilégiée et centrée sur trois catégories d'acteurs : 1) les services de l'Etat, décideurs et financeurs des HSA, mais également accompagnateurs essentiels, notamment en matière de sécurité publique ; 2) les collectivités locales ensuite, dont le rôle est majeur dans le portage, le financement des locaux comme l'accompagnement des projets dans la durée ; et 3) les acteurs de la réduction des risques enfin, en tant que gestionnaires mais aussi défenseurs des

Modalités de réalisation des entretiens :

Toutes les personnes sollicitées en ce sens ont accepté que les entretiens soient enregistrés, et quatre ont demandé à pouvoir relire ou valider les citations nominatives éventuelles, ce qui a été réalisé, parfois de façon extensive. Seules deux ont demandé à ne pas apparaître nominativement dans ce rapport. Plusieurs acteurs ont tenu des propos non officiels, destinés non à être relayés, mais à permettre une bonne compréhension du sujet, notamment dans l'identification des fragilités relevées : ce souhait a été respecté. Les citations nominatives ont été utilisées lorsqu'elles étaient utiles à la compréhension du propos ou qu'elles émanaient d'acteurs identifiables de facto. Le présent rapport visant à interroger les conditions de facilitation de la mise en œuvre des HSA, et non à perturber les cadres d'échanges locaux, les positions les plus critiques ont été parfois regroupées par catégorie d'acteurs ou anonymisées.

dispositifs. Compte tenu du caractère parfois sensible des questions de toxicomanies, et alors que celles-ci ont été largement étudiées, la réalisation d'entretiens avec des chercheurs a visé à cadrer la démarche et à réunir des résultats empiriques essentiels pour analyser ce jeu d'acteurs.

Les travaux conduits se sont inscrits dans le champ de la sociologie des épreuves dont « *l'une des caractéristiques importantes est de "prendre au sérieux" les justifications et les critiques émises par les acteurs* »⁵. Cette démarche vise à prendre en compte leur discours, et notamment leurs critiques, pour en questionner, d'une part, les fondements pratiques ainsi que, d'autre part, les effets sociaux au sein du collectif d'acteurs concernés.

A ce titre, cette étude présentera des positions des acteurs diverses, si ce n'est contradictoires, pouvant relayer critiques ou limites. D'autres points font l'objet de consensus relatifs chez des acteurs aux cultures et positionnements socio-professionnels divers. Au-delà du travail d'analyse réalisé, ces présentations visent à donner à voir les consensus qui peuvent favoriser l'action collective, comme les méfiances ou divergences qui peuvent la fragiliser. Dès lors, la présentation de ces divergences ne saurait valoir appropriation de celles-ci, mais bien mise en lumière d'un obstacle ou d'un défi potentiel à relever. Il ne s'agira donc pas de « *dévoiler des intérêts particuliers qui seraient travestis par les arguments les plus généraux* » ni « *de traquer, derrière les affirmations universalistes, altruistes ou désintéressées de certains acteurs, l'existence de leurs intérêts cachés ou de leurs calculs plus ou moins inconscients* »⁶.

- *Les HSA bénéficient d'une conjonction de facteurs favorables à leur déploiement autant que d'obstacles ou de limites importants :*

Les travaux réalisés permettent de faire état d'une conjonction de facteurs favorables au déploiement des HSA, reposant notamment sur un cadre stabilisé, une évaluation positive de l'INSERM comme un apaisement du débat démontré par les expérimentations réalisées (I).

Pour autant, les HSA continuent à souffrir de limites et fragilités certaines, issues notamment d'une difficulté à concilier les champs de la santé et de la sécurité, d'une forte sensibilité et complexité, comme d'obstacles pratiques (II).

Dès lors, ce rapport formulera huit propositions destinées à accompagner le déploiement des HSA souhaité par les pouvoirs publics (III).

⁵ Yannick Barthe et al., « *Sociologie pragmatique : mode d'emploi* », Politix 2013/3 n°103.

⁶ Ibid.

I. La diffusion des HSA souhaitée par le Gouvernement bénéficie d'une conjonction de facteurs favorables :

Le déploiement des HSA peut s'appuyer sur des besoins avérés et un cadre juridique dédié (A), une évaluation ayant conduit au renforcement du dispositif (B) et sur un apaisement des débats (C).

A. Les HSA s'inscrivent dans une palette enrichie de réponses face à l'enjeu sanitaire majeur que constitue la consommation de drogues :

1. Alors que la France connaît une forte prévalence de la consommation de drogues, les HSA bénéficient de l'ancrage de la réduction des risques :

- i. La prévalence de la consommation de drogues nécessite de consolider les politiques publiques mises en œuvre, au sein desquelles s'inscrivent les HSA :

Selon l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives (OFDT), la France connaît une consommation élevée de drogues⁷, avec 2,1 millions d'expérimentateurs de cocaïne, dont 600 000 usagers annuels, et 500 000 expérimentateurs d'héroïne. S'y ajoutent les médicaments (Skénan, etc.) détournés de leur usage et injectés. Cette offre connaît un fort dynamisme, marqué notamment par des produits plus dosés⁸, le développement de drogues de synthèse ou de nouvelles modalités d'achat en ligne et de livraison à domicile. La cocaïne basée (crack) est en forte hausse.

Le rapport 2021 de l'Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT)⁹ permet de caractériser cette situation au sein de l'Union européenne (UE). Ainsi, les opioïdes concernent entre 4,9 et 5,2 utilisateurs pour 1000 habitants, bien plus qu'au niveau de l'UE (3,5/1000 habitants). La cocaïne est expérimentée par 5,6% de la population (UE : 4,8%) et 3,2% des jeunes adultes (15-34 ans) en consomment dans l'année (UE : 2,1%). Avec une prévalence de l'injection à 3,5 cas/1000 habitants, la France n'est devancée que par les Etats baltes et la Tchéquie.

Les conséquences négatives de cette forte prévalence sont majeures :

- **Sur le plan sanitaire**, 432 décès par surdose ont été signalés en 2017, dont 78% impliquant des opioïdes, sur fond d'une reprise de la mortalité. Les risques induits sont multiples : ainsi, en 2011, la prévalence biologique du VIH parmi les injecteurs était de 13%, et celle du VHC de 64%¹⁰.

⁷ Julien Morel d'Arleux (dir.), « *Drogues et addictions – données essentielles* », ODFT, 2019.

⁸ Ceci est particulièrement vrai pour les drogues injectables : les teneurs moyennes de l'héroïne (22%) et de la cocaïne (60%) sont parmi les plus élevées jamais enregistrées.

⁹ Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies, « *Rapport européen sur les drogues* », 2021.

¹⁰ Julien Morel d'Arleux (dir.), « *Drogues, chiffres clés 2019* », ODFT, juin 2019.

- **En matière sécuritaire**, le marché des drogues est évalué à 2,3mds€¹¹. La France constitue une zone de transit et les saisines de cannabis et d'héroïne sont parmi les plus importantes d'Europe de l'Ouest. Fin 2020, plus de 4 000 points de deals étaient recensés par le ministère de l'Intérieur.

- **Au niveau social**, le coût annuel des drogues est estimé à 8,8mds€, dont 17% liés aux soins engagés¹². Alors que la France connaît une forte diffusion du crack, les acteurs rencontrés font état d'une précarisation accrue des usagers et d'une perturbation des prises en charge liées à la crise de la Covid-19, associées à une évolution des trafics et à l'apparition de nouvelles « scènes ouvertes ».

ii. Les HSA s'appuient sur un développement ancien et transpartisan de la RdR :

La RdR se développe à partir des années 1980, dans le cadre de la lutte contre le VIH, en revendiquant une logique de pragmatisme. Visant à réduire les risques pour les usagers injecteurs via les programmes d'échanges de seringues, la RdR s'étend ensuite à l'ensemble des substances ou risques liés (infections, surdosage, etc.). Il s'agit de « *privilégier la recherche d'une limitation des conséquences d'un comportement nocif pour l'utilisateur mais aussi pour son entourage. Des activités visant au sevrage peuvent perdurer, mais il ne s'agit plus de l'objectif premier*¹³ ».

La RdR s'est développée dans une forme de « consensus sur la politique de santé qui traverse la classe politique »¹⁴. En effet, malgré une émergence portée par des acteurs revendiquant souvent un ancrage à gauche, la RdR a trouvé ses assises juridiques sous des gouvernements marqués à droite. En 1987, sous l'impulsion de Michèle Barzach, ministre de la Santé, elle obtient une première reconnaissance par la libéralisation de la vente de seringues¹⁵. En 1995, Simone Veil, ministre d'Etat, légalise leur distribution gratuite alors que sont lancés les traitements de substitution aux opiacés (TSO). La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique offre à la RdR sa consécration juridique et l'intègre au Code de la santé publique¹⁶, avant que des décrets¹⁷ ne viennent préciser son cadre d'action, créer les CAARUD¹⁸ ou définir les missions des CSAPA¹⁹.

La RdR se caractérise par un portage assuré par des médecins qui assoie sa légitimité, au niveau national (Michèle Barzach ou Olivier Véran, ministre et rapporteur de l'expérimentation à

¹¹ Christian Ben Lakhdar et al., « *L'argent de la drogue en France* », MILDECA/INHESJ, 2016.

¹² Pierre Kopp, « *le coût social des drogues en France* », OFDT, 2015.

¹³ Jacques Raimondeau (dir), *Manuel de santé publique*, Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2020.

¹⁴ Entretien avec Mme Gwenola Le Naour, maître de conférences de science politique, Sciences Po Lyon.

¹⁵ [Décret](#) n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972.

¹⁶ [Loi](#) du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

¹⁷ Décrets [n° 2005-347](#) du 14 avril 2005, n° [2005-1606](#) du 19 décembre 2005 et n° [2007-877](#) du 14 mai 2007.

¹⁸ Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues – CAARUD.

¹⁹ Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie – CSAPA.

l'Assemblée nationale en 2016) comme à l'échelon local, où la quasi-totalité des élus portant ces projets sont médecins de profession²⁰. Cette acceptation de la RdR dépassant les clivages s'inscrit dans un « modèle européen » marqué par « l'acceptation politique et la mise en œuvre relativement extensive d'interventions relevant du paradigme de la réduction des risques »²¹.

L'implantation des politiques de RdR constitue une assise certaine pour déployer les HSA.

Ainsi, en 2019, 177 100 usagers reçoivent des TSO, soit plus d'un tiers des 510 000 patients de l'UE, et, avec 12,8 millions de seringues distribuées, la France se place au premier rang européen²². En parallèle, l'accompagnement a été développé : fin 2017, 293 000 personnes étaient accueillies dans 450 CSAPA, en augmentation de 17 % par rapport à 2010. Les opioïdes représentent 15% des motifs de recours. En 2015, 75 000 personnes étaient accueillies dans 150 CAARUD²³.

Les acteurs rencontrés soulignent cet ancrage favorable au déploiement des HSA : « par rapport au reste de l'Europe, la France est bien lotie en termes de RdR et de soin. Il faut le dire : les politiques, quel que soit leur bord, ont quasiment toujours soutenu cette question-là »²⁴.

2. Les HSA s'appuient sur un cadre juridique dédié marqué par la loi du 31 décembre 1970 :

i. Le cadre juridique fixé par la loi du 31 décembre 1970 :

Le cadre légal est marqué par l'importance de la loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses²⁵. Cette loi est une loi de rupture : si des substances avaient été interdites dès 1916, cette interdiction ne concernait que l'usage collectif ou le trafic, la France étant à l'époque plus un pays de production et de transit que de consommation. La loi met fin à cette distinction et instaure un principe de prohibition de tout usage, même privé, dans une logique d'abstinence.

Sa préparation a suscité d'importants débats qui éclairent les enjeux actuels²⁶. Prenant la forme d'une proposition de loi au sein de laquelle les parlementaires ne souhaitaient pas interdire

²⁰ Alexandre Feltz, adjoint à la mairie de Strasbourg, Jean-Marie Le Guen et Bernard Jomier, adjoints successifs chargés de la Santé à la mairie de Paris, Patrick Padovani puis aujourd'hui Michèle Rubirola à Marseille, etc.

²¹ Henri Bergeron, « *L'impossible réforme de l'interdit d'usage ?* », in « Les drogues face au droit », PUF, 2015.

²² Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2021, *op. cit.*

²³ Agnès Cadet-Taïrou et al., « *Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019* », OFDT, décembre 2020.

²⁴ Entretien avec M. Gauthier Waerckerlé, directeur d'Ithaque, association gestionnaire de la HSA de Strasbourg.

²⁵ Cette loi a été formellement abrogée par l'ordonnance du 22 juin 2000 et recodifiée dans le Code de la santé publique. Toutefois, ses dispositions principales ont été maintenues, notamment s'agissant de la répression de l'usage de drogues.

²⁶ Sur l'analyse détaillée de l'élaboration de la loi de 1970 et l'« affrontement » entre ministères, voir Jacqueline Bernat de Celis, « *Drogues : consommation interdite, la genèse de la loi sur les stupéfiants* », L'Harmattan, 1996.

l'usage privé, la loi a été intégralement réécrite par amendement du Gouvernement quelques jours avant son vote. Les éléments introduits ont fait l'objet de vives oppositions entre ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur, faisant de cette loi un « *compromis historique* »²⁷.

Toujours en vigueur, ce cadre légal de compromis considère que l'usager de drogues est tout à la fois un malade et un délinquant. S'il peut bénéficier d'une exemption de poursuite pénale en cas de soumission à désintoxication, l'usage solitaire avec absence de traitement est passible d'emprisonnement ferme. Cet entremêlement des questions de santé et de sécurité se retrouve dans les textes : la prohibition de l'usage de stupéfiants ne figure pas dans le Code pénal, qui réprime le trafic ou la cession, mais bien à l'article L3421-1 du Code de la santé publique.

L'équilibre posé par cette loi pénale visant des enjeux de santé publique s'est révélé complexe à appliquer. Placée entre les mains du procureur, l'injonction thérapeutique n'a jamais connu d'essor, que cela soit dû au manque de dispositifs sanitaires ou aux orientations de politique pénale. En 2019, en Ile-de-France, elle représente à peine 2% des réponses pénales, illustrant le fait « *qu'il est très difficile d'inscrire une logique thérapeutique au sein d'une mesure disciplinaire* »²⁸. En parallèle, le nombre de mis en cause pour Infraction à la Législation sur les Stupéfiants (ILS) a été multiplié par 40, passant de 4 000 en 1970 à 160 000 en 2020, après un pic de 200 000 en 2013²⁹.

Le contexte reste donc marqué par un principe d'interdiction et une difficile conciliation des enjeux de sécurité et de santé. Ces éléments sous-tendent l'ensemble des débats autour des HSA, sur fond de spécificité rappelée par l'OFDT : « *la France figure parmi les pays européens disposant d'une législation parmi les plus sévères, prévoyant la possibilité de peines d'emprisonnement pour usage, tout en affichant les niveaux de consommation parmi les plus élevés d'Europe* »³⁰.

- ii. L'instauration d'une expérimentation relative aux SCMR a été le fruit d'un long travail de maturation et de préparation du cadre juridique :

Alors que la loi de 1970 s'y opposait *a priori*, l'expérimentation des SCMR a été le fruit d'une longue maturation du débat public comme des cadres juridiques. Si cette démarche a été perçue comme innovante en France, elle n'en demeure pas moins ancienne : après une première HSA créée en 1986 en Suisse, une centaine d'autres ont été déployées, principalement dans des pays européens (Allemagne, Espagne, Belgique, Portugal, Danemark, etc.) ou anglo-saxons (Canada, Australie).

²⁷ Entretien avec Mme Gwenola Le Naour, maître de conférences de science politique, Sciences Po Lyon

²⁸ Entretien avec M. Henri Bergeron, directeur de recherche au CNRS, Sciences Po Paris.

²⁹ Ivana Obradovic et al, OFDT, avril 2021, *op. cit.*

³⁰ *Ibid.*

En France, la mise à l’agenda des SCMR a d’abord été le fait des associations. Ainsi, dès 1994, une salle est lancée à Montpellier, sans cadre juridique dédié. Si celle-ci sera fermée en 1995, les acteurs de la RdR ont continué à faire émerger cet objet. En 2009, ces démarches culmineront par l’ouverture d’une salle « fictive » à Paris destinée à interpeler les acteurs publics et politiques.

Cette mobilisation a notamment conduit la ministre de la Santé Roselyne Bachelot à demander un rapport de l’INSERM qui, en 2010, a préconisé d’expérimenter les SCMR³¹. A sa réception, la ministre s’est déclarée favorable à la conduite d’une expérimentation et Paris s’est portée candidate. Toutefois, l’arbitrage du Premier ministre n’a pas validé la poursuite de ce projet.

La démarche a repris en 2012, l’expérimentation figurant au programme du candidat devenu Président de la République, et le Gouvernement a rapidement privilégié un véhicule réglementaire pour assoir cette expérimentation. En 2013, le Conseil d’Etat a toutefois confirmé qu’il n’était pas possible d’expérimenter par décret un dispositif qui « *méconnaît l’interdiction pénalement sanctionnée de l’usage de stupéfiant* »³². Les projets travaillés localement ont dès lors dû être gelés.

Prenant acte de cette impossibilité juridique, le Gouvernement a donné une base législative à cette expérimentation par la loi du 26 janvier 2016³³ qui introduit les dispositions suivantes :

- **L’autorisation des SCMR**, définies comme « *un espace de réduction des risques par usage supervisé* », dans le cadre d’une expérimentation de 6 ans. Celle-ci est créée par arrêté du ministre de la Santé, après avis de l’Agence Régionale de Santé (ARS) et « *en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, (...) avec le maire d’arrondissement* » ;

- **L’instauration du principe de supervision³⁴**, assorti d’une limite claire à l’action des professionnels, qui ne doit comporter « *aucune participation active aux gestes de consommation* » ;

- **Une exemption pénale** au bénéfice des usagers comme des professionnels les supervisant³⁵.

La loi est complétée par un cahier des charges national³⁶. Localement, le dispositif s’appuie sur une circulaire de politique pénale du Procureur de la République qui définit « *un périmètre qui donne de fait une immunité pour les détenteurs, aux fins de consommation, de certains produits,*

³¹ « *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Expertise collective* », INSERM, 2010.

³² Avis du Conseil d’Etat n° 387918 du 8 octobre 2013, annexé au présent rapport.

³³ [Loi n°2016-41](#) du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

³⁴ Ce principe est défini comme consistant « *à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances* ».

³⁵ Ceux-ci ne peuvent respectivement être poursuivis pour « *usage illicite et détention illicite de stupéfiants* » et « *complicité d’usage illicite de stupéfiants et facilitation de l’usage illicite de stupéfiants* ».

³⁶ [Arrêté du 22 mars 2016](#) portant approbation du cahier des charges national relatif à l’expérimentation des SCMR.

dans la limite d'une certaine quantité. Chaque mot est important : il y a une restriction géographique, par produit, et de quantité. Il y a une restriction dans ce qui est permis : vous ne pouvez pas consommer, vous ne pouvez pas vendre »³⁷.

La longueur de cette démarche a accru la sécurité juridique du dispositif, comme le confirme l'ancien maire du 10^{ème} arrondissement de Paris : « en 2013, nous avons déploré l'avis négatif du Conseil d'État. Mais en réalité ils avaient raison car, sur ces projets très contestés, il faut absolument être sécurisé juridiquement. Il a donc fallu changer la loi, mais ils avaient raison »³⁸.

B. L'évaluation de l'INSERM a conduit les pouvoirs publics à reconnaître le succès de l'expérimentation et à faciliter sa diffusion par la création des HSA :

1. L'évaluation de l'INSERM a confirmé l'intérêt des salles d'injection :

i. Les SCMR ont bénéficié d'une évaluation ambitieuse :

Dès l'origine de l'expérimentation, les pouvoirs publics ont confié à l'INSERM une évaluation scientifique de l'ensemble du dispositif constituée de trois études distinctes :

- **Une évaluation de l'efficacité en matière de santé et de RdR**, fondée sur le suivi d'une cohorte de 665 personnes injectant à Paris et Strasbourg, mais aussi dans deux villes témoins non dotées de SCMR, Marseille et Bordeaux. Cette étude a évalué l'impact des SCMR sur différents items (pratiques à risque VIH-VHC, abcès, surdoses, passages aux urgences, etc.).

- **Une évaluation de l'efficacité économique**, fondée sur une analyse et une modélisation des coûts en santé évités pour les usagers par les actions de prévention et de RdR engagées.

- **Une évaluation de l'acceptabilité sociale et de son impact sur la tranquillité publique**, fondée notamment sur un suivi des traces de consommation dans l'espace public (seringues, etc.), l'analyse des données de sécurité publique, la réalisation de 160 entretiens avec des acteurs de terrain ou riverains, ainsi qu'un suivi des évolutions du débat public via l'analyse de plus de 1 750 articles de presse nationale et locale de 1990 à 2018.

ii. L'évaluation de l'INSERM met en lumière des conséquences triplement positives :

Trois enseignements principaux sont venus confirmer l'intérêt du dispositif :

En matière de santé publique tout d'abord, les modélisations démontrent des gains certains. Ainsi, sur une période de 10 ans, les SCMR contribuent à réduire le risque d'infection au VIH et au

³⁷ Entretien avec M. Adrien Luneau, commissaire central adjoint du 10^{ème} arrondissement de Paris.

³⁸ Entretien avec M. Rémi Féraud, Sénateur de Paris, ancien maire (2008-2017) du 10^{ème} arrondissement de Paris.

VHC de 6 et 11%, le nombre de surdoses de 69%, les abcès ou endocardites de 77%, les passages aux urgences de 71%. La réduction de ces risques conduirait à éviter 43 décès sur 10 ans³⁹.

En matière économique par ailleurs, l'INSERM estime que les SCMR seraient « coût-efficaces »⁴⁰. Ainsi, elles éviteraient 11,1M€ de coûts médicaux sur 10 ans, principalement liés aux passages aux urgences (Paris 3,5M€, Strasbourg 3,1M€) et aux endocardites évitées (1,7 et 1,5M€), alors que leur coût annuel était de 2,5M€ à Paris et 1,1M€ à Strasbourg en 2019.

En matière sociale enfin, l'INSERM fait état d'« une amélioration globale de la physionomie du quartier et une augmentation de l'acceptabilité sociale des SCMR au cours du temps »⁴¹. A Paris, la SCMR a directement permis de diminuer de 55% le nombre de seringues dans l'espace public et les forces de l'ordre ne font pas état d'une dégradation de la sécurité. Si le secteur connaît des problématiques anciennes, la situation s'est améliorée dans les rues à proximité de la salle. La dévaluation des biens immobiliers crainte par les riverains ne s'est pas traduite dans les faits.

L'INSERM conclut dès lors que « les SCMR seraient une intervention efficace dans le contexte français » et que « ces résultats plaident en faveur d'une extension de ces SCMR »⁴².

2. Les pouvoirs publics ont renforcé le dispositif par la création des HSA :

i. Le rapport de l'INSERM a été reçu positivement par les pouvoirs publics :

Les pouvoirs publics se sont fondés sur cette évaluation pour reconduire le dispositif, comme l'indique le cahier des charges des HSA : « *les résultats finaux de l'évaluation (...) mettent en évidence des effets positifs sur la santé des personnes concernées, un rapport coût-efficacité acceptable pour la société ainsi qu'une absence de détérioration de la tranquillité publique* »⁴³.

Le Parlement s'est également saisi de l'étude de l'INSERM en prévision du vote du PLFSS 2022 : ainsi, les députés Caroline Janvier (LREM) et Stéphane Viry (LR) ont réalisé, à la demande de la commission des affaires sociales, une « *mission flash* » sur les SCMR⁴⁴. Ce rapport conclut notamment que les salles sont « *utiles et efficaces* », doivent s'inscrire « *dans une logique de parcours de soins* » et être « *issues d'initiatives locales portées par les municipalités* ».

³⁹ INSERM, « Salles de consommation à moindre risque », 2021.

⁴⁰ *Ibid.*, p122.

⁴¹ *Ibid.* p16.

⁴² *Ibid.* p16.

⁴³ [Arrêté](#) du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes soins addictions ».

⁴⁴ [Rapport](#) de Mme Janvier et M. Viry, présenté le 14 septembre 2021 à l'Assemblée nationale.

L'ensemble des acteurs rencontrés salue également la qualité de l'étude de l'INSERM, à l'image de l'ARS Ile-de-France : *« j'ai rarement vu une évaluation de politique publique aussi complète que celle-ci. Sur le fond, nous étions assez impressionnés par l'expertise de l'INSERM »*⁴⁵.

Le rapport de l'INSERM a toutefois été rejeté par l'association Riverains Lariboisière Gare du Nord, historiquement opposée à la HSA parisienne. Sollicitée, cette association n'a pas souhaité donner suite à la proposition d'entretien. Toutefois, les éléments transmis par écrit dénoncent des *« présupposés politiques et idéologiques à l'œuvre dans le rapport de l'INSERM »*⁴⁶.

- ii. Le vote du PLFSS 2022 apporte une double reconnaissance au dispositif en actant sa poursuite tout en favorisant son déploiement :

Alors que l'expérimentation devait s'achever fin 2022, le Parlement a validé sa prolongation jusqu'en 2025⁴⁷ et introduit trois évolutions majeures favorisant la diffusion des HSA :

- **Une évolution de la terminologie tout d'abord**, les SCMR étant rebaptisées Haltes Soins Addictions. Comme l'explique le Président de la MILDECA, *« l'appellation est un peu moins stigmatisante et dramatique, cela a énormément cherché l'apaisement »*⁴⁸. Cet élément est jugé essentiel car *« c'est la première fois que l'on sort de l'expression "salle de shoot" ». Or, avec ce terme, on a déjà perdu toute possibilité d'apaisement vis-à-vis des riverains »*⁴⁹.

- **Un renforcement de l'ancrage dans le soin** dans une logique d'*« orientation vers un parcours de santé physique et psychique adapté à la situation spécifique des usagers »*⁵⁰. Selon nombre d'acteurs, cet élément est de nature à renforcer l'efficacité des HSA mais aussi leur acceptabilité, l'ancrage dans le domaine du soin étant essentiel vis-à-vis des riverains.

- **L'ouverture possible au sein de CAARUD ou de CSAPA existants** : alors que cette possibilité avait été écartée en 2016, nécessitant l'ouverture éminemment complexe de lieux *ex nihilo*, l'ajout d'une mission à une structure accueillant déjà des usagers constitue une facilitation majeure pour le déploiement. La loi autorise enfin les dispositifs mobiles, en cohérence avec les pratiques de la RdR qui a historiquement développé des « bus » allant au-devant des usagers.

⁴⁵ Entretien avec M. Luc Ginot, Directeur de la santé publique, ARS Ile-de-France.

⁴⁶ Un extrait de cette position transmise par écrit est reproduit en annexe n°7.

⁴⁷ Article 83 de la [loi](#) n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022

⁴⁸ Entretien avec M. Nicolas Prisse, Président de la MILDECA.

⁴⁹ Entretien avec M. Rémi Féraud, Sénateur de Paris, ancien maire (2008-2017) du 10^{ème} arrondissement de Paris.

⁵⁰ [Exposé des motifs](#) du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

C. La diffusion des HSA s'appuie sur une conflictualité apaisée et des retours d'expériences :

1. *Les HSA bénéficient d'une acceptation croissante et d'un débat apaisé :*

i. Une acceptation croissante mesurée en population générale :

Les HSA peuvent s'appuyer sur une acceptation croissante de la population. Ainsi, en 2018, l'enquête EROPP⁵¹ (Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes)⁵² montre que la préoccupation relative aux drogues diminue, conséquence d'une information grandissante du grand public⁵³. En parallèle, 93% des répondants approuvent l'obligation de soins pour les consommateurs, 70% ne soutiennent pas le recours à des peines de prison et 82% approuvent la distribution de matériel stérile aux usagers de drogues.

Surtout, cette acceptabilité accrue concerne également les HSA⁵⁴: ainsi 80,2 % des répondants pensent que l'existence de deux salles est une bonne chose quand 75,9% estiment qu'il serait nécessaire d'en ouvrir dans d'autres villes. Enfin, 55,1% des Français seraient même « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord » à ce qu'une HSA soit ouverte dans leur quartier.

Cette acceptabilité croissante s'inscrit dans une évolution tendancielle de l'opinion en matière de lutte contre les drogues. Ainsi, en 2021, 66% des interrogés estimaient que la pénalisation pour usage n'était pas efficace quand 75% jugeaient les mesures de RdR insuffisantes⁵⁵.

ii. Des positions des riverains diverses et bien moins opposées qu'il n'y paraît :

Au niveau local, le rapport de l'INSERM comme les entretiens réalisés permettent de rejeter l'image d'une opposition systématique et unie des riverains :

- **L'INSERM⁵⁶ met en évidence une diversité de positionnements des riverains**, une partie étant opposée, d'autres favorables, certains enfin attentistes. Ces positionnements se politisent au fil de l'expérimentation, accroissant le caractère polémique du débat. La majorité des attentistes a vu ses craintes s'atténuer et la salle devenir un « *non-sujet* ». Pour autant, cette diversité est peu relayée

⁵¹ Conduites depuis 1999 par l'ODFT, l'enquête EROPP constitue l'étude de référence en matière d'opinion de la population française relative aux drogues comme aux politiques publiques conduites dans ce domaine.

⁵² Stanislas Spilka et al. « *Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers* », OFDT, 2019.

⁵³ 68% des répondants estiment être « très bien » ou « plutôt bien » informés sur les drogues, contre 58% en 1999.

⁵⁴ Filipe E et al, « Analyse de l'enquête EROPP 2018 », in Salles de consommation à moindre risque, INSERM, 2021.

⁵⁵ [Sondage CSA](#) du 21 janvier 2021 commandé par le Collectif pour une nouvelle politique des drogues (CNPDP).

⁵⁶ INSERM, 2021, *op. cit.*, p303.

dans un débat public qui favorise « *une surreprésentation du discours critique des riverains et de leur crainte que la SCMR ne contribue à la marginalisation sociale de leur quartier* ».

- **Les entretiens réalisés confirment ce positionnement divers des riverains.** Ainsi, le commissariat perçoit une « *crystallisation de deux visions qui s'opposent : celle qui dit que cela apporte des nuisances (...) et une seconde qui dit qu'avant c'était pire, avec des gens qui se piquaient dans les cages d'escalier et des seringues partout* »⁵⁷. Pour autant, l'apaisement est confirmé par les services de l'Etat : « *la salle ne fait pas l'objet d'une tension très forte avec le voisinage, malgré une militance très anti-salle, très circonscrite, très visible, et je ne suis pas sûr qu'elle soit aussi générale que l'image qu'elle cherche à donner d'elle-même* »⁵⁸. Le collectif de riverains Parents SCMR 75 estime quant à lui que la salle a « *démontré son utilité et remplit ses missions. On a moins de seringues, voire plus du tout, et cela a apporté une certaine tranquillité dans le quartier, notamment sur les intrusions d'immeubles. Bien sûr, tout n'a pas disparu, mais c'est incommensurable par rapport à avant, où nous avions des salles de shoot à ciel ouvert* »⁵⁹.

Au-delà des positionnements vis-à-vis des HSA, les riverains formulent surtout des demandes pragmatiques pouvant même nourrir le renforcement du dispositif. A Paris, les questions d'entretien et de pacification de l'espace public suscitent de fortes attentes. Des riverains ont rapidement souhaité que la HSA ouvre en matinée pour remédier à un vide de prise en charge aux impacts négatifs pour le quartier. De même, « *la demande de riverains pour que la SCMR puisse rester ouverte pendant le confinement et au plus fort de la crise du Covid-19 illustre bien ce constat du "mieux avec" plutôt que "mieux sans"* »⁶⁰. Enfin, les collectivités dépourvues de HSA signalent de fortes remontées liées aux scènes ouvertes, alors qu'un collectif de riverains et de professionnels s'est même constitué en 2020 à Montpellier pour demander l'ouverture d'une HSA.

iii. Une forme de dépassionnalisation du débat politique et médical :

Aux côtés d'une acceptabilité renforcée, le débat autour des HSA s'est fortement apaisé :

Un apaisement du champ professionnel tout d'abord : de fait, en 2016, le champ professionnel était divisé, à l'image des avis négatifs émis par les académies de médecine et de pharmacie. Si les

⁵⁷ Entretien avec M. Adrien Luneau, commissaire central adjoint du 10^{ème} arrondissement de Paris.

⁵⁸ Entretien avec M. Luc Ginot, Directeur de la santé publique, ARS Ile-de-France.

⁵⁹ Entretien avec M. Nicolas Hubé, membre du collectif de parents d'élèves « Parents SCMR 75 ».

⁶⁰ Entretien avec Mme Philomène Juillet, conseillère déléguée chargée de la prévention et de la sécurité, Mairie du 10^{ème} arrondissement de Paris.

débats historiques entre acteurs de la RdR et tenants des politiques de sevrage ou de soin peuvent demeurer, « *parmi les professionnels, le débat sur les vertus des SCMR a pratiquement disparu* »⁶¹.

Cet apaisement est aussi manifeste dans le débat politique : ainsi, une analyse des débats parlementaires⁶² met en lumière une pacification notable depuis 2016. Porté à l'origine par la gauche, le dispositif est désormais soutenu par les groupes de la majorité actuelle, mais également par des élus LR. Preuve de cette acceptation, les échanges, nourris, ont plus porté sur l'amélioration des salles (adossement à l'hôpital, etc.) que sur leur principe. *In fine*, la création des HSA a été approuvée au Sénat, historiquement moins favorable, alors que le rapport pour avis de la sénatrice LR au nom de la commission des affaires sociales ne souffrait d'aucune ambiguïté : « *les structures permettant l'usage supervisé de substances illicites ont prouvé leur efficacité* ». ⁶³

Au niveau local, cette évolution du débat politique est constatée à Strasbourg ainsi que, dans une moindre mesure, à Paris. A Paris, la HSA ne fait plus la une des débats, bien que l'opposition municipale y reste très opposée, estimant notamment que « *les salles de shoot ne sont pas une solution ; elles ne le seront jamais, justement parce qu'elles incitent à la consommation* »⁶⁴. Pour autant, les fortes tensions ont surtout trait à la question du crack ou à l'implantation de nouveaux lieux d'accueil, bien plus qu'à la HSA existante. A Strasbourg, l'apaisement se traduit au conseil municipal : « *au départ, on a seulement eu deux voix contre du FN et quelques abstentions à droite. Mais le dernier vote a recueilli une unanimité politique : au fur et à mesure du temps, les votes négatifs sont devenus des abstentions, et aujourd'hui on est sur un consensus positif* »⁶⁵. Cet apaisement progressif du débat rejoint celui constaté historiquement pour les dispositifs de RdR⁶⁶.

2. Les retours d'expériences permettent de nourrir le déploiement des HSA :

i. Une insertion locale compatible avec les enjeux de sécurité publique :

Une analyse des données de sécurité depuis 2012⁶⁷ a été réalisée pour objectiver l'impact des HSA sur la tranquillité publique. Bien sûr, celles-ci doivent être regardées avec prudence tant, en

⁶¹ INSERM, 2021., *op. cit.*, p137.

⁶² Séances publiques de l'Assemblée nationale des [22 octobre](#) et [22 novembre 2021](#), et du Sénat du [12 novembre 2021](#).

⁶³ [Rapport](#) pour avis de Mme Brigitte Micoulet, sénatrice LR de Haute-Garonne, déposé le 18 novembre 2021.

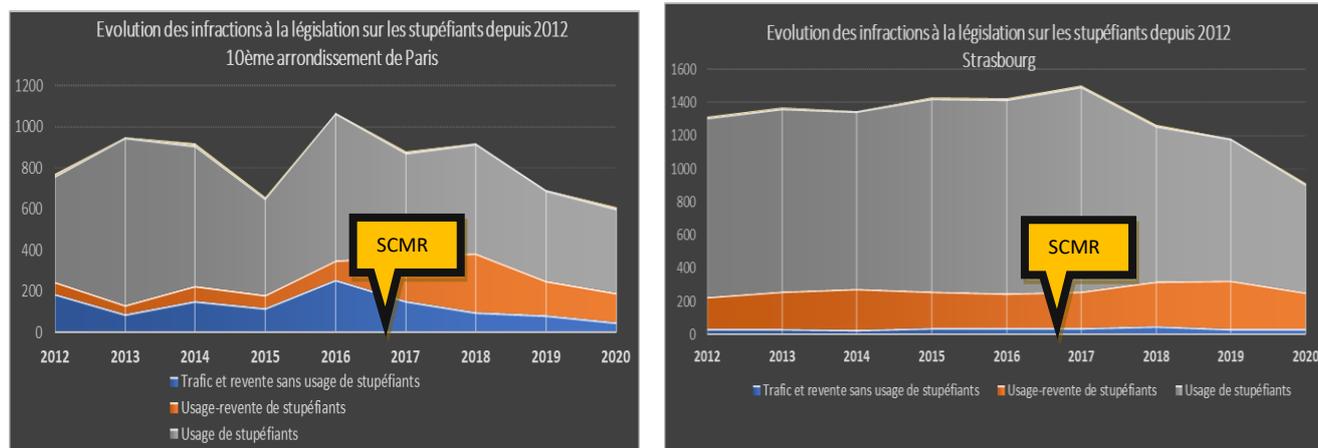
⁶⁴ Intervention de Mme Rachida Dati, [compte rendu des délibérations](#) du Conseil de Paris du 7 juillet 2021, page 110.

⁶⁵ Entretien avec M. Alexandre FELTZ, adjoint à la maire de Strasbourg chargé de la santé publique.

⁶⁶ Ce point est régulièrement rappelé par les acteurs, à l'image de la rapporteuse LR au Sénat « *comme tous les dispositifs de RdR, les salles de consommation supervisée ont créé une polémique très forte en France. Sachons nous rappeler que le décret Barzach autorisant la vente libre des seringues en 1987 avait en son temps fait également couler beaucoup d'encre. Pourtant, rares sont aujourd'hui les pourfendeurs des programmes d'échange de seringues* ».

⁶⁷ « *Crimes et délits enregistrés depuis 2012* », données du ministère de l'Intérieur, [en ligne](#) ainsi qu'en annexe n°5.

matière de stupéfiants, les Infractions Révélées par l'Activité des Services (IRAS) reflètent « l'activité des forces de sécurité (...) et très peu l'évolution réelle de la délinquance. »⁶⁸.



Source : compilation des données publiées par le Ministère de l'Intérieur

Pour autant, ces données montrent *a minima* que les ILS n'ont pas connu de hausse majeure, au contraire, les secteurs présentant une baisse tendancielle marquée entre 2016 et 2019⁶⁹. Si cette baisse pourrait traduire une moindre activité des services, la police indique *a contrario* avoir maintenu voire accru ses interventions, conformément aux orientations nationales : « on a mis en place des opérations toutes les semaines de lutte contre les stupéfiants, sur tous les quartiers. On a mis tous nos effectifs dessus avec du renseignement et des démantèlements de réseaux »⁷⁰.

L'analyse qualitative confirme cette absence de dégradation de la sécurité publique relevée par l'INSERM. A Strasbourg, la police le constate : « au départ, il y a une petite crainte avec le parc à côté, mais on n'a jamais eu de difficulté. Je suis persuadé qu'il y a des gens qui habitent ici, qui ne savent même pas qu'il y a une salle en face »⁷¹. A Paris, le Parquet indique que la HSA ne crée pas de difficulté, malgré une présence ancienne de la consommation de drogues : « il faut reconnaître que, pour nous, la salle n'est pas un problème. De l'aveu même de la police, ce n'est pas tant un sujet de délinquance »⁷². Le commissariat confirme : « ce n'est pas quelque chose qui est remonté par les policiers de terrain comme une source majeure de problèmes, un point d'ancrage particulier de délinquance, quelque chose qu'il faudrait réformer voire supprimer »⁷³.

⁶⁸ [Notice d'accompagnement](#) éditée par le ministère de l'Intérieur

⁶⁹ Les données de 2020 ont été sorties de l'étude du fait de la crise sanitaire de la Covid-19 et des mesures liées.

⁷⁰ Entretien avec le Commandant de police chargé du suivi de la HSA de Strasbourg, DDSP du Bas-Rhin.

⁷¹ *Ibid.*

⁷² Entretien avec M. Alexis Bouroz, Procureur de la République adjoint, Parquet de Paris.

⁷³ Entretien avec M. Adrien Luneau, commissaire central adjoint du 10^{ème} arrondissement de Paris.

- ii. L'ouverture des deux premières SCMR renseigne sur les conditions à réunir pour déployer de nouveaux dispositifs :

L'analyse des éléments ayant contribué au lancement effectif des expérimentations de Paris et de Strasbourg permet de dégager *a minima* cinq prérequis à l'installation de nouvelles HSA :

- **Un portage politique local assumé** dont l'importance est notamment soulignée par les acteurs de l'Etat. A Paris, inscrire le projet au sein des programmes électoraux a ainsi pu constituer un élément essentiel : *« le report de l'ouverture de 2013 à 2016 a permis entre-temps la tenue des municipales de 2014. La campagne s'est faite largement sur ce projet : il y a donc eu une forme de validation démocratique qui n'existait pas en 2008 et une équipe municipale entièrement pour »*⁷⁴.

- **Une préparation engagée très en amont et associant tous les acteurs.** D'une part, elle permet d'intégrer les contraintes de toutes les institutions pour consolider le dispositif opérationnel. D'autre part, elle permet de construire, à l'abri des regards, une confiance mutuelle entre acteurs qui devront agir de concert. La DDSP 67 insiste sur ce point : *« on a été associés dès le départ et cela est très important : associer tous les acteurs, le Parquet et la police, pour expliquer le fonctionnement des salles avant leur mise en place. A partir du moment où on a été associés, il n'y a jamais eu d'a priori »*. Sans cette préparation, les pouvoirs publics pourraient donner l'impression de tâtonner lors d'une expérimentation où les riverains se percevraient comme cobayes.

- **Présenter un visage uni de pouvoirs publics aux missions complémentaires :** dès lors qu'il s'agit d'exposer aux riverains un projet complexe et éminemment sensible, le fait que les pouvoirs publics parlent un langage commun est déterminant. Ainsi, *« la SCMR a été construite dans un consensus assez fort entre la Ville de Paris et la Mairie du 10^{ème} qui parlaient d'une seule voix, mais aussi l'Etat, y compris dans sa partie régaliennne police et justice »*⁷⁵. Cette parole des acteurs de la sécurité a constitué un élément d'apaisement majeur : *« ce qui est très important, c'est d'avoir un commissaire qui est capable, parce qu'il le pense mais aussi parce qu'il est missionné pour cela, d'aller devant les habitants en réunion publique et de dire : ‘je suis favorable à ce projet, il peut nous permettre d'améliorer la sécurité publique, je m'en porte garant’ »*⁷⁶.

- **Un ancrage dans le soin essentiel pour favoriser l'acceptabilité :** à Paris comme à Strasbourg, le choix a été fait de lier *de facto* le projet à un hôpital⁷⁷. Ce point a été perçu comme

⁷⁴ Entretien avec M. Rémi Féraud, Sénateur de Paris, ancien maire (2008-2017) du 10^{ème} arrondissement de Paris.

⁷⁵ Entretien avec M. Luc Ginot, Directeur de la santé publique, ARS Ile-de-France.

⁷⁶ Entretien avec M. Rémi Féraud, Sénateur de Paris, ancien maire (2008-2017) du 10^{ème} arrondissement de Paris.

⁷⁷ Alors que la HSA de Strasbourg est implantée dans l'hôpital, celle de Paris y est « adossée » car située dans un bâtiment indépendant, avec une entrée séparée donnant sur la rue, et sans lien opérationnel particulier avec l'hôpital.

déterminant tant « *le fait de l'implanter dans une entité hospitalière, cela apparaît vraiment comme un projet médical. Le fait que ça soit dans l'enceinte de l'hôpital, et qu'il n'y ait pas de riverains à proximité, cela a beaucoup simplifié les débats, à 80% ou 90%, je dirais même 100%* »⁷⁸. Cela est d'autant plus visible à Paris, où le premier local était envisagé hors de l'hôpital : « *l'élément qui a débloqué le dossier, c'est de l'installer sur un site hospitalier : cela a permis de rassurer sur le sérieux du projet, sachant que l'hôpital en France est une institution très respectée et très considérée. Hors d'un site hospitalier, je pense que l'on n'aurait pas réussi à lever les blocages* »⁷⁹.

- **Une concertation locale comme condition sine qua non** : celle-ci « *doit être adaptée au projet. A Strasbourg, les habitants riverains étant éloignés de l'implantation de la SCMR, nous n'avons pas réalisé de démarche proactive pour les interpeller. Par contre, nous sommes allés dans toutes les structures à proximité (hôpital, collège, association sportive, etc.). Dès qu'il y a des riverains il faut bien sûr les associer, surtout que les études montrent une acceptation très forte du dispositif désormais* »⁸⁰. L'ancien maire du 10^{ème} arrondissement de Paris abonde : « *quand on dit concertation, cela veut aussi dire qu'on ne commence pas par la culture du secret. D'ailleurs, cette culture du secret et de l'effet de surprise a complètement fait échouer tout le projet Pelleport*⁸¹ ».

- **Un suivi à l'écoute des riverains et capable d'améliorations rapides** : ainsi, à Strasbourg comme à Paris, les actions de médiation ou de ramassage de seringues ont été rapidement renforcées. Les retours des riverains sont à ce titre essentiels : « *le comité de suivi a été très utile et a montré assez vite, avec des gens qui avaient raison, que le fait de maintenir une distribution de matériel d'injection en parallèle de la salle était certes de la bonne politique de santé publique, mais que cela créait trop de consommation dans l'espace public à proximité* »⁸².

Les HSA bénéficient donc d'une triple conjonction de facteurs propices à leur déploiement : une assise scientifique et juridique tout d'abord, une reconnaissance et des conditions de mise en œuvre facilitées ensuite, ainsi qu'un apaisement des débats nourri par les retours d'expérience. Toutefois, celles-ci butent sur des facteurs limitatifs certains, qu'il convient d'analyser plus avant.

⁷⁸ Entretien avec le Commandant de police chargé du suivi de la HSA de Strasbourg, DDSP du Bas-Rhin.

⁷⁹ Entretien avec M. Rémi Féraud, Sénateur de Paris, ancien maire (2008-2017) du 10^{ème} arrondissement de Paris.

⁸⁰ Entretien avec M. Alexandre Feltz, adjoint à la maire de Strasbourg chargé de la santé publique.

⁸¹ Ce projet d'implantation d'un lieu de repos pour les usagers de drogues dans le 20^{ème} arrondissement de Paris a suscité de vives polémiques fin 2021, conduisant à son abandon par les pouvoirs publics.

⁸² Entretien avec M. Rémi Féraud, Sénateur de Paris, ancien maire (2008-2017) du 10^{ème} arrondissement de Paris.

II. Le déploiement des HSA présente toutefois de fortes contraintes :

La diffusion des HSA souffre de limites certaines, liées à une difficile conciliation des approches de santé et de sécurité (A), un manque de visibilité (B) et de fortes contraintes de mise en œuvre (C).

A. La difficulté à concilier les approches de santé et de sécurité publiques n'offre pas la cohérence nécessaire pour favoriser le déploiement des HSA :

1. Le discours des pouvoirs publics ne présente pas la cohérence nécessaire pour favoriser la conciliation des approches de santé et de sécurité :

i. Les positions contradictoires diminuent la capacité à porter un discours cohérent :

Malgré le soutien du Gouvernement, les discours contradictoires en son sein limitent le déploiement des HSA. Ainsi, le ministre de la Santé s'est engagé en faveur d'un dispositif qu'il « *soutien[t] ardemment* », selon le message adressé le 23 septembre 2021 au congrès de la Fédération Addiction. Les orientations fixées à cette occasion sont claires : « *l'INSERM a démontré la qualité de leur fonctionnement et leur intérêt pour la santé et la tranquillité publiques. Ce que nous voulons maintenant, c'est, d'une part, favoriser l'ouverture de nouveaux dispositifs sur de nouveaux territoires. Et, d'autre part, c'est tester de nouvelles modalités de mise en œuvre* »⁸³. Toute aussi claire est la position du ministre de l'Intérieur, rappelée quelques jours avant cette intervention : « *j'ai toujours été opposé aux salles de shoot* »⁸⁴. Fin 2021, le projet d'une HSA lilloise aurait été bloqué *in extremis* par le ministre de l'Intérieur, qui aurait fait part de sa « *ferme opposition* » au préfet du Nord, au motif que « *la drogue ne doit pas être accompagnée mais combattue* »⁸⁵. Que ces éléments soient fondés ou non, ils ont été largement relayés dans la presse et sont présents dans le discours de tous les acteurs de la RdR ou collectivités rencontrées, instillant un doute, si ce n'est une défiance, quant à la réalité de l'engagement de l'Etat à leurs côtés.

Ces dissensions se retrouvent au niveau local : ainsi, selon plusieurs collectivités, des préfectures, représentantes locales de la MILDECA, ont fait savoir qu'elles n'étaient pas favorables au projet. Une collectivité indique faire face à « *une tension avec l'Etat suite à l'annonce que nous souhaitions ouvrir une HSA, alors que c'était dans le programme du Maire* ». Une autre est plus directe : « *ce sujet a été à l'ordre du jour de plusieurs échanges entre le maire et la préfecture. De façon très directe, il nous a été indiqué que la décision ne leur appartenait pas, mais que tant qu'ils*

⁸³ Message du ministre de la Santé et des Solidarités adressé au congrès de la Fédération Addiction : [en ligne](#).

⁸⁴ [Interview](#) du ministre de l'Intérieur le 8 septembre 2021 à France Inter retranscrite sur [www.vie-publique.fr](#).

⁸⁵ Voir notamment [La Voix du Nord](#), 22 juin 2021, consulté le 23 avril 2022.

seraient là, il n'y aurait pas de HSA ». Signe d'une forme d'incohérence, ces relations tranchent avec un partenariat largement salué avec les ARS : « on travaille main dans la main avec l'ARS, et elle va financer le diagnostic local sur la consommation et les besoins des usagers »⁸⁶.

Ces tensions sont cohérentes avec l'analyse des situations parisienne et strasbourgeoise, comme le rappelle l'adjoint à la maire de Strasbourg : « *au départ, le directeur de la police local était réservé et inquiet, les échanges ont été vifs et denses* »⁸⁷. A Paris, le Préfet de Police a publiquement indiqué être défavorable aux HSA : « *je peux simplement faire état - et j'en ai fait état ici - de l'opposition du ministre de l'Intérieur à des salles où l'on se drogue. Les choses sont parfaitement claires sur la position que je reprends et que j'explique. (...) J'avais également eu l'occasion de dire ici que si l'arbitrage du Premier ministre était différent, je le mettrais bien évidemment en œuvre, comme toute chose, mais, puisque nous en sommes au stade des avis et des positions, je me permets de donner également la mienne* »⁸⁸. Malgré un engagement opérationnel conjoint, ces positionnements divers sont confirmés au sein des services de l'Etat : « *il est clair que la préfecture de police a parfois des positions différentes des autres. Par exemple, ils n'ont pas signé le communiqué de presse lié à l'évaluation, signé par tous les autres partenaires* »⁸⁹.

Si les divergences entre ministères sont assez habituelles en matière de toxicomanie, leur caractère public n'est pas de nature à renforcer la compréhension comme l'acceptabilité de la démarche par les riverains. A ce titre, il est révélateur que le site internet de la MILDECA, mission rattachée au Premier ministre, présente la loi de 1970 en indiquant que « *son principe contribue à renforcer les attitudes discriminatoires entre des usagers dépendants de produits illicites et des usagers dépendants de drogues licites (alcool notamment). Surtout, la loi exige des médecins qu'ils agissent contre la volonté d'individus qui ne nuisent pourtant qu'à eux-mêmes* ».⁹⁰

ii. Une inscription dans le champ de la santé qui demeure problématique :

Le caractère sanitaire du dispositif demeure complexe à faire accepter tant le débat public comme le cadre juridique demeurent marqués par l'interdiction posée par la loi de 1970. En effet, « *la RdR suppose de renoncer à un idéal d'éradication des drogues, alors même que le cadre législatif de la loi de 1970 en France en pénalise l'usage. Cette contradiction ne peut que*

⁸⁶ Entretien avec Mme Elodie Brun-Mandon, conseillère déléguée chargée de la santé, ville de Montpellier.

⁸⁷ Entretien avec M. Alexandre Feltz, adjoint à la maire de Strasbourg chargé de la santé publique.

⁸⁸ Compte rendu des délibérations du Conseil de Paris des 6, 7, 8 et 9 juillet 2021, débat relatif aux mesures à prendre face à la crise liée au crack, page 107 : [en ligne](#).

⁸⁹ Entretien avec M. Luc Ginot, Directeur de la santé publique, ARS Ile-de-France.

⁹⁰ <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/lexique/loi>, consulté le 22 avril 2022.

*transparaître dans les représentations des concitoyens et donc inévitablement des riverains »⁹¹. Les arguments des professionnels de santé peuvent donc être difficilement audibles, alors même que l'expertise connaît une forte remise en cause de la part de la société civile⁹². Cette difficile réception de la parole scientifique peut aussi être le fait des autorités, tant « *le savoir des experts demeure souvent inaudible auprès des pouvoirs publics, a fortiori sur des sujets susceptibles de faire l'objet d'une forte instrumentalisation dans le débat public* »⁹³. Selon les acteurs de la RdR et plusieurs collectivités locales, la contradiction évidente dans le fait d'accompagner un usage par ailleurs prohibé constitue une difficulté majeure pour l'acceptabilité et la compréhension des HSA.*

Nécessaire, l'ancrage dans le champ de la santé n'est par ailleurs pas suffisant pour favoriser l'acceptabilité d'un dispositif qui suscite de fortes craintes en matière d'ordre public. Si l'amélioration de la sécurité publique figure bien dans les objectifs des HSA, ce discours est souvent peu relayé, que cela soit dû à une parole majoritaire des professionnels de santé ou à une discrétion des acteurs de la sécurité. Dès lors, toutes les collectivités soulignent l'importance de réaffirmer cet objectif pour conduire les concertations : *« il faut porter un discours à la fois de santé et de sécurité. La création des HSA et son prolongement par l'Etat a été très positif mais je souhaiterais qu'il y ait aussi un discours national qui rappelle que cela n'augmente pas les violences ni la consommation. Si ce volet sécurité était aussi mis en avant, cela serait très bien »⁹⁴.*

2. Les HSA demeurent un dispositif politisé et complexe à mettre en œuvre :

i. Le dispositif demeure marqué par une forte politisation :

Malgré l'apaisement de travaux parlementaires marqués par une relative discrétion, les HSA continuent de revêtir une forte sensibilité politique liée à l'acceptation par la population ou aux tensions médiatiques éventuelles. Ainsi, les acteurs interrogés estiment majoritairement que l'échec éventuel d'un projet actuel ou passé est le fait de motifs « politiques » bien plus que « techniques ».

Si ce caractère sensible ne saurait surprendre, il entrave d'autant plus le déploiement des HSA que cette politisation imprègne l'ensemble du triptyque d'acteurs concernés :

- **Les élus locaux en premier lieu :** d'une part, la proximité avec les électeurs en fait des acteurs extrêmement sensibles aux réactions de leurs administrés. Quelles que soient leurs opinions,

⁹¹ Gwenola Le Naour, et al., « *Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien* », DGS, 2014, p7.

⁹² « L'expertise, de la recherche d'une action rationnelle à la démocratisation des connaissances et des choix », Lascoumes P, Revue Française d'Administration Publique N° 103, INSP, 2002.

⁹³ Renaud Colson, « *Légaliser les drogues ?* », in « *Les drogues face au droit* », PUF, 2015, p12.

⁹⁴ Entretien avec Mme Michèle Rubirola, Première adjointe au Maire de Marseille.

ils sont « *sans cesse sur la brèche pour rester en phase avec les valeurs et les représentations des électeurs* »⁹⁵. Or, « *en termes de rentabilité politique, ce type de dispositif n'est pas le plus vendeur, ce qui peut créer des blocages* »⁹⁶. D'autre part, car porter ce projet, qu'il soit réalisé ou non, peut constituer une ressource pour mobiliser ou satisfaire son camp politique. Une vision « militante » du projet transparait par ailleurs chez plusieurs collectivités, l'une parlant d'un « *dispositif "politique" qui améliore la santé* », une autre évoquant une motivation « *"idéologique", ce n'est pas le bon terme, mais le maire pense que cela sauve des vies* ». Cette politisation favorise une inscription dans les programmes électoraux d'autant plus soulignée qu'elle peut permettre de revendiquer une forme de courage politique en portant une mesure dont on connaît la faible acceptabilité.

- **Les administrations publiques ensuite** : la politisation des HSA et les divergences entre autorités gouvernementales se traduisent dans les positionnements des acteurs locaux de l'Etat. Face à un dossier qu'ils savent être « sensible », ils ont tendance à renvoyer les décisions à un arbitrage « politique », arbitrage qu'ils craignent de préempter par une posture trop accompagnatrice, nourrissant un attentisme certain. Les tensions autour de la prise en charge du crack depuis 2020 sont présentes dans nombre de discours et renforcent cette posture de prudence.

- **Les acteurs de la RdR enfin** qui, du fait des outils qu'ils ont dû déployer pour faire se développer la RdR, sont empreints d'une posture militante, quasiment politique, faisant notamment appel à des conceptions morales fortes. Dès lors, les SCMR semblent être devenues une forme de combat pour des acteurs particulièrement engagés, quand bien même cette politisation des HSA est par ailleurs largement dénoncée comme nuisant à la science.

Si cette politisation peut faire bénéficier aux HSA d'un volontarisme requis pour déployer des dispositifs aussi complexes que sensibles, elle présente plusieurs limites fortes. D'une part, en cas de tension ponctuelle, de pression médiatique ou d'échéance politique, elle peut contribuer à ralentir ou bloquer les travaux entre partenaires. Par ailleurs, l'inscription dans un cadre politique rend complexe, par nature, d'ancrer le discours des acteurs dans le champ de la science et de la santé. Ainsi, comme le résume un acteur de l'Etat : « *le nœud du problème c'est, qu'on le veuille ou non, que les SCMR sont restées toutes ces années un symbole de "crispation politique", le mot est peut-être exagéré (...), mais pour certains c'est devenu un combat symbole d'une RdR poussée à son paroxysme, et pour les autres c'est devenu un symbole d'une permissivité des pouvoirs publics et de la société vis-à-vis des usagers de drogues. C'est resté hyperpolarisé* ».

⁹⁵Alain Faure, « *Les passions de l'élu local, du notable au médiateur* », Histoire@Politique n°25, 2015.

⁹⁶Entretien avec Mme Gwenola Le Naour, maître de conférences de science politique, Sciences Po Lyon.

ii. Un dispositif qui peut susciter de vives craintes et oppositions :

Malgré une acceptabilité croissante, la sensibilité des HSA rend leur déploiement complexe car, « *si les gens sont favorables, quand on va ensuite à une échelle très territorialisée, les choses sont beaucoup plus compliquées* »⁹⁷. L'ensemble des acteurs a conscience d'être en présence d'un dispositif qui « fait peur » et s'accorde sur les éléments de nature à limiter son acceptabilité :

- **Des éléments de tension objectifs**, car « *l'usage de stupéfiants crée, qu'on le veuille ou non, des nuisances insupportables pour les riverains, même régulées* »⁹⁸. Selon l'ancien maire du 10^{ème} arrondissement, « *pour des riverains vivant dans des scènes ouvertes, les consommateurs de drogues à la rue sont leur ennemi du quotidien. C'est toujours une source d'inquiétude* ».

- **Des craintes multiples quant au dispositif en tant que tel** et qui, malgré les conclusions apportées par le rapport de l'INSERM, ne manquent pas de survenir : crainte d'un effet « pot de miel », d'une hausse de la délinquance et des trafics, d'une dégradation des conditions de vie, etc.

- **Une perception sociale extrêmement négative des usagers de drogues**, déplorée par les acteurs tant « *tout le monde est d'accord pour penser que ce sont des sales personnes* »⁹⁹. Cette difficulté est renforcée par un discours de déshumanisation des usagers accru par la diffusion du crack, avec des termes tels que « zombies » parfois repris jusque dans le débat public.

Dès lors, l'ouverture d'une HSA peut générer un rejet fortement axé sur le lieu retenu : « *c'est un problème de NIMBY puisque toute l'expression des riverains ne remet pas en cause le principe, mais sa localisation, mais ça n'est pas forcément du NIMBY illégitime. De fait, une grande majorité de la population n'est pas contre la politique de santé publique, ce qu'elle ne veut pas, c'est en subir les nuisances* »¹⁰⁰. Les acteurs se gardent toutefois de juger ce phénomène, conscients que, « *quand vous êtes touché dans votre quotidien, on prend les choses de façon très frontale, mais finalement très humaine. Donc, ce pseudo manque d'humanité que l'on va railler, d'une certaine manière, on fait preuve du même manque d'humanité, nous spécialistes, vis-à-vis de ces riverains* »¹⁰¹.

Ces phénomènes complexifient d'autant plus le déploiement des HSA qu'ils limitent la capacité à faire la pédagogie des dispositifs. Ainsi, par exemple, lors des concertations préalables

⁹⁷ Entretien avec Mme Gwenola Le Naour, maître de conférences de science politique, Sciences Po Lyon.

⁹⁸ Entretien avec M. Adrien Luneau, commissaire central adjoint du 10^{ème} arrondissement de Paris.

⁹⁹ Entretien avec Mme Elisabeth Avril, directrice de l'association Gaïa, gestionnaire de la HSA de Paris.

¹⁰⁰ Entretien avec M. Rémi Féraud, Sénateur de Paris, ancien maire (2008-2017) du 10^{ème} arrondissement de Paris.

¹⁰¹ Entretien avec M. Adrien Luneau, commissaire central adjoint du 10^{ème} arrondissement de Paris.

à l'implantation de la salle parisienne, les interventions les plus rejetées étaient souvent celles des médecins expliquant que le dispositif réduisait la mortalité des usagers, semblant placer *de facto* les riverains en position d'opposants à un dispositif sauvant des vies. Comme le rappelle l'INSERM, « *l'évolution des politiques publiques de réduction des risques et le constat de leurs impacts peuvent parfois engendrer une dissonance cognitive chez les acteurs, perceptible dans le débat* »¹⁰².

B. L'acceptabilité des HSA est réduite par la méconnaissance dont souffrent les dispositifs de réduction des risques et l'absence de véritable stratégie nationale :

1. *La stratégie d'invisibilisation de la RdR entrave son développement*

i. Les limites d'un positionnement « pour vivre heureux, vivons cachés » :

Comme le montre la recherche scientifique¹⁰³, la RdR s'est historiquement développée dans une logique d'invisibilisation, fondée sur trois impératifs de discrétion. Tout d'abord, une invisibilisation due à des motifs politiques, les élus locaux ne souhaitant pas faire de ces structures sensibles des enjeux de luttes politiques locales. Du fait des usagers de drogues ensuite, ceux-ci ne souhaitant pas être identifiés comme tels en se rendant dans les structures de RdR, conduisant à une discrétion de celles-ci, notamment dans les devantures. Par une intériorisation par les structures de RdR enfin, conscientes qu'éviter toute polémique est une condition nécessaire pour mener à bien leurs projets, dans une logique de « *pour vivre heureux, vivons cachés* »¹⁰⁴.

Or, cette discrétion constitue une double difficulté pour engager le déploiement des HSA :

- **Tout d'abord, ces dispositifs demeurent très peu connus du grand public, dans un domaine où la connaissance est pourtant essentielle à l'acceptabilité sociale.** Ainsi, « *du point de vue de l'objectif politique de tolérance de la RdR et des usagers de drogues, cette posture de discrétion interpelle. Elle empêche notamment la communication vers un large public* ». Cet aspect contribue à fragiliser le dispositif car, « *si elle est efficace à court terme, cette posture est insuffisante pour permettre une acceptation des pratiques de RdR en population générale* »¹⁰⁵.

- **Par ailleurs, la RdR ne peut capitaliser sur des démarches de concertation qui restent limitées, compte tenu de leur sensibilité, aux riverains immédiats.** Ainsi, « *bien souvent, les actions ne sont connues que des voisins immédiats, mais pas des cercles plus élargis (...). En*

¹⁰² INSERM 2021, *op. cit.*, p146.

¹⁰³ Gwenola Le Naour, et al., « *Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien* », DGS, 2014.

¹⁰⁴ *Ibid.*, p42.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p79.

quelque sorte, le travail réalisé dans un quartier n'est pas généralisable à l'échelle de la ville »¹⁰⁶, ni a fortiori du pays, ce qui limite par conséquent les ressources symboliques des HSA.

Le renforcement de l'acceptabilité des HSA requiert donc une communication accrue de tous les partenaires. Les acteurs de RdR ont conscience de cet impératif : *« être un peu à la marge nous a permis d'avoir des espaces de liberté, il faut le dire. Par contre, aujourd'hui on est à un point où il faut communiquer, c'est important que le public sache à quoi on sert et pourquoi on est là »¹⁰⁷.*

ii. La RdR n'est pas exempte de divisions ou de critiques :

Le dispositif souffre de fragilités internes et de questionnements quant à son ancrage dans le soin, malgré le renforcement de ce dernier souhaité par le législateur. Ce point réactive les tensions historiques entre défenseurs de la RdR et professionnels davantage orientés vers le sevrage. Ainsi, le nom même de « HSA » peut être déploré par certains acteurs, au motif que la « réduction des risques » et ses spécificités disparaîtraient au profit du « soin ». Le champ de la RdR n'est par ailleurs pas exempt de divisions, à l'image de Bordeaux où deux projets de HSA se sont un temps fait concurrence, sans qu'aucun ne voie le jour.

Au-delà des débats internes, ces interrogations peuvent limiter la convergence des acteurs et, selon les pouvoirs publics, l'acceptabilité des HSA. Ainsi, pour l'ARS Ile-de-France, *« nous avons été très pénalisés par l'omniprésence du discours RdR, en imaginant qu'on abandonnait le soin (...). Aujourd'hui, on essaie de développer des réponses de soin et de prise en charge, autour de l'idée que la majorité des usagers demande à quitter la consommation de drogues, même si c'est une demande fluctuante. Mais si on est que sur les outils de la RdR, on ne sera pas crédibles, ni auprès des usagers ni auprès des habitants ».* Ce défi d'un renforcement du soin est partagé par le Président de la MILDECA, selon qui *« on a parfois l'impression que la RdR n'est pas suffisamment la petite marche pour aller vers une démarche de sevrage. Et qu'on se retrouve à avoir des files actives pour lesquelles évidemment ce premier niveau de RdR est ultra nécessaire, mais qu'ensuite on est peut-être un peu faible sur ce qu'on peut proposer pour sortir de l'usage de drogues »¹⁰⁸.*

¹⁰⁶ Gwenola Le Naour, et al., 2014, *op. cit.*, p79.

¹⁰⁷ Entretien avec M. Gauthier Waerckerlé, directeur d'Ithaque, association gestionnaire de la HSA de Strasbourg.

¹⁰⁸ Entretien avec M. Nicolas Prisse, Président de la MILDECA.

2. *L'absence de stratégie nationale opérationnelle et une forme d'attentisme des services de l'Etat diminuent la capacité de déploiement des HSA :*

i. Une parole nationale qui demeure discrète quant aux intentions du Gouvernement :

L'intention du Gouvernement de déployer les HSA n'a pas été assortie, jusqu'à présent, d'une stratégie clairement annoncée ni déclinée opérationnellement. Certes, la rapporteuse pour avis au Sénat a fait état d'un souhait du ministre de la Santé d'ouvrir « *deux salles par an* »¹⁰⁹. Pour autant, cet objectif n'a pu être retrouvé dans aucune publication officielle et la MILDECA ne fait pas état d'une stratégie de déploiement de HSA ou de réalisation de diagnostics préalables.

Les collectivités déplorent cette absence d'orientation précise, comme l'indique par exemple Michèle Rubirola, par ailleurs extrêmement positive quant à l'engagement local des services de l'Etat, préfecture et préfecture de police comprises : « *l'Etat central est très important car, même si on a nos ARS, ce serait très important que l'on ait une orientation qui vienne d'en haut. Quand l'Etat a reconduit l'expérimentation, c'était extraordinaire, c'était un signe clair. Mais sur la mise en œuvre, on l'attend* »¹¹⁰. Ces échos se retrouvent chez tous les élus interrogés : « *le ministère de la Santé est pour et le ministère de l'Intérieur est contre, dans un jeu de rôle extrêmement convenu. L'arbitrage du Premier ministre suite au rapport de l'INSERM est très clair mais on était en période préélectorale. Donc, en réalité, cet arbitrage n'a pas encore été mis en œuvre* »¹¹¹.

ii. Un attentisme des services de l'Etat local :

Cette absence de stratégie nationale se traduit par un attentisme fort des services de l'Etat local. Ainsi, en évoquant une « logique ascendante », ils semblent surtout faire preuve d'une extrême prudence : « *nous, nous allons décliner la politique gouvernementale. Est-ce qu'il y a des sites dans lesquels des HSA pourraient répondre à des besoins des usagers ? La réponse est probablement "oui", mais je dis bien "probablement" (...). Il y a des endroits dans lequel nous pouvons nous poser la question, mais l'opportunité de la réponse ne dépend pas que de nous* »¹¹².

A l'exception de Marseille¹¹³, cette posture attentiste est déplorée par les collectivités, à l'image de Bordeaux : « *l'ARS est très porteuse, elle s'est dite favorable au projet à chaque fois qu'on leur a posé la question, mais jamais spontanément. Et on a demandé un second comité de*

¹⁰⁹ [Compte rendu](#) des débats de la Commission des affaires sociales, 17 novembre 2021.

¹¹⁰ Entretien avec Mme Michèle Rubirola, Première adjointe au Maire de Marseille.

¹¹¹ Entretien avec M. Rémi Féraud, Sénateur de Paris, ancien maire (2008-2017) du 10^{ème} arrondissement de Paris.

¹¹² Entretien avec M. Luc Ginot, Directeur de la santé publique, ARS Ile-de-France.

¹¹³ La ville de Marseille, où le projet butte sur la recherche d'un local, indique avoir obtenu une garantie de financement de 1M€ de la part de l'ARS.

pilotage, qui n'a pas été organisé. Or, c'était il y a plus de 18 mois »¹¹⁴. La ville de Montpellier partage cette demande d'une posture volontariste : « ce que nous attendons de l'Etat, c'est une clarification sur son intention : si le diagnostic financé par l'ARS indique qu'il y a un besoin et que la solution est appropriée, l'Etat soutiendra-t-il publiquement le projet, l'accompagnera-t-il ? »¹¹⁵.

Alors que la sensibilité du dispositif requiert un fort volontarisme de tous les acteurs, cette posture attentiste apparait comme peu propice au déploiement des HSA. En complément, l'Etat local, pourtant doté de capacités d'expertise sur ces sujets complexes, ne semble pas les mobiliser de façon proactive, notamment en matière de diagnostics sanitaires. *A contrario*, l'identification comme la qualification du besoin relèveraient de collectivités dont ce n'est pas la compétence première¹¹⁶ : « certains acteurs de la Ville de Paris nous disent qu'ils veulent une HSA : nous répondons que nous sommes prêts à discuter mais dites-nous à quel endroit vous souhaiteriez l'implanter, et pour répondre à quel besoin. (...) Et à partir de là, on contribuera au diagnostic, on dira ce qu'on pense de l'opportunité. Mais on n'est pas sur une programmation descendante »¹¹⁷.

C. Le déploiement des HSA demeure complexe malgré les facilitations apportées :

1. L'exigence d'une candidature locale et le maintien du cadre expérimental entravent la diffusion des HSA :

i. L'exigence d'une candidature des élus locaux limite le déploiement des HSA :

Les HSA sont soumises à une candidature positive des maires non prévue dans les textes.

Alors que le cahier des charges des HSA prévoit la « concertation » des maires, la décision relevant en définitive au ministre de la Santé sur proposition du directeur général de l'ARS, la procédure est tout autre depuis 2016. Ainsi, plus que la concertation prévue initialement, la procédure prévoit non seulement une autorisation, mais une candidature formelle des maires, par écrit.

Cette disposition constitue une limite très forte au développement du dispositif :

- **D'une part, parce qu'elle semble signifier, en rendant la HSA « optionnelle », que les impacts sanitaires démontrés ne seraient pas suffisants pour justifier son déploiement** dans des territoires où des besoins seraient constatés. Cette situation est renforcée par le fait qu'aucun autre

¹¹⁴ Entretien avec la ville de Bordeaux.

¹¹⁵ Entretien avec Mme Elodie Brun-Mandon, conseillère déléguée chargée de la santé, ville de Montpellier.

¹¹⁶ [Article L3411-7 du code de la santé publique créé par la loi de 2016](#) : « La définition de la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue relève de l'Etat ».

¹¹⁷ Entretien avec M. Luc Ginot, directeur de la santé publique, ARS Ile-de-France.

dispositif de RdR n'est soumis à ce type de candidature ni même d'autorisation, plaçant *de facto* les HSA dans une situation d'infériorité symbolique forte au sein des outils de santé publique. Logiquement, les acteurs de la RdR sont extrêmement critiques vis-à-vis de cette procédure qui les soumet à l'accord préalable de la commune, bien qu'ils soulignent la qualité des partenariats noués.

- **D'autre part, car elle fait peser *de facto* le poids politique d'une ouverture sur les acteurs qui sont le plus sensibles aux débats politiques locaux.** Les acteurs rencontrés varient dans leur interprétation de cet état de fait, y voyant tantôt « *une erreur stratégique* », « *une obligation liée à l'importance du maire* », voire une intention à peine voilée de limiter les HSA via le fait de « *faire porter la responsabilité aux élus d'un dispositif qui est totalement importable* ». Les collectivités locales rencontrées estiment quant à elles que cette procédure est surtout empreinte de réalisme tant, « *sans le soutien du maire, cela ne peut pas marcher* »¹¹⁸. Pour autant, d'autres raisons sont évoquées par la Fédération Addiction : « *nous avons mis en avant cette stratégie du local pour contourner les interdits nationaux car, à l'époque, il était hors de question de faire évoluer la loi 1970. Or, on avait vu que dans d'autres pays, la difficulté pouvait être contournée par le local* »¹¹⁹. De fait, « *quand on regarde l'histoire européenne en matière de drogues, ce sont souvent les villes qui ont porté les innovations qui, ensuite, ont été généralisées* »¹²⁰.

Quelle que soit la position des acteurs locaux sur ces modalités, les collectivités déplorent un monopole de l'initiative qui peut les fragiliser : « *il faudrait aussi que l'Etat impulse aux maires, que dans certaines villes où il y a des problématiques, cette solution soit mise en place rapidement. Et qu'il y ait vraiment un appui, presque une publicité, en disant "cela marche, cela réduit la violence, cela réduit les risques". Vraiment, c'est de cela dont on a besoin* »¹²¹.

ii. Les limites d'un processus qui demeure « expérimental » :

Le fait de déployer les SCMR dans un cadre expérimental a conféré au dispositif des atouts certains pour faciliter sa mise en œuvre initiale. Ainsi, tous les acteurs reconnaissent que l'expérimentation a fourni les ressources symboliques pour s'inscrire dans le champ de la santé et du pragmatisme, tout en offrant la possibilité d'un suivi régulier et d'une évaluation ambitieuse. A ce titre, et comme le rappelle le Conseil d'Etat, l'expérimentation facilite « *l'acceptation d'une réforme, puisqu'elle permet, le cas échéant, de dégager des résultats probants à son issue et*

¹¹⁸ Entretien avec Mme Elodie Brun-Mandon, conseillère déléguée chargée de la santé, ville de Montpellier.

¹¹⁹ Entretien avec M. Jean-Pierre Couteron, porte-parole de la Fédération Addiction.

¹²⁰ Entretien avec M. Henri Bergeron, directeur de recherche au CNRS, Sciences Po Paris.

¹²¹ Entretien avec Mme Michèle Rubirola, Première adjointe au Maire de Marseille.

constitue un moyen pour associer les acteurs concernés par la mesure testée à sa conception, à son pilotage et à son évaluation. Autrement dit, elle ‘‘prépare le terrain’’ en vue de la réforme »¹²².

Pour autant, le maintien d’un caractère expérimental constitue désormais une limite potentielle dont la cohérence doit être interrogée. Ainsi, ne pas avoir tiré entièrement les conséquences du rapport de l’INSERM peut laisser croire que les SCMR évaluées depuis 2016 n’auraient pas déjà démontré leur efficacité. Ce point a suscité nombre d’interrogations au Parlement : ainsi, au Sénat, la rapporteure a indiqué « *s’étonner que ce dispositif qui a fait ses preuves ne soit pas pérennisé* »¹²³. A l’Assemblée nationale, les députés C. Janvier et S. Viry ont également plaidé « *pour pérenniser le dispositif plutôt que de prolonger une expérimentation qui a fait ses preuves* », en estimant que seule l’évolution du cadre législatif pourrait justifier une nouvelle expérimentation. Si, à ce titre, maintenir un caractère expérimental pour les nouvelles dispositions des HSA (dispositifs mobiles, etc.) apparaît cohérent, cela crée *a minima* une incompréhension pour les salles actuelles. Or, selon leurs porteurs, elles « *n’auront aucune pérennité et n’ont pas grand intérêt en termes de politique de santé si elles restent uniques. Donc à partir du moment où c’est une expérimentation, soit elle se diffuse, soit elle a vocation à s’arrêter un jour, y compris dans les deux salles concernées* ».¹²⁴

Cette difficulté à faire entrer des dispositifs de RdR dans le droit commun apparaît donc comme un facteur limitant, bien que peu surprenant tant, comme l’indique le Président de la MILDECA, « *dans les conduites addictives et les addictions, la charge des représentations est telle, que l’on soit sur l’alcool en famille ou les SCMR, que l’on a du mal à imposer ce qui est quand même suffisamment étayé scientifiquement pour dire que cela permet de sauver des vies, cela permet de limiter les infections, cela permet de retrouver des contacts avec des professionnels du social, avec des services de santé, etc. Le rationnel il est là, il n’est plus à prouver. Ou alors il y a 99% de l’action publique qui méritent d’être passés au crible de tout un tas d’évaluations* »¹²⁵.

¹²² « [Les expérimentations : comment innover dans la conduite des politiques publiques ?](#) », Les études du Conseil d’Etat, La Documentation Française, 2019, page 49

¹²³ [Rapport](#) de la Commission des affaires sociales du Sénat relatif au budget de la MILDECA dans le cadre de l’examen du PLFSS 2022, « l’essentiel », 17 novembre 2021.

¹²⁴ Entretien avec M. Rémi Féraud, Sénateur de Paris, ancien maire (2008-2017) du 10^{ème} arrondissement de Paris.

¹²⁵ Entretien avec M. Nicolas Prisse, Président de la MILDECA.

2. Les modalités opérationnelles de diffusion doivent être précisées :

i. Un financement qui doit être anticipé et précisé :

Le financement d'un déploiement doit être anticipé et précisé, et ce particulièrement en matière de coûts de fonctionnement, à la charge de l'assurance maladie, par le biais de l'ONDAM médico-social dit « spécifique ». En effet, si les collectivités territoriales prennent en charge les dépenses d'investissement liées, la création de HSA dans des locaux existants devrait être de nature à réduire ces coûts d'investissement de façon notable.

Le nécessaire travail de négociation budgétaire est anticipé par les acteurs de l'Etat, comme le rappelle le Président de la MILDECA : *« je suis celui qui a demandé à l'équipe de l'INSERM que l'on ait une évaluation de nature médico-économique car cela va être, à un moment, une question légitimement posée par des parlementaires ou le Gouvernement (...). On a des coûts de fonctionnement qui ne sont pas nuls, mais je suis très content que l'INSERM ait montré que, au regard des coûts évités, cela semble plutôt valable de ce point de vue-là »*¹²⁶.

Si l'étude de l'INSERM constitue un argument certain, les contraintes budgétaires annuelles nécessiteront un travail d'anticipation et de négociation, et ce d'autant plus que les forts autres besoins en santé peuvent légitimement induire des arbitrages complexes. Ceci est d'autant plus requis que les HSA de Strasbourg et Paris ont mis en lumière un accroissement progressif des coûts, notamment pour développer la médiation et l'aller vers, supportés par un véritable effort de l'Etat.

ii. Les modalités de déploiement dans des structures existantes doivent être précisées :

Si la possibilité d'ouvrir des HSA dans des CAARUD et des CSAPA est unanimement saluée par les acteurs rencontrés, plusieurs interrogations demeurent quant à sa faisabilité :

- **Une contrainte liée aux faibles locaux disponibles au sein des CAARUD et des CSAPA**, rappelée par tous les acteurs. Cet élément peut limiter le développement de HSA, voire susciter des inquiétudes, à l'image de cette collectivité indiquant que *« la préfecture nous a laissé entendre que la piste HSA dans un CAARUD pourrait l'intéresser, mais que potentiellement cela équivaldrait à retirer une autorisation de CAARUD. On a besoin d'être rassurés là-dessus »*.

- **Un enjeu de formation de personnels**, rappelé par la HSA parisienne : *« quand on a ouvert, notre défi était de former et stabiliser les équipes sur un travail qui n'avait jamais été fait. Car porter une salle est un autre travail que celui des CAARUD : donc ouvrir des salles dans les*

¹²⁶ Entretien avec M. Nicolas Prisse, Président de la MILDECA.

CAARUD *pourquoi pas, mais il faut former les gens* »¹²⁷. Ce point est d'autant plus essentiel que le secteur est marqué par « *une difficulté stricte de ressources humaines en santé* »¹²⁸.

- **Des conséquences opérationnelles à affiner avec la justice et la police.** En effet, si les HSA devaient être diffusées, la multiplication de périmètres d'exemption par circulaires de politique pénale requerra une réflexion approfondie. Ainsi, comme l'indique le Parquet de Paris, « *tout dépend du nombre. S'il s'agit de créer une ou deux salles, cela n'est pas pareil que d'en faire une par arrondissement. C'est vraiment quelque chose qu'il faut réfléchir plus finement* »¹²⁹. Le commissariat du 10^{ème} arrondissement de Paris confirme le besoin de travaux approfondis.

Enfin, les entretiens laissent apparaître des visions divergentes quant au dimensionnement des HSA. Ainsi, certains acteurs imaginent des HSA largement déployées : « *l'avenir, c'est d'ouvrir des petits espaces de consommation, car c'est la proximité qui est importante. Dans des CAARUD ou des CSAPA, cela peut être un ou deux postes de consommation* »¹³⁰. Cette orientation n'est a priori pas partagée par les pouvoirs publics : « *il n'y aura pas de petites HSA : ce n'est pas un poste de consommation dans un CSAPA qui par bonheur disposait d'un local. L'idée des HSA est bien de permettre de vrais dispositifs dans des structures qui existaient déjà* »¹³¹.

La diffusion des HSA, malgré un contexte général facilité, bute sur des limites fortes en termes de cohérence, d'acceptabilité et de mise en œuvre. Dès lors, ce rapport s'attache à formuler plusieurs propositions destinées à réduire les obstacles identifiés et à accompagner les porteurs de projets.

III. Recommandations aux pouvoirs publics destinées à accompagner la diffusion des HSA :

A. Favoriser le déploiement par une stratégie dédiée et une acceptabilité accrue :

Recommandation 1 : se saisir d'une fenêtre d'opportunité politique contrainte

En complément des difficultés soulevées par un dispositif qui conserve une forte sensibilité, le contexte récent n'a pas favorisé son déploiement. Ainsi, l'expérimentation a pâti d'un contexte

¹²⁷ Entretien avec Mme Elisabeth Avril, directrice de l'association Gaïa, gestionnaire de la HSA de Paris.

¹²⁸ Entretien avec M. Luc Ginot, Directeur de la santé publique, ARS Ile-de-France.

¹²⁹ Entretien avec M. Alexis Bouroz, Procureur de la République adjoint, Parquet de Paris.

¹³⁰ Entretien avec M. Gauthier Waerckerlé, directeur d'Ithaque, association gestionnaire de la HSA de Strasbourg.

¹³¹ Entretien avec M. Luc Ginot, Directeur de la santé publique, ARS Ile-de-France.

électoral peu propice (élections nationales en 2017, locales en 2020 puis 2021, etc.). Les acteurs reconnaissent également que l'extrême mobilisation du ministère de la Santé (crise sanitaire, Ségur de la santé, etc.) a légitimement laissé peu de temps aux autorités pour accompagner sa diffusion.

Désormais, les HSA peuvent bénéficier d'une fenêtre d'opportunité en l'absence d'échéances électorales, tant nationales que locales, avant 2026. Si les pouvoirs publics confirment, à l'issue des élections législatives, les objectifs fixés lors du vote du PLFSS 2022, le déploiement éventuel des HSA devra s'inscrire dans un calendrier soutenu, comme le soulignent les acteurs locaux : *« le temps politique est un temps court : dès lors, ce projet est un projet de début de mandature parce qu'il faut faire la preuve que cela marche. On sait que cela va marcher, mais on ne peut pas le faire à six mois des élections parce qu'à ce moment-là, il y aura toute la cristallisation de l'opinion »*¹³². Toutefois, il convient d'agir rapidement tant *« cette fenêtre est courte : les municipales sont en 2026, on se rapproche de la mi-mandat, où il faut que les dossiers compliqués soient bouclés »*¹³³.

Les prochains mois seront donc essentiels, comme le confirme un acteur de l'Etat : *« il va falloir repartir, à partir du 2nd semestre 2022, sur quelque chose d'apaisé pour regarder de façon très opérationnelle, parmi les projets, ceux qui sont encore vivants, en lien avec les exécutifs locaux »*.

Recommandation 2 : porter une stratégie nationale accompagnant les initiatives

Pour favoriser le déploiement des HSA, une stratégie nationale est nécessaire afin de mobiliser l'ensemble des acteurs de l'Etat, accompagner les projets locaux et cadrer la démarche. Celle-ci est attendue par les collectivités et nécessaire pour sécuriser l'action des services de l'Etat. Sous l'égide de la MILDECA, ces travaux devraient se tenir dès le second semestre 2022 afin de nourrir l'actualisation de la stratégie nationale¹³⁴ en 2023. Les axes suivants peuvent être proposés :

- **2-1/ Affirmer l'objectif de diffusion du dispositif au regard de ses impacts bénéfiques.** Cet enjeu, lié à un ancrage affirmé dans le champ médical, constitue un élément essentiel pour mobiliser l'ensemble des acteurs tout en accroissant sa légitimité vis-à-vis des riverains.
- **2-2/ Définir une stratégie opérationnelle de mise en œuvre :** plus que des objectifs chiffrés de déploiement, elle devra cibler la réalisation de diagnostics locaux sur les scènes les plus problématiques. Dans ce cadre, les ARS pourront organiser dès l'été des réunions opérationnelles

¹³² Entretien avec Mme Michèle Rubirola, Première adjointe au Maire de Marseille.

¹³³ Entretien avec M. Luc Ginot, Directeur de la santé publique, ARS Ile-de-France.

¹³⁴ Le [Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022](#) a vocation à être réactualisé en 2023.

avec les collectivités candidates ou présentant de forts niveaux de consommation. Les besoins de financements liés à d'éventuelles ouvertures de HSA devront être anticipés dans le PLFSS 2023.

- **2-3/ Consolider le double ancrage entre santé et sécurité par un travail interministériel renforcé de la MILDECA** et des orientations relayées en ce sens aux services l'Etat déconcentrés.

Recommandation 3 : renforcer la communication et la pédagogie autour des HSA

La recherche d'acceptabilité des HSA doit passer par une pédagogie accrue quant à leurs objectifs. Cette approche doit rappeler constamment les doubles objectifs portés par les HSA, tant en matière de santé que de sécurité publique. Cet enjeu est essentiel pour favoriser leur acceptabilité locale, comme l'indique la mairie de Marseille : « *il faut faire tomber les murs entre cultures professionnelles, et redire que la santé est transversale à toutes les politiques publiques, que santé et précarité vont ensemble, mais que santé et sécurité vont ensemble aussi* »¹³⁵.

Cette pédagogie a vocation à se déployer à 3 niveaux complémentaires :

- **3-1/ Au niveau national**, par une stratégie de communication portée par la MILDECA faisant la pédagogie des HSA et s'appuyant notamment sur l'évaluation des deux premières salles.

- **3-2/ Au niveau local**, par une mobilisation des collectivités comme des acteurs de la RdR. Ce travail doit s'entendre en amont des ouvertures comme en aval, cette pédagogie s'étant avérée essentielle à l'acceptabilité des HSA existantes (portes-ouvertes, inauguration avec la presse, etc.).

- **3-3/ En interne aux professionnels**, par des actions dédiées de formation, notamment entre acteurs de la RdR et de la police. Celle-ci peut être engagée en amont (formation des commissaires, sessions organisées par la MILDECA, etc.) mais aussi au niveau local (visite des HSA, etc.).

Recommandation 4 : adapter les modalités d'initiative des projets de HSA

Le rôle du maire doit être préservé. Bien que conscientes du poids politique reposant sur elles, les collectivités ne souhaitent pas être exclues du processus décisionnel, soit qu'elles assument cette prérogative, soit qu'elles estiment, par réalisme, que ce type de projet ne peut être mené à bien sans leur soutien, ce que confirment les services de l'Etat. Au-delà des opinions divergentes des acteurs de la RdR, revenir dès à présent sur cette exigence de validation par le maire serait de nature à susciter des divisions, tant locales que nationales, alors que l'implantation des HSA requiert un fort niveau de consensus et de collaboration entre les acteurs. Surtout, le maintien du caractère expérimental du dispositif jusqu'en 2025 rend *de facto* incohérent son imposition locale par l'Etat.

¹³⁵ Entretien avec Mme Michèle Rubirola, Première adjointe au Maire de Marseille.

Pour autant, la validation positive des élus locaux ne doit pas signifier monopole de l'initiative en la matière. Il importe que les ARS s'appuient sur leur expertise pour être, le cas échéant, force de proposition vis-à-vis des collectivités, qu'il s'agisse d'implanter une HSA ou d'engager un diagnostic pour vérifier l'adéquation ou non de cette réponse aux difficultés constatées. Cette posture d'initiative permettra de renforcer la légitimité des HSA comme dispositif de soin et de favoriser un accompagnement mutuel des collectivités et de l'Etat dès l'origine des projets.

La possibilité d'ouvrir des HSA dans des structures existantes doit conduire à adapter les modalités d'émergence des projets par rapport aux modalités de création d'une salle *ex nihilo*. A ce titre, les CAARUD et CSAPA doivent pouvoir être à l'origine de candidatures, tant il convient qu'ils soient effectivement volontaires et en capacité d'engager le saut qualitatif requis. Cette candidature aurait alors vocation à être validée par les services de l'Etat, notamment au regard de sa pertinence vis-à-vis des besoins constatés et des coûts liés, mais aussi par la collectivité.

Dès lors, il apparait nécessaire de faire évoluer les modalités de proposition des HSA :

- **4-1/ Maintenir, *a minima* le temps de l'expérimentation, l'exigence de validation positive du projet par le maire.**
- **4-2/ Missionner les ARS pour proposer, lorsque des besoins potentiels sont anticipés, des diagnostics locaux en santé et, le cas échéant, une implantation de HSA.**
- **4-3/ Ouvrir la capacité de candidature aux CAARUD et CSAPA en cas de HSA proposée au sein de leurs locaux, soumise à l'ARS et à la collectivité.**

B. Davantage accompagner le déploiement des projets locaux :

Recommandation 5 : déployer les HSA en se fondant sur la recherche et l'expertise

Le déploiement des HSA constitue une démarche complexe qui doit s'appuyer sur les retours d'expériences comme sur la recherche. Sur base de l'évaluation des deux HSA existantes, des entretiens réalisés comme du travail de recherche sollicité par le ministère de la Santé, plusieurs enjeux essentiels doivent être particulièrement pris en compte par les porteurs de projets :

- **5-1/ Préparer les projets en amont en associant tous les acteurs concernés :** ARS, police, justice, collectivité, acteurs de la RdR. La réalisation de diagnostics locaux, notamment en matière d'injection dans l'espace public (comptage de seringues, etc.), est importante pour objectiver les impacts de la salle vis-à-vis des riverains. A noter que l'association en amont du Parquet est essentielle, bien que peu trop peu évoquée par les porteurs de projets.

- **5-2/ Identifier un lieu adapté.** Celui-ci peut rechercher une opportunité - le rapprochement d'une structure hospitalière, plus symbolique qu'opérationnel mais essentiel à l'acceptation – mais doit respecter un impératif - « *tenir compte des pratiques spatiales des consommateurs afin que la salle puisse être adaptée et utilisée par ces derniers* »¹³⁶. Lors des débats parlementaires, le Gouvernement a ainsi rejeté les amendements¹³⁷ visant à rendre obligatoire l'adossement à un hôpital, rappelant que « *les HSA ne seront efficaces que si elles permettent d'aller réellement à la rencontre des usagers. On doit donc pouvoir en ouvrir à proximité des "scènes ouvertes"* »¹³⁸.

- **5-3/ Favoriser un portage commun entre acteurs de la santé et de la sécurité.** L'engagement des forces de l'ordre est éminemment nécessaire, tant pour le bon fonctionnement du dispositif que pour adapter les réponses opérationnelles aux évolutions éventuelles en matière de sécurité. Il est essentiel pour rassurer la population et favoriser l'acceptabilité des HSA.

- **5-4/ Prévoir une concertation adaptée au projet.** Celle-ci doit être calibrée en fonction de son ampleur et porter, non pas sur le principe de la HSA, mais sur son intégration locale. Elle doit être engagée une fois le projet suffisamment travaillé pour permettre une présentation étayée de nature à apaiser les craintes, mais sans être trop tardive au risque de donner l'impression d'un projet caché. En effet, « *garder le secret sur une action qui relève d'un objectif de santé publique et mettre les habitants devant le fait accompli, sans les avoir préalablement prévenus, ne semblent pas efficace tant du point de vue de la reconnaissance des actions de RdR que de leurs publics* »¹³⁹.

- **5-5/ Apporter une attention spécifique aux actions de médiation et de pacification de l'espace public,** qui « *participe[nt] à rassurer les habitants en garantissant une présence institutionnelle qui peut servir d'interface lors de situations de conflits sur l'espace public* »¹⁴⁰. Le renforcement de ces actions par les HSA existantes a été déterminant pour favoriser l'acceptation locale. Il doit donc être anticipé dès la conception de futures HSA, en intégrant les coûts liés.

- **5-6/ Evaluer la démarche en continu et en associant les riverains :** la tenue de comités de voisinage réguliers est au cœur de la démarche d'acceptation locale et constitue un élément essentiel pour identifier les difficultés et apporter, le cas échéant, les améliorations nécessaires.

¹³⁶ Jangal C, Jauffret-Roustide M. Présentation du secteur d'implantation de la SCMR. In Recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale. Inserm, Paris, 2021. P155.

¹³⁷ A l'inverse de ces amendements, la mission flash réalisées au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale rappelait que « *l'ouverture de salles au niveau de scènes déjà existantes doit être privilégiée afin de garantir l'efficacité du dispositif mais aussi de ne pas créer de nouveaux lieux de fixation* ».

¹³⁸ Aurélien Taquet, Secrétaire d'Etat, représentant du Gouvernement lors de la [lecture au Sénat](#), le 12 novembre 2021.

¹³⁹ Gwenola Le Naour, et al., 2014, *op. cit.*, p79.

¹⁴⁰ *Ibid*, p61.

Recommandation 6 : privilégier des HSA de moindre envergure

L'ensemble des acteurs le confirme : les SCMR expérimentées, bien qu'efficaces, constituent un dispositif trop lourd. A ce titre, le projet initial des associations était de réaliser des salles de moindre envergure. Pour autant, la loi de 2016 interdisant d'ouvrir des SCMR dans des locaux existants, des structures ont dû être créées *ex nihilo*, sans mutualisation possible. A Paris, la salle a été dimensionnée en sachant qu'elle serait unique afin de réduire les risques de saturation. Pour autant, cette situation demeure fragile et ne présente pas la proximité nécessaire pour accompagner pleinement les usagers. Selon les services de l'Etat, la salle parisienne « *est un modèle assez lourd, certes puissant, mais il semble possible de réfléchir à des modèles plus légers répondant au même cahier des charges* »¹⁴¹. Les collectivités abondent, à l'image de Strasbourg, selon qui « *les HSA vont dans le sens de l'histoire. Les SCMR telles qu'on les connaît vont progressivement disparaître, comme cela a été le cas dans les pays du nord de l'Europe, où l'on n'a plus de grosses structures, mais où on les adosse à des CAARUD ou à des centres d'hébergement* »¹⁴².

Déployer des HSA dans des structures existantes permet par ailleurs de réduire les coûts liés.

En effet, l'INSERM montre que « *le ratio coût-efficacité des espaces de consommation pourrait être significativement amélioré avec un modèle d'intervention alternatif, dans lequel la SCMR ne serait pas une structure à part entière* »¹⁴³. Elle permet par ailleurs de faciliter le recrutement des équipes en privilégiant des structures de taille réduite. Un travail de concertation local doit pour autant être engagé pour s'assurer que le dimensionnement des dispositifs ne remet pas en cause la taille critique nécessaire, tant en termes d'efficacité sanitaire que socio-économiques.

Il convient donc de prévoir des dispositifs de taille plus réduite pour les futures HSA,

permettant par ailleurs de s'inscrire dans une logique de maillage territorial. Cette orientation, facilitée par la possibilité de créer des HSA au sein de structures existantes, est soutenue par l'ensemble des acteurs rencontrés, qui s'accordent sur les effets positifs induits :

- Une acceptabilité accrue par une visibilité moindre et des saturations évitées
- Un fonctionnement apaisé pour les équipes, les usagers et le quartier concerné
- Une diffusion facilitée par des logiques de mutualisation adaptées
- Une proximité renforcée pour accompagner pleinement les usagers

¹⁴¹ Entretien avec M. Luc Ginot, Directeur de la santé publique, ARS Ile-de-France.

¹⁴² Entretien avec M. Alexandre Feltz, adjoint à la maire de Strasbourg chargé de la santé publique.

¹⁴³ INSERM, 2021, *op. cit.*, p121.

C. Approfondir la recherche et les travaux collectifs :

Recommandation 7 : associer la justice et la police aux modalités de diffusion

Les modalités de mise en œuvre au sein de structures existantes ou via des dispositifs mobiles doivent être finement travaillées avec la justice et la police. Ce travail peut s'appuyer sur des pratiques anciennes qui permettent de faire face à un grand nombre de situations opérationnelles. Ainsi, la gestion des périmètres fait partie des habitudes¹⁴⁴ des services de police, comme l'indique la DDSP 67 : « *si l'on doit aller sur le périmètre de la salle, on ne va pas y aller pour contrôler les gens, cela n'aurait pas de sens. Le but est que cela se passe bien pour tout le monde, pour les usagers, pour nous, pour les personnes qui travaillent. Ce serait facile de le faire, mais on ne le fait pas, surtout que c'est un dispositif prévu par le Parquet* ».

- **7-1/ Affiner le cadre d'application et de fonctionnement des circulaires de politique pénale dès lors que plusieurs HSA seraient implantées dans un territoire restreint.** Cette multiplication des périmètres d'exemption requiert un travail interministériel dédié. En complément des éventuelles orientations nationales, il devra se déployer au niveau local pour être adapté aux réalités du territoire comme aux besoins opérationnels des forces de l'ordre et de la justice.

- **7-2 / Définir, sur base du futur cahier des charges, en lien avec le Parquet, la police et les porteurs de projets, les modalités de gestion des périmètres mobiles.** Aux dires des acteurs rencontrés, les agents de terrain sont habitués à ce type de dispositifs, comme le confirme le Parquet de Paris : « *si une équipe mobile est parfaitement identifiée, les consignes pourront être données à la police d'éviter les contrôles aux moments et aux lieux où le dispositif intervient* »¹⁴⁵. Pour autant, cet aspect nécessitera un travail local, notamment vis-à-vis des usagers, comme l'anticipe la mairie de Montpellier : « *cela supposera un planning préalable qui ne soit pas mouvant, avec un vrai enjeu de communication vis-à-vis des usagers, pour qu'ils sachent quand et où venir* »¹⁴⁶.

Recommandation 8 : approfondir la recherche et les travaux collectifs sur l'inscription des HSA au sein de plusieurs défis de santé publique

Trois enjeux majeurs, non spécifiquement liés aux HSA, ont été évoqués par la quasi-totalité des acteurs comme devant être pris en compte dans le cadre de leur déploiement. D'une part,

¹⁴⁴ Par exemple, la [circulaire 17 juin 1999](#) rappelle que « sont à proscrire les interpellations, du seul chef d'usage de stupéfiants, à proximité immédiate des structures "à bas seuil" ou des lieux d'échange de seringues »

¹⁴⁵ Entretien avec M. Alexis Bouroz, Procureur de la République adjoint, Parquet de Paris.

¹⁴⁶ Entretien avec Mme Elodie Brun-Mandon, conseillère déléguée chargée de la santé, ville de Montpellier.

car les HSA peuvent constituer une part de la réponse au sein d'une diversité de dispositifs complémentaires. D'autre part, car les difficultés liées peuvent fragiliser les HSA en cas de non-prise en charge. Pour autant, l'ensemble des acteurs estime qu'il est nécessaire de conduire des travaux dédiés pour construire les réponses appropriées à ces enjeux de forte complexité. Une association des ministères, des acteurs locaux, des associations de RdR comme des collectivités paraît nécessaire dans ce cadre, et pourrait cibler quelques territoires pilotes.

Sous l'égide de la MILDECA, ces travaux visant à interroger la place des HSA au sein de problématiques sanitaires plus globales, auraient vocation à concerner :

- **8-1/ La problématique du crack constitue une préoccupation majeure**, du fait de ses caractéristiques (effets sur la santé, absence de substitution, etc.) comme de sa consommation en forte hausse. Ainsi, parmi les usagers de CAARUD, la cocaïne a connu une hausse de près de 40% de sa prévalence entre 2015 et 2019 (de 50% à 69%), qui se traduit principalement par un recours au crack en forte croissance (de 32% à 54%, + 22 points en 4 ans)¹⁴⁷. Tant la MILDECA que l'ARS Ile-de-France estiment que les HSA pourraient constituer une réponse, sous réserve qu'elle ne soit ni exclusive, ni systématique : *« le crack est un véritable sujet et les HSA auront leur place, mais ce n'est pas la panacée. Ceux qui disent "on va régler le crack avec les HSA" se trompent complètement »*¹⁴⁸. Le Président de la MILDECA ajoute qu'*« il existe un fort besoin de recherche clinique sur les traitements à but de sevrage ou de substitution, qui mérite d'être pris à bras le corps »*. Les acteurs régaliens, pour leur part, semblent bien plus réservés, craignant des phénomènes de regroupement ou de délinquance. Ainsi, la hausse des files actives induites par le crack est de nature à fragiliser par ricochet les HSA, centrées initialement sur les injecteurs. A Paris, les quatre postes d'inhalation de crack n'ont pas été réouverts depuis la crise de la Covid-19, les afflux d'usagers ayant généré une activité bien trop importante, tant pour le quartier que pour la salle elle-même, atteignant les 400 passages par jour. La HSA conditionne la réouverture de ces postes d'inhalation au déploiement d'autres dispositifs aux files actives réduites.

- **8-2/ Les besoins en santé mentale sont relevés par tous les acteurs**. A Strasbourg, la salle *« accompagne les usagers en psychiatrie et cela rassure tout le monde. Souvent, on arrive à des hospitalisations simplement en étant présents. Mais il faudrait accroître cela »*. La HSA de Paris estime par ailleurs qu'une partie des difficultés signalées par les riverains relève d'un défaut de prise en charge psychiatrique : *« on arrive en bout de chaîne de prise en charge des personnes, et*

¹⁴⁷ Agnès Cadet-Tairou et al., *« Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019 »*, OFDT, décembre 2020.

¹⁴⁸ Entretien avec M. Nicolas Prisse, Président de la MILDECA.

notamment de celles à la rue. Or il y a un vrai souci avec la psychiatrie en France, que ce soit dans le repérage ou la prise en charge, il y a des gens dont ne sait pas quoi faire ». Les pouvoirs publics reconnaissent que cet enjeu constitue un fort défi en termes de ressources disponibles, budgétaires comme humaines, alors que les besoins dépassent largement les seules HSA.

- **8-3/ La question de l'hébergement**, qui constitue, de l'avis de tous les acteurs, un élément essentiel pour favoriser l'accompagnement dans le soin, mais aussi l'apaisement des quartiers. Cet aspect est d'autant plus important que les usagers de drogues connaissent une précarisation croissante : ainsi, entre 2015 et 2019, les usagers de CAARUD sans aucun revenu sont passés de 15% à 21% et les usagers SDF de 16 à 23%¹⁴⁹. Les pouvoirs publics se sont fortement mobilisés sur ces enjeux : en Ile-de-France, les services de l'Etat ont déployé plusieurs centaines de places d'hébergement dédiées au cours des dernières années. A Strasbourg, la HSA a lancé, en juin 2021 et avec le soutien actif de l'ARS, une expérimentation permettant d'héberger vingt usagers à l'étage de la salle. Cet aspect devra donc être anticipé lors d'ouvertures de HSA dans d'autres territoires.

Conclusion :

Malgré une acceptabilité sociale croissante et le succès de l'expérimentation engagée depuis 2016, les HSA constituent toujours un dispositif dont la mise en œuvre s'avère complexe. En effet, celle-ci peut susciter des tensions politiques, incompréhensions, voire oppositions. Par ailleurs, leur intégration locale demeure un défi, tant en termes d'acceptabilité pour les riverains que pour bénéficier pleinement aux usagers de drogues dans une logique accrue de parcours de soins.

Si les récentes évolutions introduites par le législateur sont de nature à favoriser le déploiement des HSA, plusieurs améliorations doivent être apportées pour accompagner cette mise en œuvre souhaitée par les pouvoirs publics. Ainsi, il est nécessaire de consolider le partenariat au sein d'un jeu d'acteurs, certes complexe, mais dont l'action de concert est éminemment requise. Il importe par ailleurs de renforcer le dispositif en matière de santé et d'acceptabilité tout en approfondissant les travaux collectifs face à des défis sanitaires connexes.

Sur l'ensemble de ces points, l'Etat dispose d'une véritable fenêtre d'opportunité, sous réserve d'orientations nationales cohérentes, clairement affirmées, et mobilisant l'ensemble des acteurs concernés.

¹⁴⁹ Agnès Cadet-Taïrou et al. OFDT, 2020, *op. cit.*

BIBLIOGRAPHIE :

Ouvrages :

- Henri Bergeron, « *L'impossible réforme de l'interdit d'usage ?* », in « Les drogues face au droit », Presses Universitaires de France, 2015.
- Jacqueline Bernat de Celis, « *Drogues : consommation interdite, la genèse de la loi sur les stupéfiants* », L'Harmattan, 1996.
- Renaud Colson, « *Légaliser les drogues ?* », in « Les drogues face au droit », Presses Universitaires de France, 2015.
- Jacques Raimondeau (dir.), *Manuel de santé publique*, Presses de l'École des Hautes Études en Santé Publique, 2020.

Articles de revues académiques :

- Alain Faure, « *Les passions de l'élu local, du notable au médiateur* », Histoire@Politique n°25, 2015.
- Yannick Barthe et al., « *Sociologie pragmatique : mode d'emploi* », Politix 2013/3 n°103.
- Pierre Lascoumes, « *L'expertise, de la recherche d'une action rationnelle à la démocratisation des connaissances et des choix* », Revue Française d'Administration Publique n° 103, INSP, 2002.

Recherche et rapports :

- Auriacombe M., Jauffret-Roustide M., Briand-Madrid L., Donadille C., Dupont de Dinechin S., Lalanne L., Roux P., « *Cosinus. Cohorte pour les facteurs structurels et individuels de l'usage de drogues* » in Salles de consommation à moindre risque, Institut de Santé Publique de l'Inserm, Paris, 2021.
- Cousien A., Briand-Madrid L., Roux P., Boyer S., « *Cosinus Eco - Evaluation économique des salles de consommation à moindre risque* », in Salles de consommation à moindre risque, Institut de Santé Publique de l'Inserm, Paris, 2021
- Jauffret-Roustide M., Cailbault I., Chauvin C., Filipe E., Jangal C., Lebreton M., Tran VC., « *Recherche sociologique sur l'impact de la SCMR sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale* », in Salles de consommation à moindre risque, Institut de Santé Publique de l'Inserm, Paris, 2021
- Christian Ben Lakhdar, Nacer Lalam, David Weinberger, « *L'argent de la drogue en France* », MILDECA/INHESJ, 2016.
- Gwenola Le Naour, Chloé Hamant, Nadine Chamard-Coquaz, « *Faire accepter les lieux de réduction des risques : un enjeu quotidien* », Rapport de Recherche, Direction Générale de la Santé, 2014.
- « *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, Expertise collective* », INSERM, 2010.
- Philomène Juillet, « *L'expérimentation, en France, d'espaces de réduction des risques par usage supervisé* », mémoire de master II, sous la direction de Frédéric Sawicki, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, 2021.

Articles de presse :

- [Interview](#) de M. Gérald Darmanin, ministre de l'Intérieur, à France Inter le 8 septembre 2021, retranscrite sur le site www.vie-publique.fr.
- [La Voix du Nord](#), « *Lille : Gérald Darmanin s'oppose à la création de la salle de shoot médicalisée* », 22 juin 2021.

Rapports et publications institutionnelles :

- Conseil d'Etat, « [Les expérimentations : comment innover dans la conduite des politiques publiques ?](#) », Les études du Conseil d'Etat, La Documentation Française, 2019.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, « *Rapport européen sur les drogues* », 2021.
- [Rapport](#) des députés Mme Caroline Janvier et M. Stéphane Viry, présenté le 14 septembre 2021 à l'Assemblée nationale.
- [Rapport](#) pour avis de la sénatrice Mme Brigitte Micouneau, sénatrice LR de Haute-Garonne, fait au nom de la Commission des affaires sociales, déposé le 18 novembre 2021.
- [Rapport](#) de la Commission des affaires sociales du Sénat relatif au budget de la MILDECA dans le cadre de l'examen du PLFSS 2022, « *l'essentiel* », 17 novembre 2021.
- [Compte rendu](#) des délibérations du Conseil de Paris des 6, 7, 8 et 9 juillet 2021.

Textes juridiques :

- [Loi](#) n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses.
- [Loi](#) du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- [Loi n°2016-41](#) du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- [Loi](#) n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.
- [Décret](#) n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972.
- [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 et modifiant le code de la santé publique.
- [Décret](#) n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.
- [Arrêté du 22 mars 2016](#) portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation des salles de consommation à moindre risque.
- [Arrêté](#) du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes soins addictions ».
- Avis du Conseil d'Etat n° 387918 du 8 octobre 2013, en [ligne](#).
- [Exposé des motifs](#) du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Etudes et rapports :

- Ivana Obradovic, Caroline Protais, Olivier le Nézet, « *Cinquante ans de réponse pénale à l'usage de stupéfiants* », Tendances n°144, OFDT, avril 2021.
- Agnès Cadet-Tairou, Eric Janssen et Fabrice Guilbaud, « *Profils et pratiques des usagers reçus en CAARUD en 2019* », Tendances n°142, OFDT, décembre 2020.
- Clément Jérôme, Michel Grandilhon, « *Substances psychoactives, usagers et marchés* », Tendances n°141, OFDT, décembre 2020.
- Julien Morel d'Arleux (dir.), « *Drogues et addictions – données essentielles* », OFDT, 2019
- Julien Morel d'Arleux (dir.), « *Drogues, chiffres clés 2019* », OFDT, juin 2019.
- Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, Eric Janssen, Alex Brissot, Antoine Philippon, Sandra Chyderiotis, « *Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers* », Tendances n°131, OFDT, avril 2019
- Pierre Kopp P, « *le coût social des drogues en France* », OFDT, 2015.

Annexes :

- Annexe 1 : glossaire
- Annexe 2 : liste des entretiens réalisés
- Annexe 3 : extraits de la grille d'entretien
- Annexe 4 : avis du Conseil d'Etat n°387918 du 8 octobre 2013
- Annexe 5 : évolution des infractions à la législation sur les stupéfiants depuis 2012 à Strasbourg et dans le 10^{ème} arrondissement de Paris
- Annexe 6 : bilan 2021 de la HSA de Strasbourg (extraits)
- Annexe 7 : position transmise par écrit par l'association Riverains Lariboisière Gare du Nord (extrait)

ANNEXE 1 : GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DDSP : Direction Départementale de la Sécurité Publique

EROPP : Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions relatives aux Psychotropes

HSA : Halte Soins Addictions

ILS : Infractions à la Législation sur les Stupéfiants

INSERM : Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale

IRAS : Infractions Révélées par l'Activité des Services

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

OEDT : Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

RdR : Réduction des Risques et des dommages

SCMR : Salle de Consommation à Moindre Risque

TSO : Traitement de substitution aux opiacés

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ANNEXE 2 : LISTE DES ENTRETIENS REALISES

Services de l'Etat :

- M. Nicolas Prisse, Président de la MILDECA – 27/04/2022
- M. Alexis Bouroz, Procureur de la République adjoint, Parquet de Paris – 26/04/2022
- M. Luc Ginot, Directeur de la santé publique, ARS Ile de France -22/04/2022
- M. Adrien Luneau, Commissaire central adjoint du 10^{ème} arrondissement de Paris – 08/04/2022
- X, Commandant de police chargé du lien avec la HSA de Strasbourg – 04/04/2022

Collectivités locales et élus :

- M. Rémi Féraud, Sénateur de Paris, ancien maire (2008-2017) du 10^{ème} arrondissement – 21/04/2022
- Mme Michèle Rubirola, Première adjointe au maire de Marseille – 04/05/2022
- M. Alexandre Feltz, Adjoint à la maire de Strasbourg chargé de la santé publique – 25/04/2022
- Mme Marie-Christine Staniec-Wavrant, Adjointe à la maire de Lille chargée de la santé – 05/05/2022
- Mme Elodie Brun-Mandon, Conseillère municipale déléguée chargée de la prévention santé et de la lutte contre les addictions, mairie de Montpellier – 13/04/2022
- Mme Philomène Juillet, Conseillère déléguée à la prévention, la sécurité, la police municipale et la vie nocturne, mairie du 10^{ème} arrondissement de Paris – 07/01/2022
- M. Stéphane Bribard, ancien adjoint au maire du 10^{ème} arrondissement de Paris, chargé de la sécurité, de la prévention et de la nuit (2014-2020) – 02/02/2022
- Mme Carmen Bach, directrice de la Mission Métropolitaine de Prévention des Conduites à Risques (MMPCR) - Ville de Paris et département de Seine-Saint-Denis – 22/03/2022
- X, mairie de Bordeaux – 19/04/2022

Riverains :

- M. Nicolas Hubé – membre du collectif « Parents SCMR 75 » - 05/05/2022

Acteurs de la réduction des risques

- Mme Elisabeth Avril, directrice de Gaïa, association gestionnaire de la HSA de Paris – 21/04/2022
- M. Jean-Pierre Couteron, porte-parole de la Fédération Addiction, ancien président de la Fédération Addiction (2011-2018) – 26/04/2022
- M. Gauthier Waeckerlé, directeur d'Ithaque, gestionnaire de la HSA de Strasbourg – 08/04/2022

Chercheurs et scientifiques :

- M. Christian Ben Lakhdar, professeur des universités en économie à l'Université de Lille – 10/03/2022
- M. Henri Bergeron, directeur de recherche au CNRS, Sciences Po Paris - 12/05/2022
- Mme Marie Jauffret-Roustide, chargée de recherche à l'INSERM– 15/04/2022
- Mme Gwenola Le Naour, Maitre de conférences HDR de science politique à Sciences Po Lyon – 04/04/2022.
- M. Mathieu Zagrodzki, chercheur associé au CESDIP, chercheur en science politique – 06/04/2022

ANNEXE 3 : EXTRAIT DE LA GRILLE D'ENTRETIEN¹⁵⁰

Regard général sur la réduction des risques et les HSA :

- Quel regard portez-vous sur la politique de RdR en France et son acceptabilité ?
- Comment favoriser la diffusion des HSA ? Quels sont les enjeux à prendre en compte pour cela ?
- Quels sont selon vous les blocages ou difficultés éventuellement rencontrés ?

Conditions de mise en œuvre :

- Quels sont selon vous les impératifs à respecter lors de l'ouverture d'une HSA ?
- Quelles ont été les conditions ayant permis l'ouverture effective des HSA de Paris et Strasbourg ?
- A contrario, pourquoi aucune HSA n'a pu ouvrir depuis 2016 ?
- Quels doivent être les rôles respectifs de l'Etat et des collectivités dans la construction des projets et l'accompagnement des HSA ?
- Quelles places respectives doivent être laissées à l'Etat et aux maires dans la décision d'ouverture des HSA ?
- La décision d'ouverture de HSA peut-elle être le seul fait de l'Etat, sans candidature du maire ?
- Qu'attendez-vous de l'Etat/des collectivités/des acteurs de la RdR pour accompagner les projets de HSA ?

Evolutions introduites par le législateur via la création des HSA :

- Quel regard portez-vous sur les évolutions introduites en PLFSS 2022 ? (changement de nom, ouverture au sein de structures existantes, renforcement de l'ancrage dans le soin, etc.)
- Quel regard portez-vous sur le maintien du caractère expérimental du dispositif ?
- Comment accompagner les HSA en cas de diffusion dans des structures existantes ?

Etude de l'INSERM et évaluation :

- Quel regard portez-vous sur l'étude de l'INSERM ?
- Quel bilan tirez-vous de cette expérimentation de deux HSA ?
- Quels sont les principaux défis de santé publique auxquels pourraient répondre les HSA ? A quelles conditions ?

Acceptabilité et insertion locale :

- Quel bilan tirez-vous en matière de sécurité et d'ordre public ?
- Quelle a été la réception du dispositif par les forces de l'ordre et la justice ?
- Y a-t-il eu selon vous une hausse du trafic ou des délits suite à l'ouverture de la HSA ?
- Quelle a été et est aujourd'hui la réception du dispositif par les riverains ?
- Quelle politique territorialisée a été mise en œuvre pour accompagner l'ouverture de la HSA (circulaire de politique pénale, renforts d'effectifs, etc.) ?
- Quel niveau de partenariat local constaté ?
- Quelles difficultés éventuelles ont été constatées ?
- Quelles améliorations éventuelles ont dû être mises en place depuis l'ouverture ?
- Quelles sont les limites ou difficultés principalement rencontrées aujourd'hui ?
- Sur base de votre expérience, quelles sont les conditions à réunir pour favoriser l'ouverture et le bon fonctionnement de futures HSA ?

Collectivités candidates :

- Quels sont les projets de votre collectivité en matière de HSA ?
- Quelle en est l'origine ? Quel en est l'état d'avancement ?
- Le cas échéant, pourquoi ce projet n'a-t-il pas pu être déployé jusqu'à présent ?
- Qu'attendez-vous de l'Etat et des partenaires pour accompagner ce projet ?
- Quel est le cadre partenarial mis en place pour accompagner ce projet ?
- Quels sont les blocages éventuellement rencontrés ?
- Quelle acceptabilité locale de ce projet ? Quelle concertation envisagée ?

¹⁵⁰ Cette annexe reprend les interrogations utilisées de façon générique, ou spécifiques à des profils concernés, la grille d'entretien utilisée ayant été nécessairement adaptée aux profils et missions de chaque interlocuteur.

Rapport d'activité 2014

4. Politiques publiques

4.15. Santé publique

4.15.1. Protection générale de santé publique

Santé publique – Lutte contre les fléaux sociaux – Lutte contre la toxicomanie – Réduction des risques en direction des usagers de drogues – Centres destinés à accueillir des usagers de substances psycho-actives – Expérimentations locales – Méconnaissance de l'interdiction de l'usage de stupéfiant – Article L. 3421-1 du code de la santé publique -- Article L. 3121-4 du même code – Base légale insuffisante (SOC-387918)

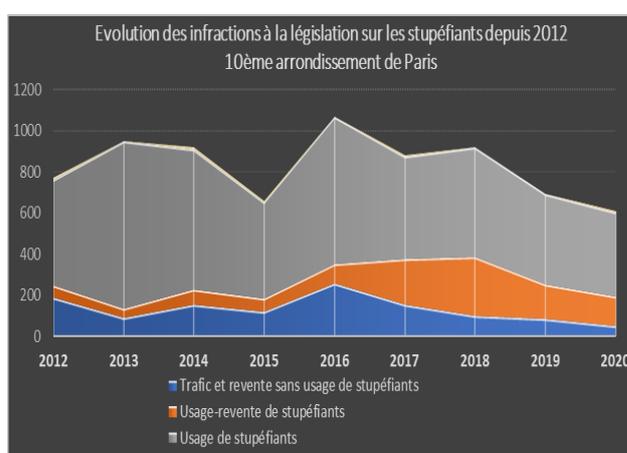
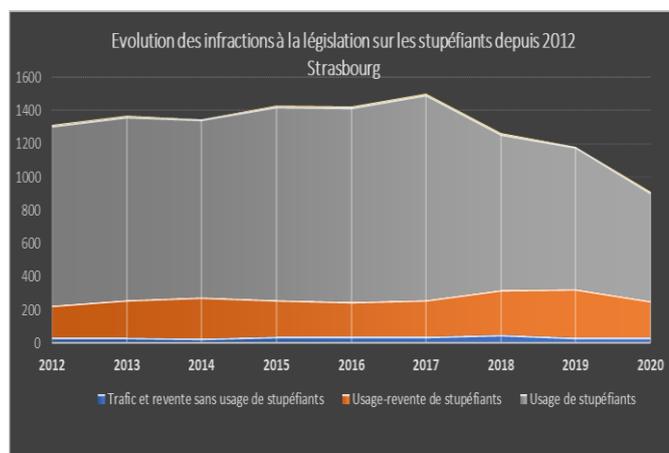
Saisi d'un projet de décret relatif aux expérimentations locales en matière de réduction des risques en direction des usagers de drogues, le Conseil d'État (section sociale) n'a pas pu donner un avis favorable à ce texte. En effet, ce dernier prévoit, dans le cadre de la politique de réduction des risques liés à la consommation de drogue instaurée par loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la possibilité pour les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues de mettre en place, à titre expérimental, des espaces destinés à accueillir des usagers de substances psycho-actives.

Or, en prévoyant que, dans ces espaces, « *sont accueillis des usagers de substances psycho-actives qui consomment sur place des substances qu'ils apportent, sous la supervision d'un personnel qualifié* », le projet méconnaît l'interdiction pénalement sanctionnée de l'usage de stupéfiant mentionnée à l'article L. 3421-1 du code de la santé publique et ne peut trouver une base légale suffisante dans l'article L. 3121-4 du même code qui dispose que « *la politique de réduction des risques vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants* ».

Il appartient donc au Gouvernement, s'il veut mettre en œuvre ce projet, de proposer au Parlement le vote d'un dispositif législatif instituant, à titre expérimental, une dérogation limitée à la loi pénale, à condition que l'objet et les conditions de l'expérimentation soient définis de façon suffisamment précise et que le texte ne méconnaisse pas le principe de légalité des délits et de peines qui s'applique tant aux textes instituant des incriminations qu'aux textes qui y dérogent.

ANNEXE 5 – EVOLUTION DES INFRACTIONS A LA LEGISLATION

SUR LES STUPEFIANTS



Commissariat central de Strasbourg :

Infraction	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Trafic et revente sans usage de stupéfiants	33	36	32	38	39	39	51	36	36
Usage-revente de stupéfiants	193	223	245	224	213	224	273	291	219
Usage de stupéfiants	1084	1105	1070	1162	1169	1235	937	855	654
Autres infractions à la législation sur les stupéfiants	2	4	3	6	6	2	4	2	5
TOTAL	1312	1368	1350	1430	1427	1500	1265	1184	914

Commissariat du 10^{ème} arrondissement de Paris :

Infraction	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Trafic et revente sans usage de stupéfiants	190	91	154	118	255	154	98	84	48
Usage-revente de stupéfiants	55	45	72	64	97	220	288	168	144
Usage de stupéfiants	517	813	686	471	714	503	532	438	411
Autres infractions à la législation sur les stupéfiants	8	2	7	3	2	2	1	0	3
TOTAL	770	951	919	656	1068	879	919	690	606

Source : ministère de l'Intérieur, compilation et analyse du jeu de données « Crimes et délits enregistrés par les services de gendarmerie et de police depuis 2012 ».

Salle de Consommation à Moindre Risque - Argos

Fonctionnement

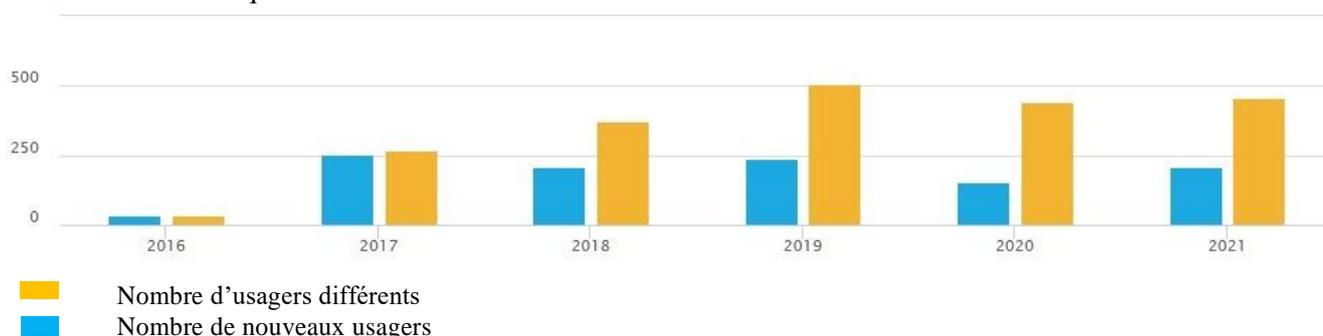
- Ouverture aux usagers 365 jours/an, à raison de 6 heures par jour (de 13 h à 19 h) Le dispositif, bien qu'ayant adopté des nouvelles modalités de fonctionnement, est resté ouvert tout au long de la période Covid.
- Conditions d'accès : ouverture aux usagers de drogues majeurs, la SCMR étant destinée prioritairement aux usagers de drogues en situation de précarité.
- Composition de l'équipe : infirmiers, travailleurs sociaux et agents de médiation présents quotidiennement à Argos
- Médecin addictologue, médecin psychiatre et psychologue présents lors de permanences hebdomadaires ou bihebdomadaires



Fréquentation : 5ème année de fonctionnement

- 1380 personnes différentes venues à Argos depuis l'ouverture dont 639 personnes en 2021
- 204 personnes incluses en 2021
- 456 usagers de l'espace de consommation en 2021
- 8 169 contacts SCMR / 6 744 PES au total 14 913 contacts en 2021

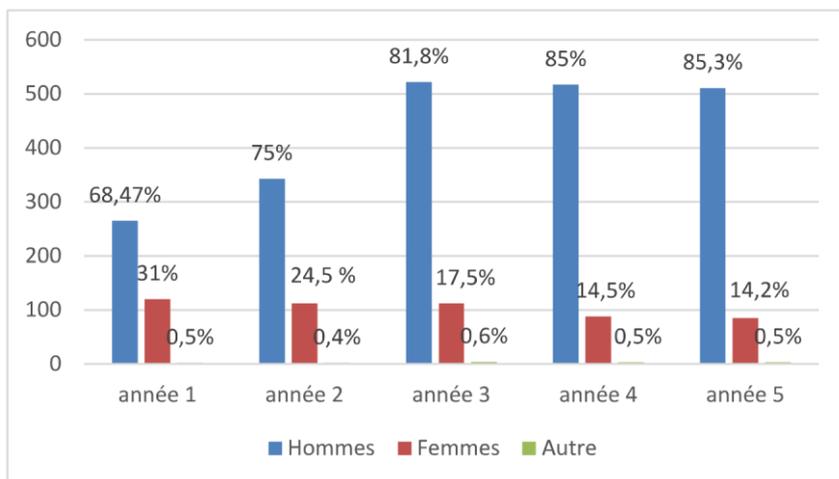
Evolution de la fréquentation de la SCMR



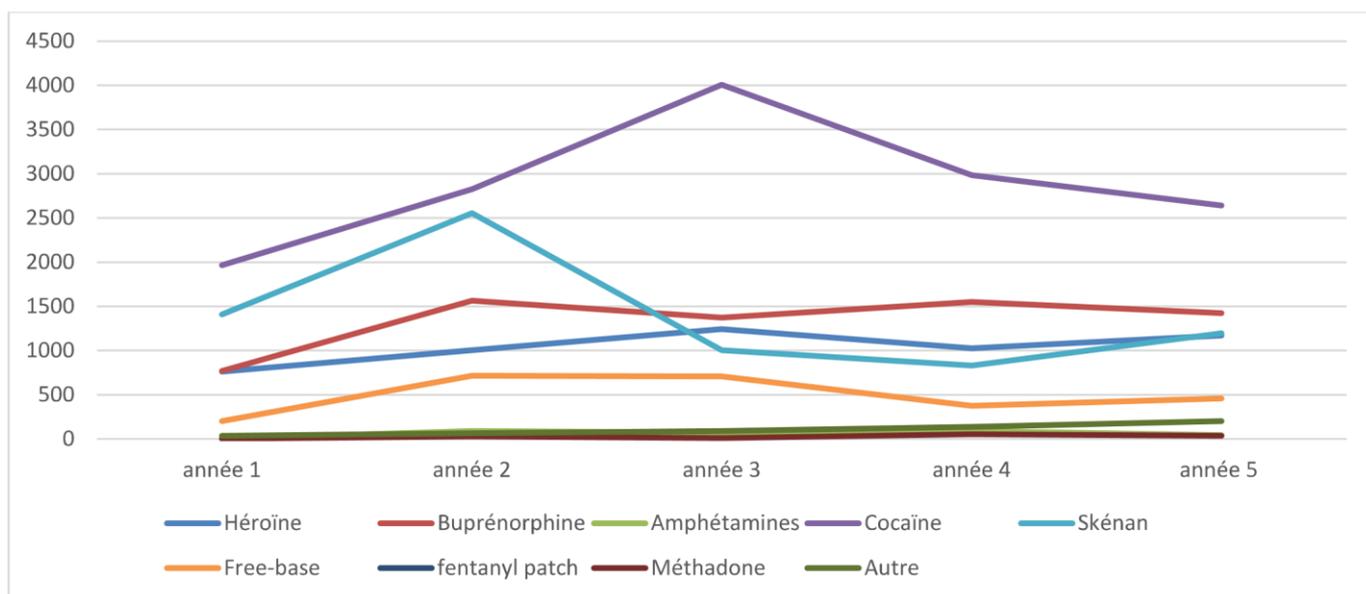
La mise à l'abri des personnes sans domicile fixe dès le premier confinement ainsi que les restrictions de circulation afférentes à la pandémie de Covid 19, ont eu un impact visible sur la fréquentation d'Argos dès le début de l'année 2020. Si la fréquentation reste stable depuis, on observe une augmentation des nouvelles inclusions en 2021.

Données sociodémographiques

- Âge moyen : 40.8 ans - Ecart type \pm 9 ans
- Les hommes représentent 80.89% des usagers accueillis à Argos depuis 2016, les personnes non binaires 0,4%, les femmes 18.67%
- On observe année après année une baisse du nombre de femmes accueillies, en 2016 elles représentaient 31% de la file active contre 14.2% en 2021.
- 53% vivent en hébergement précaire,
- dont 18% à la rue
- 38% bénéficient de prestations sociales, pour 14% d'entre eux il s'agit de l'AAH
- 11% sont sans ressources
- 24% bénéficient de revenu d'emploi



Consommations



Depuis 2016 la cocaïne est le produit le plus consommé en espace de consommation et représente à lui seul 44.5% des consommations.

Les opiacés représentent la majorité des consommations en salle 50.3 %. L'équipe a été particulièrement vigilante à un phénomène émergent, la consommation par voie injectable de patch de fentanyl. Si cette pratique ne concernait qu'un seul usager en 2020, elle concerne aujourd'hui 36 personnes différentes et représente 14% des consommations en salle entre le mois d'Aout et le mois de décembre 2021.

ANNEXE 7 – POSITION DE TRANSMISE PAR ECRIT DE L'ASSOCIATION RIVERAINS LARIBOISIÈRE GARE DU NORD (EXTRAIT)

ARGUMENTAIRE : POURQUOI LES CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION DE L'INSERM SUR LA SCMR DE PARIS POSENT QUESTION ?

L'expérimentation des SCMR ouvertes à Paris et Strasbourg en octobre et novembre 2016 pour une durée de six ans (soit jusqu'en octobre 2022), a fait l'objet d'une évaluation conduite par l'INSERM à la demande de la MILDECA.

Cette évaluation se décline en 3 volets :

- A. Évaluation de l'efficacité sur la réduction des pratiques à risques (étude COSINUS)
- B. Évaluation économique (étude coût-efficace COSINUS éco)
- C. Évaluation de l'acceptabilité sociale de la SCMR et de son impact sur la tranquillité publique

Le rapport définitif et ses conclusions ont été coordonnés par Mme Marie Jauffret-Roustide, sociologue à l'INSERM. Dès le mois de mars 2021, celle-ci en a aussi assuré la diffusion notamment dans les médias, avant même l'avoir présenté au Comité de pilotage parisien¹ de la SCMR qui s'est tenu fin juin 2021 seulement. Elle ne l'a pas non plus présenté au Comité de voisinage, seule instance où siègent les riverains, et n'a pas pris en compte les constats particulièrement négatifs exprimés par les riverains lors de la séance du 17 mars 2021 de ce comité (nous en tenons l'enregistrement à votre disposition).

Du reste, on est en droit de s'interroger sur les raisons de la non-publication sur le site de la Mairie du 10^{ème} du compte-rendu de ce même Comité de voisinage. Ne craignait-on pas qu'il contredise malencontreusement certaines affirmations de Mme Jauffret-Roustide ?

LES PRÉSUPPOSÉS POLITIQUES ET IDÉOLOGIQUES À L'ŒUVRE DANS LE RAPPORT DE L'INSERM

Les 3 volets du rapport évoqués ci-dessus s'inscrivent dans le cadre de ce que les auteurs qualifient de « **nouvelle santé publique** ». A savoir « un ensemble de discours et de pratiques qui valorisent les capacités des individus à se prendre en charge. Renonçant à l'idéal d'éradication des toxiques illicites, cette approche propose de « **vivre avec les drogues** », tout en réduisant les risques sanitaires qui leurs sont associés » (p. 124).

Les partisans de cette position:

- n'ont pas pour objectif de lutter contre les toxiques et de conduire à la sortie de l'addiction. Il s'agit plutôt pour eux de s'en accommoder et de considérer l'addiction aux stupéfiants comme une pratique sociale au même titre qu'une autre.
- ne considèrent pas l'addiction comme une maladie : ils proposent plutôt de permettre aux consommateurs, considérés comme responsables, de satisfaire librement leur addiction en sécurité (SCMR), et ceci - aux frais de l'Etat et des collectivités publiques.
- s'ils admettent que les toxicomanes peuvent être considérés comme des malades, c'est seulement en raison de leurs pratiques à risques : échange de seringues conduisant à des contaminations (VIH, VHC), abcès et endocardites, overdoses... qui résultent d'injections et d'inhalations sans précaution en particulier dans l'espace public.
- c'est ainsi que la SCMR a, selon les tenants de cette position, un double bénéfice : sur le plan sanitaire (réduction des risques) et sur le plan de la tranquillité publique (diminution des « scènes ouvertes de drogues »).

1 Le Comité de pilotage parisien réunit des représentants de la municipalité, ARS, MILDECA, Préfecture de police, association Gaïa, mais pas les riverains qui ne sont jamais associés aux décisions qui y sont prises ni même informés. Le Comité de voisinage, placé sous l'autorité de la Maire du 10^{ème}, se limite pour les riverains à être une caisse d'enregistrement de leurs constats, qui se voient généralement opposer un déni de réalité par les responsables. Quant à leurs doléances, elles ne sont suivies d'aucun effet notable ni mesure correctrice.

