

Les haltes soins addictions :

Un dispositif expérimenté depuis 2016
pour réduire les risques et nuisances
associés à la consommation de stupéfiants dans
l'espace public

OCTOBRE 2024

Jérôme
Léonnet

—
IGA

N°24038

Dr. Christophe **Schmit**
Emilie **Seffray**

—
IGAS

N°2024-036R

SYNTHÈSE

Plus de 150 espaces de consommation supervisée de drogues ont essaimé dans le monde, dont plus d'une centaine en Europe, en réponse à la propagation de l'épidémie de VIH-Sida dans les années 1980, puis pour réduire les risques sanitaires et les nuisances liés à la consommation de drogues dans l'espace public, notamment injectées.

En France, les « salles de consommation à moindre risque » (SCMR) ont été autorisées par expérimentation législative en 2016, prolongée en 2022 jusqu'à fin 2025 en « haltes soins addictions » (HSA). Elles s'insèrent dans la politique de réduction des risques et des dommages structurée depuis les années 1990 ; leur spécificité est de pouvoir y consommer des produits illicites sous la supervision de professionnels, afin de réduire les risques sanitaires : contamination par le VIH et VHC, risques somatiques (dont endocardites) et surdoses parfois mortelles. Les personnes qui consomment dans la rue et/ou qui présentent des comorbidités psychiatriques sont particulièrement exposées à ces risques qui, ajoutés aux nuisances liées à la consommation de drogues dans l'espace public, ont conduit le législateur à prévoir une exception à l'interdiction générale de consommer des stupéfiants. Une immunité pénale, strictement limitée à une quantité de produit et à un périmètre autour de la salle, est prévue pour les seuls usagers et professionnels de la HSA ; la vente de drogues reste interdite.

Depuis 2016, seules deux HSA ont été ouvertes, à Paris et à Strasbourg ; elles accueillent 1 600 personnes, soit moins de 1 % des 342 000 usagers problématiques de drogues estimés en France en 2023. Ces deux HSA présentent des caractéristiques différentes. Malgré une file active assez similaire en 2023 (autour de 800 usagers dans chaque salle), il y a huit fois plus de consommations à Paris (194 par jour vs 25 à Strasbourg), les usagers inscrits à Strasbourg fréquentant globalement moins souvent la salle. La salle de Strasbourg se situe dans l'enceinte des hôpitaux universitaires et propose par ailleurs 20 places d'hébergement depuis 2021 (expérimentation au titre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale de 2018), alors que la salle de Paris est installée à l'extérieur de l'hôpital Lariboisière, dans le dense bâti urbain du quartier de la gare du Nord ; elle est ouverte uniquement aux injecteurs depuis 2020, contrairement à celle de Strasbourg qui accueille aussi les inhalateurs.

Les HSA accompagnent un public en forte désaffiliation sociale, majoritairement sans domicile fixe. Quoique sur-fragilisées, les femmes y sont sous-représentées ; le dispositif d'hébergement de Strasbourg permet de mettre à l'abri deux fois plus de femmes que les HSA seules. Le sans-abrisme est majoritaire (à Paris, 79 % des usagers de la HSA n'ont pas d'hébergement stable et plus de la moitié sont à la rue ou en squat), il alimente la consommation dans l'espace public et entretient le cycle de l'addiction, les stupéfiants permettant d'apaiser les conséquences les plus immédiates de la vie à la rue (troubles anxieux, insécurité, froid ou faim). L'hébergement, indispensable à la sortie de l'addiction, se heurte à la saturation des dispositifs.

Les inhalateurs de cocaïne basée (crack) présentent une fragilité encore plus grande. L'addiction est particulièrement forte et génère une consommation frénétique qui accélère la désocialisation. La disponibilité de la cocaïne progresse continuellement (5 fois plus de quantités saisies en 30 ans). A Paris, cette pression particulièrement forte ne peut être jugulée par la HSA : la salle de

Paris n'accepte plus les inhalateurs et l'addiction au crack nécessite une mise à l'abri dont la salle ne dispose pas. Le « plan crack¹ » s'y emploie mais est limité par le manque de places d'hébergement accompagné en aval.

Les études internationales, et plus récemment l'étude française publiée par l'Inserm en 2021, attestent de la plus-value sanitaire des HSA pour l'usager : la consommation supervisée, en limitant les pratiques d'injection dangereuses et le partage de matériel, réduit les risques infectieux, les surdoses et les affections somatiques. En termes de bénéfices collectifs, la fréquentation d'une salle de consommation réduit les risques de passage aux urgences et les coûts associés ; par ailleurs, les HSA assurent le rôle de vigies des habitudes de consommation et des nouvelles tendances (comme la montée en puissance du fentanyl observée grâce à la HSA de Strasbourg) : ainsi, la mission recommande d'intégrer pleinement les HSA dans les dispositifs de veille sanitaire pilotés par l'OFDT² (*recommandations 1 et 2*).

Les salles améliorent la tranquillité publique en diminuant les consommations de rue. Depuis 2016, près de 550 000 injections ont été abritées dans les salles de Paris et Strasbourg ; les seringues ramassées autour de la salle sont passées de 150 à moins de 10 par jour à Paris. Pour autant, des consommations dans l'espace public demeurent, les salles n'étant pas ouvertes 24 heures sur 24, certains consommateurs étant exclus pour non-respect des règles et d'autres n'y venant pas ; il n'existe qu'une seule HSA à Paris, quand il y a sept salles à Berlin ou quatre à Hambourg.

Les salles n'engendrent pas de délinquance, voire sont susceptibles de faire baisser le nombre de délits commis par leurs usagers. La salle de Strasbourg n'a eu aucun effet d'attractivité sur les consommateurs et n'a généré aucune activité de « deal » ; dépourvue de riverains, elle ne pose pas de problème de tranquillité. A Paris, de nombreux riverains estiment que la HSA améliore le quartier et réclament son maintien ; la salle agrège toutefois des mécontentements, les nuisances du secteur gare du Nord – Lariboisière – Barbès restant supérieures à d'autres quartiers de Paris, indépendamment de la HSA.

Après avoir entendu les acteurs concernés, dont les services de police et les parquets, la mission recommande de mener à son terme l'expérimentation en cours à Paris et Strasbourg (*recommandation 3*). La fermeture de ces deux HSA dégraderait la tranquillité publique, mettrait en danger des usagers aux conditions de vie très précaires et mobiliserait inutilement des forces de police pour gérer les consommations rendues à l'espace public ; elle interviendrait à contretemps, dans un contexte de disponibilité accrue des stupéfiants, alors que les professionnels de l'addictologie alertent sur « la vague qui monte » et sur des besoins de prise en charge exponentiels dans les années à venir.

Pour l'avenir, à l'issue de l'expérimentation fin 2025 et sans préjudice des conclusions de l'évaluation scientifique attendue pour le 1^{er} semestre 2025, **la mission recommande d'inscrire dans le droit commun les HSA** (*recommandation 4*) afin de prévoir, en droit, la possibilité d'ouvrir de nouveaux espaces de consommation supervisée, dont l'opportunité devra être appréciée sur la base des plusieurs conditions de réussite identifiées par la mission, tenant à la fois à la qualité

¹ Plan conjoint à la préfecture régionale d'Île de France, la préfecture de Police de Paris, la ville de Paris, et l'Agence régionale de santé d'Île de France.

² Observatoire français des drogues et des tendances addictives, dont la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives - Mildeca - assure la tutelle administrative.

du diagnostic préalable et aux modalités du projet. Cette perspective permettrait par ailleurs de pérenniser les HSA de Paris et Strasbourg qui, à défaut de disposition législative au-delà du 31/12/2025, ne pourraient continuer à fonctionner.

Par ailleurs, il convient de rappeler que **le législateur a d'ores et déjà prévu la possibilité d'une consommation supervisée dans d'autres types de lieux que les HSA autonomes :**

- Le cahier des charges de l'expérimentation permet désormais l'ouverture d'un espace de consommation supervisée au sein d'un dispositif existant (Caarud ou Csapa³) ; ce format « hébergé » peut faciliter l'acceptation du projet ; il nécessite un dispositif *d'aller-vers* efficace pour toucher les personnes qui ne fréquentent pas déjà le lieu et une adaptation des locaux qui peut être conséquente.
- Les unités mobiles, prévues par le législateur en 2022, visent des publics très désaffiliés, mais leur capacité d'accueil est limitée ; elles peuvent compléter une structure fixe, mais difficilement la remplacer. Le format Algeco ou container constitue une modalité intermédiaire, pouvant être démontée ou déplacée, ce qui facilite l'acceptabilité ; ce format requiert une vigilance particulière aux conditions d'isolation thermique.

A Paris, où l'inhalation de crack n'est pas pratiquée dans la HSA, les lieux de repos pour usagers de crack pourraient constituer des espaces adaptés de consommation supervisée. Toutefois, il conviendrait préalablement d'établir scientifiquement le bénéfice de cette supervision (*recommandation 5*). Un tel projet viserait à limiter les nuisances aux abords et accompagner les intéressés dans une plus grande maîtrise de leur consommation, en plus de l'accompagnement social et sanitaire réalisé pour ce public parmi les plus vulnérables : il nécessiterait de répartir l'effort sur plusieurs structures pour ne pas concentrer les difficultés sur un lieu unique, ainsi qu'une adaptation des locaux.

L'initiative du projet revient actuellement aux municipalités et associations volontaires, ce qui ne permet ni de répondre à tous les besoins potentiels, ni de dépasser les oppositions locales. Les Agences régionales de santé (ARS) doivent assumer pleinement leur rôle de pilote de la réponse sanitaire ; la mission recommande de mobiliser les ressources de la Mildeca et de l'OFDT pour cartographier les consommations problématiques de drogues dans l'espace public, les ARS faisant réaliser sur cette base un diagnostic local, objectivant les enjeux, nuisances, délinquance et troubles à l'ordre public, sans préjuger du point de sortie (*recommandation 6*).

A l'issue du diagnostic (*recommandation 7*), un projet doit réunir plusieurs conditions de réussite :

- **La capacité d'accueil doit correspondre aux besoins du territoire et pouvoir s'adapter aux évolutions des consommations.** Le projet doit privilégier plusieurs petits espaces plutôt qu'un seul grand, des horaires d'ouverture couvrant les habitudes des consommateurs et un personnel en nombre, en spécialités et en formation adaptés.
- **L'implantation doit prendre en compte des enjeux de proximité et d'accessibilité.** Le lieu retenu doit idéalement se situer au plus près des lieux de consommation et des nuisances ;

³ Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (Caarud) ; Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa).

à défaut, des moyens adéquats sont nécessaires pour faire venir les consommateurs sur le site, qui doit être accessible en transports publics.

- **La proximité géographique avec un hôpital** est importante en ce qu'elle renforce la dimension d'accès aux soins à laquelle le législateur a manifesté son attachement en prolongeant l'expérimentation ; elle constitue un optimum, mais pas un prérequis, la qualité du lien fonctionnel étant plus déterminante.
- **Un espace de consommation supervisée doit s'insérer dans un chaînage médico-social et un continuum allant de la prévention aux soins.** L'ARS doit assurer la montée en capacité des dispositifs d'addictologie locaux, sans lesquels il ne peut y avoir de prise en charge aboutie. Le soin doit fonctionner avec l'accès à l'hébergement : la sortie de la rue est un préalable pour engager une démarche de soins et de traitement des addictions.
- **Les riverains doivent être informés** des bénéfices attendus sur la vie du quartier, dès que le choix d'implantation est stabilisé, et avant que la décision soit avalisée ; les bénéfices ne doivent pas être exagérés pour ne pas générer de déception. Le dialogue doit se poursuivre, dans le cadre d'un comité local dynamique et régulier.

Enfin, la politique publique de réduction des risques, dont les HSA sont parties intégrantes, doit bénéficier d'un portage assumé et univoque à tous les niveaux.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandations	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Améliorer le fonctionnement des haltes soins addictions				
1	Autoriser l'analyse des produits consommés en haltes soins addictions pour en connaître la composition ainsi que la concentration et la pureté en principes actifs.	1	DGS	31/12/2024
2	Intégrer pleinement les haltes soins addictions dans les dispositifs de veille sanitaire TREND et SINTES de connaissance des produits stupéfiants et de leurs modes de consommation.	1	DGS Mildeca	31/12/2024
Accompagner la sortie de l'expérimentation législative				
3	Poursuivre et mener à son terme l'expérimentation législative des haltes soins addictions.	1	DGS	31/12/2025
4	A l'issue de la période d'expérimentation, inscrire dans le droit commun la possibilité d'ouvrir des haltes soins addictions et pérenniser dans ce cadre les HSA expérimentatrices.	1	DGS	31/12/2025
Approfondir la connaissance scientifique				
5	Diligenter une évaluation scientifique permettant de documenter les bénéfices de la supervision, s'agissant de l'inhalation de crack.	1	Mildeca	31/12/2024
Objectiver les situations problématiques				
6	Confier à la Mildeca la mission d'identifier périodiquement les problématiques de consommation de stupéfiants dans l'espace public susceptibles de répondre au cahier des charges des haltes soins addictions pour les signaler, via la direction générale de la santé, aux agences régionales de santé concernées.	1	DGS	31/12/2024
7	Faire piloter par chaque ARS concernée un diagnostic local, dès lors qu'elle a connaissance d'une problématique avérée de la consommation de stupéfiants dans l'espace public.	1	DGS	Au fil de l'eau

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	6
INTRODUCTION	9
1 DEPUIS 2016, LA FRANCE EXPERIMENTE DEUX SALLES DE CONSOMMATION SUPERVISEE A PARIS ET STRASBOURG DANS LE CADRE DE SA POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES	10
1.1 LA FRANCE A ETE LE 10 ^E PAYS AU MONDE A AJOUTER LA CONSOMMATION SUPERVISEE A SES OUTILS DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES	10
1.2 LES HSA DE PARIS ET STRASBOURG VOIENT AUGMENTER LEUR FILE ACTIVE, SANS QUE D'AUTRES PROJETS AIENT PERMIS UN MEILLEUR MAILLAGE DU TERRITOIRE	15
2 LA CONSOMMATION SUPERVISEE EST BENEFIQUE SUR LE PLAN SANITAIRE, MAIS NE SAURAIT REpondre A TOUS LES MAUX D'UN PUBLIC TRES DESAFFILE ET EXPOSE A UNE DISPONIBILITE ACCRUE DES STUPEFIANTS	21
2.1 LES EVALUATIONS SCIENTIFIQUES ONT DEMONTRE QUE LA CONSOMMATION SUPERVISEE DIMINUE LES RISQUES DE TRANSMISSION INFECTIEUSE, DE SURDOSES ET D'AFFECTIONS SOMATIQUES CHEZ LES INJECTEURS	21
2.2 LES HALTES SOINS ADDICTIONS NE SAURAIENT REpondre SEULES AUX DIFFICULTES SANITAIRES ET SOCIALES D'UN PUBLIC EN GRANDE DESAFFILIATION	25
2.3 DANS UN CONTEXTE DE DISPONIBILITE CROISSANTE DES STUPEFIANTS, LES ENJEUX SPECIFIQUES DU CRACK NECESSITENT PRIORITAIREMENT UNE MISE A L'ABRI DES CONSOMMATEURS	28
3 LES ESPACES DE CONSOMMATION SUPERVISEE CONTRIBUENT A AMELIORER LA TRANQUILLITE PUBLIQUE ET NE GENERENT PAS DE DELINQUANCE SPECIFIQUE	30
3.1 LA CONSOMMATION SUPERVISEE PERMET D'AMELIORER LA PHYSIONOMIE DE QUARTIERS TOUCHES PAR LA CONSOMMATION DE DROGUE DANS L'ESPACE PUBLIC	30
3.2 TOUTES LES NUISANCES LIEES A LA DROGUE NE DISPARAISSENT PAS POUR AUTANT	32
3.3 CES DISPOSITIFS NE FONT PAS AUGMENTER LA DELINQUANCE	34
4 LA MISSION RECOMMANDE LA POURSUITE DE L'EXPERIMENTATION EN COURS, ET POUR L'AVENIR, D'INSCRIRE DANS LE DROIT COMMUN LA POSSIBILITE D'OUVRIR DES HSA	37
4.1 POUR L'EXISTANT, LA MISSION RECOMMANDE DE MENER A SON TERME L'EXPERIMENTATION, CONSIDERANT QUE LES DEUX HSA REpondent AUX OBJECTIFS FIXES PAR LE LEGISLATEUR ET QUE LEUR FERMETURE DEGRADERAIT LA SITUATION DES USAGERS ET LA TRANQUILLITE PUBLIQUE	37
4.2 POUR L'AVENIR, LA MISSION RECOMMANDE D'INSCRIRE LES HSA DANS LE DROIT COMMUN A L'ISSUE DE LA PERIODE D'EXPERIMENTATION, SANS PREJUDICE DES CONCLUSIONS DE L'EVALUATION SCIENTIFIQUE ATTENDUE POUR LE 1 ^{ER} SEMESTRE 2025	38
5 L'OUVERTURE DE NOUVEAUX ESPACES DE CONSOMMATION SUPERVISEE DOIT REpondre A CERTAINES CONDITIONS TENANT A LA FOIS AUX MODALITES DU PROJET ET A LA QUALITE DU DIAGNOSTIC PREALABLE	39
5.1 LE LEGISLATEUR A D'ORES ET DEJA PREVU LA POSSIBILITE D'UNE CONSOMMATION SUPERVISEE DANS D'AUTRES TYPES DE LIEUX QUE LES HSA AUTONOMES	39
5.2 A PARIS, EN COMPLEMENT DU PLAN CRACK, PLUSIEURS ACTEURS ONT ATTIRE L'ATTENTION DE LA MISSION SUR L'OPPORTUNITE D'UNE CONSOMMATION SUPERVISEE DE CRACK INHALE DANS LES ESPACES DE REPOS	43
5.3 L'OUVERTURE DE NOUVEAUX ESPACES DE CONSOMMATION SUPERVISEE DOIT PROCEDER D'UN DIAGNOSTIC OBJECTIF ET PARTAGE AU NIVEAU LOCAL, PILOTE PAR L'ARS, AVEC LE CONCOURS DE LA MILDECA	46
5.4 REponse LOCALE A UN BESOIN LOCAL, LE PROJET DOIT REUNIR PLUSIEURS CONDITIONS DE REUSSITE A L'ISSUE DU DIAGNOSTIC.....	49
ANNEXE 1 : LA POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES POUR LES USAGERS DE DROGUES	55

ANNEXE 2 : STUPEFIANTS : ETAT DE LA DISPONIBILITE DES PRODUITS ET DE LEUR CONSOMMATION	78
ANNEXE 3 : EFFICACITE DES SALLES DE CONSOMMATION SUPERVISEE : ECLAIRAGES SCIENTIFIQUES ET INTERNATIONAUX	101
ANNEXE 4 : PROFILS DES CONSOMMATEURS DE DROGUES FREQUENTANT LES DISPOSITIFS D'ACCUEIL, NOTAMMENT CAARUD ET HSA.....	131
ANNEXE 5 : LES HSA EXPERIMENTATRICES DE PARIS ET STRASBOURG	146
ANNEXE 6 : PRESENTATION SYNTHETIQUE DES ACTIVITES DES CAARUD RENCONTRES ET FOCUS SUR LE CAARUD AURORE 93 D'AULNAY-SOUS-BOIS.....	191
ANNEXE 7 : CAHIER DES CHARGES NATIONAL RELATIF A L'EXPERIMENTATION DES « HALTES SOINS ADDICTIONS ».....	209
ANNEXE 8 : NOTE D'ANALYSE DE LA DIRECTION DES AFFAIRES JURIDIQUE DES MINISTERES SOCIAUX SUR LES SUITES A DONNER A L'EXPERIMENTATION	222
LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES.....	225
LISTE DES SIGLES	233
LETTRE DE MISSION	234

INTRODUCTION

Par lettre de mission du 10 avril 2024 signée par le ministre de l'Intérieur et des outre-mer, la ministre du Travail, de la santé et des solidarités et le ministre délégué chargé de la Santé et de la prévention, l'Inspection générale de l'administration (IGA) et l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) ont été saisies d'une mission d'évaluation des haltes soins addictions (cf. annexe 10). Débutée fin 2016, l'expérimentation française d'espaces de consommation supervisée de stupéfiants, alors dénommés « salles de consommation à moindre risque » (SCMR), a été prolongée en 2022 jusqu'au 31 décembre 2025 sous l'appellation « haltes soins addictions » (HSA).

Sous le nom de salles de consommation à moindre risque (SCMR), de salles d'injection supervisée ou d'espaces des consommation supervisée (ECS), ou désormais en France de « haltes soins addictions » (HSA), ces centres permettent, notamment aux usagers de drogues vulnérables, de consommer leurs produits dans de bonnes conditions d'hygiène et sous la surveillance d'un personnel qualifié capable d'expliquer les risques et de recommander des pratiques moins délétères. Les drogues ne sont en aucun cas fournies et les intervenants n'aident pas à la prise. Plusieurs objectifs sont poursuivis selon un équilibre variable en fonction des lieux, des pays et des époques : réduire les risques sanitaires et nuisances associés à la consommation de drogues dans l'espace public, mais également établir un contact avec les plus marginalisés d'entre eux et les orienter vers des dispositifs de soins ou services sociaux adaptés.

La lettre de mission fixe trois objectifs en vue d'éclairer le Gouvernement quant au maintien, à l'adaptation ou à l'arrêt des haltes soins addictions (HSA) : (1) évaluer la pertinence et la place des HSA dans l'éventail des outils de réduction des risques et des dommages : efficacité sanitaire et complémentarité avec les dispositifs destinés aux usagers de drogues ; (2) évaluer l'impact des HSA sur la tranquillité et l'ordre publics ; (3) évaluer les modalités de création des dispositifs et la pertinence des lieux d'implantation. La mission ne se confond pas avec l'évaluation scientifique prévue par le législateur lors de la prolongation de l'expérimentation : réalisée par une équipe de recherche indépendante, celle-ci a vocation à alimenter le rapport que le Gouvernement doit remettre au Parlement au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation, soit au 30 juin 2025.

En méthode, comme elle y était invitée, la mission s'est appuyée sur l'évaluation scientifique des deux salles expérimentatrices publiée en 2021 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) sur commande de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), ainsi que sur l'expérience étrangère, notamment européenne, grâce aux retours des attachés de sécurité intérieure et des conseillers aux affaires sociales de plusieurs ambassades.

Entre fin avril et septembre 2024, la mission s'est rendue dans les deux HSA existantes de Paris et Strasbourg, expérimentatrices depuis 2016, ainsi qu'à Marseille et de l'espace de repos pour les usagers de crack de Paris-Porte de la Chapelle. Des échanges ont été organisés à distance avec les acteurs de plusieurs villes mobilisés autour d'un projet de HSA, ainsi que deux tables rondes virtuelles avec une dizaine de Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (Caarud) ; la mission s'est rendue au Caarud Aurore 93 d'Aulnay-sous-Bois. Au total, plus de 170 personnes (cf. annexe 8) ont été entendues, incluant plusieurs consommateurs de drogues.

1 Depuis 2016, la France expérimente deux salles de consommation supervisée à Paris et Strasbourg dans le cadre de sa politique de réduction des risques et des dommages

1.1 La France a été le 10^e pays au monde à ajouter la consommation supervisée à ses outils de réduction des risques et des dommages

1.1.1 Nées dans les années 1980 pour limiter les risques de transmission du VIH, les salles de consommation supervisée continuent de se développer

Cf. annexe 3 : éléments de comparaison internationale.

Les premiers espaces de consommation supervisée (ECS) sont nés à la fin des années 1980 dans des villes suisses, puis néerlandaises et allemandes, afin de réduire les risques de contamination virale chez les injecteurs d'héroïne, en pleine épidémie de VIH-Sida. Trente ans plus tard, les objectifs des ECS se sont élargis : au-delà des enjeux de santé publique et individuelle pour les usagers, la tranquillité publique justifie également de nouvelles salles pour juguler la consommation de drogue dans l'espace public et les nuisances associées.

La mission a dénombré 151 salles de consommation supervisée en 2023, dans 16 pays : une cinquantaine en Amérique du Nord (39 au Canada, 3 aux Etats-Unis et une au Mexique), 2 salles en Australie et 106 en Europe (14 en Suisse, 32 en Allemagne, 26 aux Pays-Bas, 16 en Espagne, 2 au Luxembourg, 2 en Norvège, 5 au Danemark, 2 en France, 2 en Belgique, 3 au Portugal, 1 en Grèce et 1 en Islande).

Carte 1 : Implantation et nombre de espaces de consommation supervisée dans l'Union européenne (2023)



Source : Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA, ex-OEDT).

Les espaces de consommation supervisée essaient dans le monde depuis les années 2000 : aux Etats-Unis, plusieurs villes (Boston, Seattle, Philadelphie et Baltimore) et Etats (Nouveau-Mexique et Illinois) souhaitent ouvrir des salles, notamment pour lutter contre les surdoses mortelles liées à la crise des opioïdes qui sévit depuis 2010. En Europe, Autriche, Finlande, Slovénie et Suède envisagent d'ouvrir des espaces de consommation supervisée ; l'Irlande en a autorisé le principe fin 2022. En Italie, un projet dans trois villes a été envisagé en 2021 puis interrompu à la suite de l'alternance politique intervenue fin 2022.

1.1.2 En 2016, la France a autorisé l'expérimentation de « salles de consommation à moindre risque », prolongée jusqu'à fin 2025 sous l'appellation « haltes soins addictions »

En France, la mise en place d'une expérimentation d'espaces de consommation supervisée a nécessité plusieurs années. En 2012, le Gouvernement a proposé, dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017, la création de « **salles de consommation à moindre risque** » (SCMR). Consulté, le Conseil d'Etat a estimé⁴, que les dispositions de l'article L. 3121-4 du code de la santé publique ne constituaient pas une base légale suffisante et qu'une loi devait autoriser directement l'ouverture de ces salles.

L'expérimentation a été ouverte par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dont l'article 43 dispose qu'à titre expérimental, pour une durée de six ans, des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (Caarud) peuvent ouvrir des SCMR, dans des locaux distincts de ceux utilisés dans le cadre de leurs missions de droit commun.

« Les objectifs de ces SCMR sont d'éviter les complications sanitaires liées à la prise de substances psychoactives, de promouvoir l'hygiène de la consommation, d'inciter les usagers de drogues à s'orienter vers des modes de consommation à moindre risque et de les mener vers un processus de substitution ou de sevrage. Elles s'adressent notamment à des publics vulnérables, amenés à consommer des drogues dans un cadre précaire qui ne permet pas la mise en œuvre de mesures de réduction des risques. Ces salles doivent permettre également de réduire les nuisances dans l'espace public. Cela concerne en particulier la présence de matériel d'injection utilisé qui peut être source de contaminations accidentelles. »⁵

Les SCMR poursuivent des objectifs généraux à caractère sanitaire (améliorer la santé des personnes, les faire entrer dans un parcours de soins), social (accès aux droits, services sociaux, hébergement) et de tranquillité publique (dont réduction du matériel d'injection sur la voie publique) ; les objectifs spécifiques sont strictement sanitaires (cf. *annexe 7 de présentation du cahier des charges des SCMR/HSA*). Le cahier des charges relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé a été précisé par l'arrêté du 22 mars 2016, puis par l'arrêté modificatif du 15 juillet 2019, qui a notamment autorisé l'accès des salles aux consommateurs non injecteurs (cf. annexe 7).

⁴ Conseil d'Etat, avis consultatif du 8 octobre 2013.

⁵ Exposé des motifs de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

A l'issue des six années prévues par la loi de 2016, le législateur a prolongé l'expérimentation jusqu'au 31 décembre 2025⁶. Les SCMR sont désormais dénommées « haltes soins addictions » pour en souligner l'objectif de soins, elles peuvent être ouvertes dans les locaux des Caarud ou des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) mais également sous la forme d'unités mobiles⁷. Cette prolongation prévoit que le Gouvernement remet au Parlement un bilan de l'expérimentation au plus tard six mois avant la fin de celle-ci (30 juin 2025), sur la base d'une évaluation scientifique conduite par une équipe de recherche indépendante⁸.

1.1.3 Les usagers et les professionnels des HSA bénéficient d'une immunité pénale strictement encadrée

En France, l'usage de drogues est strictement interdit. La loi de 1970⁹ dispose que « *l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende* »¹⁰.

Pour concilier cette interdiction de l'usage avec des objectifs de réduction des risques sanitaires par consommation supervisée pour des publics particulièrement vulnérables, le législateur a prévu une immunité pénale pour la personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une SCMR/HSA. Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants¹¹.

Cette exception à la règle pénale générale ne constitue en aucun cas une immunité pour les personnes qui vendent de la drogue, y compris à proximité de la salle, voire en son sein. L'interdiction de céder ou vendre de produits stupéfiants demeure et des poursuites sont systématiquement engagées à l'encontre des vendeurs. Une circulaire de politique pénale générale¹² a précisé les modalités d'application de ce principe d'immunité pénale pour les usagers et les professionnels à l'intérieur des salles.

⁶ Article 83 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 modifiant l'article 43 de la loi du 26 janvier 2016.

⁷ Cette disposition doit faire l'objet d'un arrêté de la direction générale de la santé pour adapter le cahier des charges qui n'était pas pris à date de fin de la mission.

⁸ Cette évaluation est conduite depuis juin 2024 par le laboratoire de recherche Reshape des hospices civils de Lyon.

⁹ 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 de substances vénéneuses.

¹⁰ Article L3421-1 du code pénal.

¹¹ Article 3411-6 du code de la santé publique introduit par l'article 43 de la loi du 26 janvier 2016 : « *La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants. Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants* ».

¹² Circulaire de la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) du ministère de la Justice relative à l'ouverture des premières salles de consommation à moindre risque du 13 juillet 2016.

En pratique, l’usager ne peut donc être poursuivi pour usage et détention illicites de stupéfiants et la police ajuste ses contrôles aux abords de la salle sur la base des instructions locales des procureurs de la République concernant le périmètre d’immunité et les quantités et catégories de produits stupéfiants dont la détention est tolérée. Interrogés par la mission, tant les services de la Chancellerie que les parquets et les services de police de Paris et de Strasbourg ont indiqué que la mise en œuvre de cette immunité pénale ne posait pas de difficultés.

1.1.4 Les haltes soins addictions s’ajoutent à l’offre sanitaire et sociale des centres socio-médicaux dédiés mais s’en distinguent par la possibilité d’y consommer sous supervision

Cf. annexe 1 : politique de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues.

Les risques pour la santé des usagers varient selon les modes de consommation des produits. L’injection intraveineuse est la plus porteuse de risques, notamment somatiques :

- risques de contamination au VIH et au VHC, redoublés en cas de partage de matériel (64 %¹³ des injecteurs sont infectés du VHC), risque d'infections bactériennes (staphylococcus aureus, infections à streptocoques du groupe A) ;
- septicémies, endocardites, arthrites, pathologies de l’appareil locomoteur, pathologies cutanées et dentaires, pathologies digestives, complications cardiaques ;
- risque de surdoses¹⁴ non mortelles (7 % des consommateurs de drogues vus en 2008 en Caarud déclarent avoir connu au moins un épisode dans l’année de perte de connaissance après consommation) ou mortelles (638 décès directement liés aux drogues en 2022¹⁵).

L’inhalation présente certes des risques de contamination infectieuse en cas de partage de matériel, mais moins élevés que l’injection ; cependant, la population des usagers de crack cumule les facteurs de vulnérabilité sociale, économique, sanitaire qui se renforcent mutuellement (cf. 2.2.1).

Les risques spécifiquement liés à l’injection sont aggravés :

- **par la consommation dans l’espace public** : les injections dans des lieux insalubres et dans la précipitation constituent un facteur de risque supplémentaire (injections ratées, recommencées plusieurs fois) et favorisent le partage de matériel ;
- **chez les usagers de drogues présentant des comorbidités psychiatriques**, dont la prévalence est estimée entre 40 et 60 %¹⁶ (partage de matériel).

¹³ L. Weill-Barillet, J. Pillonel, C Semaille, L. Léon, Y. Le Strat, X. Pascal, et al. Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey Rev Epidemiol Sante Publique, 64 (4) (2016).

¹⁴ La surdose aux opioïdes est provoquée par la prise d’un produit opioïde à une dose supérieure à celle supportée par l’organisme, quel que soit le mode d’administration ; elle peut entraîner un coma, un arrêt respiratoire et conduire au décès.

¹⁵ Enquête « décès en relation avec l’abus de médicaments et de substances », DRAMES 2022.

¹⁶ Inserm, Réduction des risques chez les usagers de drogues, Synthèse et recommandations, 2010.

Face à ces risques, plusieurs mesures se sont déployées progressivement (accès à des seringues stériles sans prescription à partir de 1986 et à des traitements de substitution aux opiacés à partir de 1993, démarches « d’aller-vers »), jusqu’à constituer une véritable politique publique de réduction des risques et des dommages (RdR), qui a été consacrée par la loi du 9 août 2004, qui vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants¹⁷.

La RdR repose sur la diffusion de messages de prévention, la mise à disposition de matériel stérile et de traitements de substitution aux opiacés, la médiation sociale (maraudes de rue, interventions en milieux festif et carcéral) et un accueil dans des centres médicaux-sociaux dédiés :

- les 500 Csapa ont accueilli, en 2021, 211 000 usagers souffrant principalement de dépendance à l’alcool (58 %) et/ou au tabac et au cannabis (21 %), mais aussi à d’autres substances illicites (16 %), engagés dans une démarche de soin¹⁸ ; ils comptent 4 800 équivalents temps plein (ETP) ;
- les 151 Caarud, issus de la loi de 2004¹⁹, sont majoritairement implantés en zone urbaine (20 en Ile de France) ; ils accueillent tous types d’usagers, engagés ou non dans une démarche de soin, et sont donc considérés comme des établissements « à bas seuil d’exigence » ; en 2019, 92 500 personnes y ont été suivies par 950 ETP²⁰.

En 1998 est créé le premier « Bus méthadone » à Paris, centre de soins mobile expérimental de proximité créé par l’équipe du programme d’échange de seringues, afin de favoriser l’accès à la substitution, avec un seuil d’exigence adapté favorisant l’inclusion des personnes les plus éloignées du soin. Le Csapa Bus Méthadone dispose d’un centre de soin à Paris 11^e et d’une unité mobile. Il délivre quotidiennement les traitements des patients dans le camion qui suit un parcours constitué de trois arrêts dans le Nord-Est parisien. En 2022, l’équipe était constituée de 2,5 ETP médecins, 5 infirmiers et 5 éducateurs ; 830 personnes ont bénéficié d’un suivi médico-social sur ce programme.

Les SCMR/HSA ont une plus-value spécifique et complètent ce panel de dispositifs de RdR. Si elles comportent des objectifs sanitaires et sociaux que poursuivent également les Caarud, elles s’en distinguent clairement par la possibilité d’y consommer de manière supervisée, dans le cadre d’une immunité pénale strictement définie (cf. 1.1.3), ce qui n’est pas possible dans d’autres structures de RdR. Par ailleurs, les Caarud ont des moyens d’action limités : contrairement aux HSA, ils n’ont pas d’obligation de disposer de temps médical, sont installés dans des locaux pouvant être très exigus, ainsi que la mission a pu le constater. Enfin, les publics fréquentant les Caarud et les HSA ne se recoupent pas intégralement, avec un profil singulièrement plus désaffilié socialement dans les HSA (cf. 2.2.1 et annexe 4).

¹⁷ Aux termes de l’article L. 3411-8 du code de la santé publique issu de l’article 41 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.

¹⁸ [OFDT, Caractéristiques des personnes prises en charge dans les Csapa en 2021, février 2024.](#)

¹⁹ Créés par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui institutionnalise la politique réduction des risques et crée ce nouveau type d’établissements et services sociaux et médico-sociaux.

²⁰ [OFDT, Profils et pratiques des usagers reçus en Caarud en 2019.](#)

1.2 Les HSA de Paris et Strasbourg voient augmenter leur file active, sans que d'autres projets aient permis un meilleur maillage du territoire

Depuis le lancement de l'expérimentation en 2016, il existe en France deux haltes soins addictions (HSA), située l'une à Paris, l'autre à Strasbourg. *L'annexe 5 leur est consacrée.*

1.2.1 La salle de Paris est le seul espace de consommation supervisée de l'agglomération, alors que sa file active augmente et qu'elle n'accueille que les injecteurs

La salle Jean-Pierre Lhomme, gérée par l'association Gaïa, est l'unique espace de consommation supervisée de l'agglomération parisienne. Située rue Ambroise Paré à Paris 10^e, elle a ouvert en octobre 2016, à proximité immédiate de l'hôpital Lariboisière. Issue de Médecins du Monde, Gaïa Paris gère depuis 2006 deux Csapa (dont le Bus méthadone, *cf. supra*) et un Caarud, en plus de la HSA de Paris. La HSA de Paris est ouverte 7 jours sur 7, de 9h30 à 20h30 et regroupe 41 professionnels (28,36 ETP) et 30 bénévoles en 2023 (*cf. infra* tableau 1).

La salle est implantée dans l'environnement très spécifique du quartier gare du Nord – Barbès – la Chapelle - boulevard Magenta, où les trafics de tous types (vente à la sauvette, cigarettes de contrebandes, stupéfiants, médicaments...) et la consommation de substances illicites dans l'espace public et semi-public (métro, parking, sanisettes...) préexistaient à l'ouverture de la salle (plusieurs interlocuteurs qualifiant le secteur de « véritable salle de consommation à ciel ouvert »). C'est une zone de passage (700 000 voyageurs chaque jour), d'errance et de mendicité, malgré la gentrification du quartier.

La HSA bénéficie d'un tissu médical historiquement tourné vers l'addiction et la toxicologie avec les hôpitaux de proximité qui assurent la prise en charge psychiatrique et les hospitalisations (Fernand Widal) ainsi que la réanimation médicale spécialisée dans la prise en charge des intoxications médicamenteuses et toxicologiques (Lariboisière).

La salle n'est ouverte qu'aux personnes qui s'injectent des drogues (12 postes) ; si elle proposait initialement l'accès à 4 puis 6 postes d'inhalation pour les personnes déjà injectrices, l'épidémie de coronavirus et les risques inhérents aux transmissions aériennes ont imposé la fermeture de ces espaces. La HSA de Paris étant le seul lieu susceptible d'accueillir des usagers inhalateurs de crack, l'association Gaïa, par crainte de débordements, a fait le choix de ne pas rouvrir ces espaces depuis.

La HSA de Paris fait face à une fréquentation croissante. La file active²¹ se compose en 2023 de 781 personnes (933 en 2019²², 702 en 2021, 753 en 2022), dont 132 nouveaux usagers inclus (143 inclusions en 2022). Gaïa Paris souligne que le public accueilli est majoritairement en rupture avec la plupart des services de droit commun ; à leur inclusion dans la HSA, 40 % n'ont pas de suivi social, ni de suivi médical.

Entre 2016 et 2023, le nombre de consommations annuelles a été multiplié par 1,5 pour atteindre 70 866 injections, soit une moyenne de 194 consommations par jour.

²¹ Nombre de personnes ayant été accueillies au moins une fois au cours de l'année.

²² Incluant, en 2019, les injecteurs et les inhalateurs.

En 2023, les opiacés²³ restaient, à plus de 80 %, les produits majoritairement consommés dans la salle mais la cocaïne injectée est en hausse, atteignant 12 % des consommations en 2023. Cette poussée est à mettre en lien avec une plus grande disponibilité de la cocaïne, sous toutes ses formes, sur le marché national et européen (cf. annexe 2) et la vente par petites unités de consommations adaptées au budget des consommateurs.

Au-delà de la consommation supervisée, la HSA accompagne les usagers sur le plan sanitaire et social, conformément aux objectifs qui lui sont fixés. Elle propose ainsi des services de prévention sanitaire (accompagnement à l'injection et réduction des risques liés, collecte de produits pour analyse, délivrance de la naloxone (cf. encadré ci-après), de surveillance à la sortie de l'espace d'injection, d'orientation vers la prise en charge des addictions), des cures de sevrage (en 2023, 145 orientations vers un Csapa et 41 vers une cure), des consultations de service social (1 136 consultations en 2023) et des consultations infirmières (1 853 consultations en 2023). Les professionnels peuvent accompagner les usagers à leurs rendez-vous médicaux pour « faciliter la compréhension de part et d'autre ». Cependant, les usagers étant inscrits sous pseudonyme et ayant des parcours de vie souvent très heurtés, il est difficile de les suivre dans le temps long, avec de fréquentes ruptures de prise en charge.

La naloxone est un médicament qui agit rapidement pour renverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes et peut rétablir la respiration en 2 à 5 minutes. Administré par pulvérisation nasale ou voie intramusculaire, cet antidote est très efficace. Cependant, compte tenu de l'état d'inconscience dans lequel plonge la surdose aux opiacés, il ne peut pas être auto-administré par la personne qui en est victime et nécessite donc la présence d'un tiers. Par ailleurs, la naloxone n'est efficace que sur les opioïdes.

1.2.2 Menant une double expérimentation avec un dispositif d'hébergement depuis 2021, la salle Argos de Strasbourg voit également sa file active augmenter

L'implantation de la HSA de Strasbourg est un atout. Ouverte en novembre 2016 et gérée par l'association Ithaque, la HSA se situe face au parc du Heyritz, au sein des hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS), dans un pavillon désaffecté. Sans riverains, le pavillon qui abrite la salle est isolé du reste des hôpitaux universitaires, avec un accès indépendant qui facilite son acceptation par le milieu hospitalier ; la salle bénéficie également d'un positionnement central, dans un lieu identifié et bien desservi par les transports en commun.

Le projet était consensuel parmi les élus locaux et représentants des services de l'Etat, à l'issue d'un diagnostic partagé sur le besoin de prendre en charge les consommateurs les plus en difficulté et ce, malgré l'absence de regroupement de consommateurs dans l'espace public à Strasbourg (« scène ouverte »). Dès 2011, avant que la loi n'autorise l'expérimentation, des échanges étroits avaient eu lieu entre l'élue en charge de la santé et l'association Ithaque, très ancrée à Strasbourg dans le domaine de la réduction des risques depuis les années 1990.

Le nombre de personnes suivies à Strasbourg est comparable à celui de Paris mais la salle supervise 8 fois moins de consommations (cf. tableau 1). La file active de la salle Argos de Strasbourg a doublé depuis 2016 et a progressé de 25 % entre 2019 et 2023, avec 824 personnes suivies en 2023 (contre 662 en 2019, et 410 en 2017) et 285 inclusions. La salle a enregistré un peu moins de 18 000 passages en 2023, soit 49 en moyenne par jour ; seule la moitié de ces passages

²³ Héroïne ou médicaments détournés de leur usage.

donne lieu à consommation. Le nombre de consommations annuelles reste globalement stable, avec 8 958 consommations en 2023 contre 8 816 en 2019.

Si l'injection reste majoritaire (72,8 % des sessions), sa part relative diminue depuis 3 ans au profit de l'inhalation : en 2023, un usager sur quatre a recours à l'inhalation dans la salle.

La cocaïne est le produit le plus consommé avec 45 % des sessions ; les opiacés (héroïne et médicaments mésusés) en représentent 25 %. De manière singulière en France, la salle de Strasbourg a constaté en 2022 et 2023 une poussée du fentanyl (3^e produit consommé en 2023 à la HSA), opioïde de synthèse responsable de dizaines de milliers de morts par surdose en Amérique du Nord, mais dont la pénétration sur le territoire national n'avait, jusque-là, été signalée que de manière très limitée. Cette situation pourrait n'être que conjoncturelle et liée à des prescriptions locales incontrôlées ; des investigations médicales et judiciaires sont en cours.

La HSA de Strasbourg distribue de plus en plus de matériel, qu'il s'agisse de seringues (+5 % entre 2022 et 2023) ou de pipes d'inhalation (+50 %), ce qui confirme la diffusion de la consommation de cocaïne basée par inhalation ; les kits de naloxone sont de plus en plus demandés par les usagers et délivrés en HSA (462 kits en 2023 vs 384 kits en 2022 et 221 en 2021).

La HSA de Strasbourg expérimente depuis juin 2021, sur le fondement de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, un « dispositif de soin avec hébergement », visant d'une part délivrer des soins (somatiques et en santé mentale) sur place, afin de répondre à des besoins médicaux précis, dispensables par l'équipe ; et d'autre part, à accompagner vers des soins dans des services spécialisés. Vingt places d'hébergement temporaire en chambre simple ou double sont ainsi proposées aux usagers de la HSA ayant des problématiques de santé et en situation de logement précaire. Les usagers hébergés bénéficient d'un accès supervisé 24h/24 à l'espace de consommation de la HSA mais aussi d'un accompagnement dans les soins, de soins *in situ*, ainsi que d'un accompagnement dans la vie quotidienne en collectivité et vers un logement décent.

Les premiers éléments de bilan sont positifs pour l'accès aux soins et aux droits mais également en termes de réduction des risques et de maîtrise des consommations ; en réduisant la précarité des conditions de vie et en satisfaisant des besoins primaires tels que dormir, manger et sentir en sécurité, l'hébergement fait baisser la pression psychique et augmente la disponibilité mentale pour imaginer une sortie de la consommation. Prévue jusqu'au 30 juin 2024, l'expérimentation a été prolongée jusqu'à fin 2024, pour en finaliser l'évaluation externe.

Tableau 1 : Synthèse d'activité des deux salles expérimentatrices pour 2023

	HSA Gaïa Paris	HSA Argos Strasbourg
Présentation générale		
Ressources humaines	28,36 ETP salariés, dont 7,29 ETP médicaux + 30 bénévoles	15,37 ETP salariés, dont 6,14 ETP médicaux, + 1,67 ETP mis à disposition, dont 1,16 ETP médical
Surface de la HSA	435 m ²	325 m ²
Nombre de postes de consommation	12 postes d'injection (+ 6 postes d'inhalation, fermés depuis 2020)	12 postes, dont 4 d'inhalation
File active		
Nombre de personnes suivies	781	824
Nombre d'inclusions	132	285
Consommations		
Nombre de passages	86 166	17 841
<i>avec consommation</i>	70 866	8 958
<i>sans consommation</i>	15 300	8 883
Nombre moyen de passages par jour	236	49
Nombre moyen de consommations quotidiennes	194	24,5
Part de la cocaïne dans les consommations	12 %	45,9 %
Part de l'injection dans les consommations	100 %	72,8 %
Part de l'inhalation dans les consommations	0 %	24,6 %
Délivrance de matériel de réduction des risques		
Nombre de seringues délivrées	234 900	196 698
Nombre de matériel d'inhalation délivré	0	9 307
Kits de naloxone délivrés	150	462

Source : Mission à partir des bilans des deux HSA expérimentatrices

1.2.3 Difficile à modéliser, le coût de fonctionnement des HSA doit être considéré avec prudence et mis en regard des dépenses collectives évitées

Les coûts d'investissements initiaux se sont élevés en 2016 à 1 059 357 € pour la salle de Paris, à 545 290 €²⁴ pour celle de Strasbourg, et ont couvert les travaux de rénovation et de mise aux normes des deux bâtiments qui existaient préalablement mais requéraient des adaptations conséquentes. Ces coûts initiaux ont été pris en charge par les villes de Paris et Strasbourg.

Les coûts de fonctionnement des HSA sont financés par l'Assurance maladie via l'Ondam médico-social « autres prises en charge »²⁵. Ils sont documentés chaque année dans le compte

²⁴ Documentation financière et comptable des SCMR citée par l'Inserm 2021.

²⁵ Le sous-objectif « autres prises en charge » recouvre l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) spécifique, par exemple des dotations aux établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, notamment l'addictologie. L'Eurométropole de Strasbourg accorde une subvention à la HSA Argos, qui correspondait en 2023 à 1 % de ses frais de fonctionnement.

administratif de chaque HSA, recensant les recettes et les charges sur la base d'un simple fichier Excel réalisés par les HSA.

En termes de composition des coûts, la masse salariale constitue la principale charge des HSA (environ 80 % en 2023 pour les deux salles) ; les 20 % restant se répartissent à part quasiment égale entre frais de structure (impôts, loyer, énergie) et achat de médicaments et de matériel de soin. En 2023, les coûts de fonctionnement de la HSA de Paris s'élevaient à 3 864 102 €. Ces coûts ont quasiment triplé depuis 2017 (+180 %), sous l'effet de l'allongement des horaires d'ouverture de la salle et de la mise en place d'équipes mobiles de médiation qui n'avaient pas été prévues initialement (dépenses de personnel multipliées par deux), de l'alourdissement des dépenses de structure (loyers, maintenances etc.), mais également d'une procédure budgétaire contraignante, conduisant au provisionnement régulier de budget non consommé²⁶. Les coûts de fonctionnement de la HSA de Strasbourg s'élevaient à 1 141 344 € en 2023 et étaient relativement stables (+13 % par rapport à 2017).

Tableau 2 : Frais de fonctionnement des HSA en 2023 (en euros)

	HSA Gaïa de Paris	part de l'ensemble	HSA Argos Strasbourg	part de l'ensemble
Dépenses d'exploitation courante (frais de fonctionnement, achat de matériel, dont médical)	295 972	7,7 %	119 978	10,5 %
Dépenses de personnel (salaires et cotisations sociales)	1 864 064	48,2 %	914 362	80,1 %
Dépenses de structure (loyer, maintenances diverses)	1 704 066	44,1 %	107 004	9,4 %
Coût de fonctionnement total	3 864 102	100,0 %	1 141 344	100,0 %

Source : Mission à partir des bilans des deux HSA expérimentatrices.

A partir des coûts fonctionnement, les coûts unitaires de chaque HSA peuvent être estimés, mais doivent être considérés avec prudence ; ces coûts unitaires apportent une information utile, mais ne sauraient constituer une estimation duplicable, tant ils sont liés à l'organisation, au fonctionnement et au public de chaque HSA. A Paris, chaque personne inscrite dans la file active en 2023 représentait un coût de fonctionnement moyen²⁷ de 4 948 € et chaque passage enregistré 44,8 €²⁸, alors que la dépense moyenne par personnes inscrite à la HSA de Strasbourg est de 1 385 € en 2023, et soit un coût de 64,0 € par passage enregistré.

Cet écart apparent dans les coûts unitaires entre Paris et Strasbourg est mécanique et s'explique par un rythme moyen de fréquentation de la HSA qui varie nettement d'une salle à l'autre : si le nombre de personnes inscrites au cours de l'année de référence (« file active ») est proche dans les deux HSA avec près de 800 usagers, en moyenne, un usager a fréquenté la HSA de Strasbourg

²⁶ La notification tardive du budget à la HSA (fin d'année pour l'année complète) entraîne des dotations aux provisions d'une année sur l'autre. La mise en place d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est prévue par l'association pour les années à venir afin de pallier cette situation.

²⁷ Calcul de la mission : coûts de fonctionnement annuels / nombre de personnes en file active en 2023.

²⁸ Calcul de la mission : coûts de fonctionnement annuels / nombre de passages enregistrés en 2023, avec ou sans consommation.

21,6 fois au cours de l'année 2023, alors qu'à Paris, chaque usager fréquente la salle en moyenne 110 fois. Ainsi, les coûts de fonctionnement, fixes dans leur grande majorité, sont donc rapportés à un nombre proche d'usagers inscrits en file active (781 à Paris et 824 à Strasbourg en 2023), mais très écarté s'agissant du nombre de passages annuels moyen d'un usager. **Pour toutes ces raisons, le coût d'une HSA est difficilement modélisable à partir des éléments comptables de Paris et Strasbourg.**

Enfin, en sus de leur fragilité comptable, les coûts de fonctionnement doivent être mis en regard des dépenses évitées à la collectivité. Au-delà des coûts médicaux évités (*cf. infra 2.1.2*), l'activité des HSA contribue à faire baisser le nombre de certaines interventions, qu'elles soient liées au secours aux personnes en détresse (pompiers), à la tranquillité publique (interventions police secours pour troubles signalés, patrouille de police pour la verbalisation de consommation de stupéfiants sur la voie publique) ou à la salubrité (intervention des services de voiries pour le ramassage par les services de voiries des seringues et autres matériels abandonnés, ainsi que le nettoyage de l'espace public).

1.2.4 Aucune autre expérimentation n'ayant vu le jour depuis 2016, la place des deux HSA reste très minoritaire dans la politique de réduction des risques

Plusieurs projets d'ouverture de HSA ont été portés à la connaissance de la mission, avec des stades d'avancement très variables ; les éléments qui suivent visent à éclairer les commanditaires, sans prétendre à l'exhaustivité.

Le projet porté à Marseille est le seul, en dehors des deux salles expérimentatrices, dont le ministère chargé de la santé ait été saisi officiellement. Le projet a été proposé en décembre 2023 et examiné en comité de pilotage national. Si le constat d'une consommation croissante et problématique de stupéfiants dans l'espace public est partagé, le choix de l'emplacement de la HSA a bloqué le projet, en amoindissant le soutien de plusieurs acteurs locaux, face à la forte mobilisation de certains riverains. L'arrêté d'autorisation n'a pas été signé.

A Lille, un premier projet élaboré en 2021 a été abandonné faute de consensus entre les acteurs locaux, alors que tous les Caarud étaient parties prenantes au projet ; les critiques formulées à l'égard du lieu d'implantation (légèrement excentré mais proche de l'hôpital) et l'opposition de certains riverains ont conduit les services de l'Etat à ne pas soutenir le projet.

A Bordeaux, le porteur du Caarud de centre-ville a déposé un projet auprès de l'ARS Nouvelle-Aquitaine en mai 2024. A ce stade, le projet n'a pas fait l'objet d'une analyse de la part de l'ARS ni de la mise en place d'un comité de pilotage local ; il n'existe pas à ce stade de diagnostic partagé.

A Lyon, un projet est porté depuis 2022 par une association locale avec le soutien financier de l'ARS pour établir un diagnostic et initier la concertation ; le comité de pilotage local n'a pas été lancé. Enfin, d'autres municipalités se sont également montrées intéressées, sans que des projets formalisés n'aient vu le jour, ainsi à Nantes, Besançon, Rouen et Nancy.

En dépit de ces projets, il n'existe toujours en France que deux HSA. Ainsi, la place des HSA reste en pratique très limitée au sein des dispositifs de réduction des risques et des dommages, avec un effet de distorsion important entre la place symbolique qu'elles occupent dans le débat public et leur portée réelle : elles accueillent au total moins de 1 600 usagers en file active, soit moins de

1 % des 342 000 usagers problématiques de drogues²⁹ estimés en France³⁰, dont 129 000 pratiquent l'injection intraveineuse.

2 La consommation supervisée est bénéfique sur le plan sanitaire, mais ne saurait répondre à tous les maux d'un public très désaffilié et exposé à une disponibilité accrue des stupéfiants

2.1 Les évaluations scientifiques ont démontré que la consommation supervisée diminue les risques de transmission infectieuse, de surdoses et d'affections somatiques chez les injecteurs

Cf. annexe 3 : efficacité des salles de consommation supervisée : éclairages scientifiques et internationaux

2.1.1 Fréquenter une salle de consommation supervisée réduit les risques sanitaires pour les injecteurs, selon plusieurs études internationales

Scientifiquement, plusieurs bénéfices sanitaires sont attestés par les études étrangères publiées dans des revues à comité de lecture depuis le début des années 2000 portant sur l'impact individuel, communautaire ou sociétal des salles de consommation supervisée.

Les salles de consommation permettent de réduire les pratiques d'injection dangereuses : le fait de consommer dans un espace protégé, sans précipitation et en bénéficiant de matériel stérile et d'une supervision constitue le principal facteur de réduction des risques pour les injecteurs. Ainsi, 75 % des usagers de la salle de Vancouver déclaraient que leurs pratiques d'injection avaient changé avec la salle : moins de réutilisation des seringues, d'injections précipitées ou à l'extérieur, plus d'utilisation d'eau neuve, de filtration avant l'injection, d'injections sur une zone propre, de facilités à trouver une veine et d'utilisation d'un container spécifique pour les seringues usagées.

Les espaces de consommation supervisée permettent également de réduire les pratiques les plus à risque de transmission infectieuse. Historiquement liés à l'épidémie de VIH-Sida, ces espaces avaient pour objectif premier de réduire le partage de matériel et, *in fine*, la transmission infectieuse ; la transmission du VIH et du VHC a donc été largement étudiée après l'ouverture des SCMR. A Vancouver, la réduction du partage de seringues chez les utilisateurs de la salle coïncidait avec l'ouverture du dispositif. A Sydney, parmi une cohorte d'injecteurs recrutés au hasard au sein des usagers de la salle, on constatait une corrélation chez les personnes séronégatives au VIH entre l'utilisation de la salle et une probabilité réduite d'échanger des seringues.

²⁹ Usager problématique : usager de drogues par voie intraveineuse ou usager régulier d'opioïdes, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âge de 15-64 ans (définition de l'EUDA).

³⁰ Chiffres-clés de la Mildeca, données 2019.

Les études publiées montrent par ailleurs une baisse des surdoses mortelles et des passages aux urgences pour intoxication aux stupéfiants. Selon une méthode avant/après, une étude de 2011 sur la salle *Insite* de Vancouver a montré une réduction de 35 % de la mortalité par surdose à moins de 500 mètres autour de la salle, comparativement à une baisse de 9,3 % dans le reste de la ville. Une étude de cohorte a par ailleurs démontré que l'utilisation fréquente de la salle était associée à un risque de décès plus faible, indépendamment des facteurs connus de mortalité. Enfin, à Sydney, le nombre d'appels liés à une surdose auprès des services d'urgences a diminué après l'ouverture de la salle, en particulier aux horaires d'ouverture de la salle.

Les salles améliorent l'accès aux services de santé et de réduction des risques, et aux programmes de traitement des addictions, comme l'ont montré plusieurs études entre 2014 et 2021.

Enfin, les espaces de consommation supervisée pourraient également contribuer à réduire la quantité de produit consommée, selon des données récentes à consolider ; ainsi, le bilan d'activité de la salle de Bruxelles (ouverte en mai 2022) montre une baisse de la fréquence des consommations, et une diminution de la quantité du produit absorbé (jusqu'à 50 % en moins), ce qui constitue en soi une réduction des risques.

Jusqu'à récemment, ces résultats souffraient toutefois d'une insuffisante robustesse méthodologique en raison de variables géographiques limitant le caractère transférable des résultats et d'une hétérogénéité de la terminologie, des méthodes et des approches retenues. L'évaluation réalisée dans le cadre de l'expérimentation des deux SCMR françaises a renforcé la qualité de la preuve scientifique, grâce à une enquête longitudinale sur une population d'utilisateurs de deux salles avec un groupe de contrôle n'y accédant pas, ce qui permis une meilleure comparabilité, de mieux isoler la plus-value des SCMR par rapport aux autres dispositifs de réduction des risques et des dommages et de neutraliser les biais possibles.

2.1.2 En France, l'Inserm a établi la plus-value sanitaire des salles grâce à une approche longitudinale avec groupes témoins publiée en 2021

Une évaluation scientifique de l'expérimentation des SCMR était prévue par l'arrêté du 22 mars 2016 ; confiée à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), le rapport a été publié en 2021.

L'étude Cosinus³¹ repose sur le suivi longitudinal de 12 mois³² d'une cohorte de 665 injecteurs de substances psychoactives fréquentant une SCMR à Paris et Strasbourg et de deux groupes témoins d'injecteurs dans des villes où les SCMR n'existent pas (Marseille et Bordeaux). Les évaluations internes (comité scientifique international) et externes (publications dans des revues à comité de lecture) attestent de la robustesse méthodologique de l'étude.

³¹ Inserm : Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique (2021) ; étude Cosinus : COHorte pour l'évaluation des facteurs Structurels et Individuels de l'USage de drogues.

³² Avec un entretien à 0 mois (M0), 6 mois (M6) et 12 mois (M12) pour chaque personne suivie.

L'étude Cosinus est la première à établir un lien entre la fréquentation d'une SCMR et une réduction de la survenue d'abcès, de contaminations infectieuses et les surdoses :

- risque moindre de complication au point d'injection grâce à une meilleure hygiène des mains ; la prévalence des abcès chez les usagers de la salle est plus faible de 4 points au premier entretien (M0), puis 4,9 points à 6 mois et 10,6 points à 12 mois ;
- diminution des surdoses non mortelles : 11,1 % des personnes qui ne fréquentent pas une SCMR ont connu au moins un épisode de surdose non mortelle au cours des 6 derniers mois, contre 7,6 % des usagers d'une SCMR ;
- baisse des passages aux urgences : les usagers des SCMR ont un risque d'être admis aux urgences pour surdose inférieur de 5 points lors du premier entretien (M0), 6,2 points à 6 mois et 12 points à 12 mois.

Sur une période de 10 ans à partir de l'ouverture des SCMR, les projections de l'Inserm estiment que les SCMR de Paris et de Strasbourg permettraient d'inclure, respectivement, 2 997 et 2 971 injecteurs et d'éviter :

- 6 % des infections VIH et 11 % des infections VHC ;
- 69 % des surdoses ;
- 71 % des passages aux urgences ;
- 77 % des abcès et des endocardites associées.

La réduction de l'incidence de ces événements se traduirait par 22 et 21 décès évités sur 10 ans pour la SCMR de Paris et de Strasbourg, respectivement.

L'évaluation économique des SCMR déclinée en « Cosinus-éco »³³ approche les coûts médicaux évités grâce aux salles³⁴ : sur une projection de 10 ans, la salle de Paris permettrait d'économiser 6,0 millions d'euros (M€) et celle de Strasbourg 5,1 M€, en diminuant les coûts liés aux passages aux urgences, aux complications somatiques, aux surdoses et aux infections au VHC. L'étude estime cependant que les coûts de structure des SCMR restent deux fois supérieurs aux coûts médicaux évités.

L'accès aux soins doit être amélioré : les usagers des SCMR sont moins nombreux à avoir eu une consultation chez un médecin généraliste ou spécialiste au cours des six derniers mois par rapport au groupe témoin. Le profil de très grande précarité, notamment à Paris, est susceptible d'expliquer ces difficultés persistantes d'accès aux soins. En outre, l'étude ne montre pas de différence significative entre les groupes pour l'accès à un traitement de substitution aux opiacés et au dépistage du VHC.

Les conclusions de l'étude Inserm ont permis de renforcer la qualité de la preuve scientifique du bénéfice sanitaire des SCMR. Sollicité par la mission, le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) s'est appuyé sur cette étude pour actualiser sa position en affirmant la nécessité de

³³ 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.

³⁴ Si la robustesse méthodologique de ces projections apparaît, de l'avis même des auteurs de l'étude, imparfaite, les ordres de grandeur et les raisonnements constituent des *proxis* utiles pour l'évaluation.

maintenir les deux salles existantes et d'envisager de nouvelles implantations en fonction des besoins géographiques. Par ailleurs, le CNOM a réaffirmé « *la nécessité de renforcer la politique de prévention des addictions et de développer la prise en charge des patients usagers de drogue* »³⁵. En revanche, l'académie de médecine n'a pas modifié sa position réservée à l'égard des espaces de consommation supervisée³⁶, considérant qu'il convient de « *ne pas cautionner des pratiques illicites, qui facilitent l'usage de drogues dont on ne connaît ni l'origine ni la composition, et qu'il est impératif d'effectuer une prise en charge médicale de ces patients pour leur proposer des voies thérapeutiques existantes à leur addiction* ».

2.1.3 Les haltes soins addictions constituent un capteur des nouvelles tendances de consommation de stupéfiants qui doit être renforcé

Toutes les études soulignent l'utilité des espaces de consommation supervisée pour collecter des indices sur les nouvelles consommations et identifier les tendances émergentes. Ainsi, en Allemagne, les ECS sont utilisés pour préparer l'action sanitaire du gouvernement fédéral, en particulier « *sur la diffusion du fentanyl consommé involontairement et ajouté à l'héroïne de rue, réduire le nombre de cas d'urgences et de décès liés aux opioïdes et se préparer à une éventuelle augmentation de la diffusion du fentanyl* ».

En France, la montée en puissance du fentanyl a pu être observée grâce à la HSA de Strasbourg, qui a repéré ce produit et documenté la manière dont les consommateurs extraient des patchs de Durogesic® le principe actif pour se l'injecter (« patch cuisiné »). La mission estime que ces remontées de terrain sont très précieuses pour adapter la politique sanitaire pour lutter contre le mésusage et prévenir les risques associés.

Les HSA ne sont pourtant pas autorisées à pratiquer l'analyse des produits consommés en leur sein³⁷, à la différence des Caarud ; lors du lancement de l'expérimentation, le législateur n'avait pas souhaité ouvrir cette possibilité afin de ne pas surcharger les salles. Les professionnels réclament pourtant ce changement qu'ils s'estiment en capacité de déployer, après huit années d'expérimentation, et qui permet de prévenir les risques de surdose.

La mission recommande d'autoriser l'analyse des produits consommés en HSA pour en connaître la concentration, d'une part dans un objectif de réduction des risques et des dommages pour les consommateurs, et d'autre part pour renforcer le rôle de « capteurs » des salles.

Recommandation n°1 [DGS] autoriser l'analyse des produits consommés dans les haltes soins addictions pour en connaître la composition ainsi que la concentration et la pureté en principes actifs.

Par ailleurs, les deux HSA ne sont pas embarquées dans l'ensemble des dispositifs de veille sanitaire relative à la consommation de drogues pilotés par l'Observatoire français des drogues et tendances addictives (OFDT).

³⁵ Position de la présidente de la section santé publique transmise à la mission en juillet 2024, suite à la réunion en assemblée du CNOM pour un état des lieux de l'expérimentation des HSA du 28 juin 2024.

³⁶ Avis pour la cellule « Addictions » de l'académie nationale de médecine rattachée à la commission IV.

³⁷ Si la HSA de Strasbourg participe au réseau « Analyse ton prod' » de la Fédération addictions, il s'agit cependant d'une analyse qui n'est ni pratiquée par la salle ni systématique.

Le dispositif TREND (Tendances récentes et nouvelles drogues) vise à identifier et décrire l'évolution des tendances et des phénomènes émergents liés aux produits psychotropes illicites ou détournés de leur usage. Il s'appuie sur un réseau de huit agglomérations métropolitaines (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes et plus ponctuellement Grenoble), ainsi que la Réunion. Strasbourg n'y figure pas ; la HSA de Paris n'y contribue qu'indirectement³⁸.

Le dispositif SINTES (Système d'identification national des toxiques et des substances) repose sur un réseau de 17 coordinations locales, porté par autant de structures partenaires ; il permet la surveillance de la composition de produits psychoactifs collectés au plus près des usagers de drogues ; la HSA de Strasbourg contribue au dispositif, mais pas la HSA de Paris.

Le Fonds national de lutte contre les addictions ayant accordé son soutien financier (plan d'action 2024) à un projet porté par l'OFDT visant à structurer et à renforcer les dispositifs TREND et SINTES à partir de l'automne 2024, la mission recommande de saisir cette opportunité et d'intégrer pleinement les deux HSA expérimentatrices dans ces deux dispositifs de veille sanitaire.

Recommandation n°2 [OFDT/Mildeca] intégrer pleinement les haltes soins addictions dans les dispositifs de veille sanitaire TREND et SINTES de connaissance des produits stupéfiants et de leurs modes de consommation.

2.1.4 L'évaluation scientifique de l'expérimentation se poursuit

L'évaluation scientifique des SCMR, devenues HSA, va être prolongée et complétée jusqu'en 2025, conformément à l'arrêté portant cahier des charges des HSA, qui prévoit la mise en place et le financement d'une évaluation indépendante de cette nouvelle phase de l'expérimentation, placée sous la responsabilité de la Mildeca.

En cours de déploiement à compter de juin 2024 par le laboratoire de recherche Reshape des hospices civils de Lyon, cette évaluation scientifique doit nourrir le rapport du Gouvernement au Parlement six mois avant la fin de l'expérimentation, soit le 30 juin 2025. Cette évaluation doit prolonger les indicateurs mis en place par Inserm en 2021 et apporter des réponses à deux questions spécifiques relatives à l'inscription des usagers des HSA dans un parcours de soins et à leur acceptabilité sociale.

Comme indiqué *supra*, la mission IGA-Igas ne se confond pas avec cette évaluation scientifique réglementairement prévue, en raison de méthodes, d'enjeux et de temporalité qui diffèrent.

2.2 Les haltes soins addictions ne sauraient répondre seules aux difficultés sanitaires et sociales d'un public en grande désaffiliation

2.2.1 La plupart des usagers des HSA sont en désaffiliation sociale et sanitaire

L'annexe 4 détaille le profil sanitaire et social des usagers des haltes soins addictions.

³⁸ La HSA Gaïa contribue indirectement à TREND, puisque le coordinateur de l'association Oppelia Charonne dispose d'un mi-temps pour TREND à Oppelia Charonne et d'un mi-temps d'intervenant à Gaïa.

La grande majorité des usagers des HSA n’a pas d’hébergement durable³⁹, ce qui alimente la consommation dans l’espace public. A Paris, 79 % des usagers de la salle sont sans-abri (52 %) ou en logement précaire, comme 65,3 % des usagers de la HSA de Strasbourg (35 % à la rue ou en squat, 30 % en logement précaire). Le *sans-abrisme* constitue le premier motif de consommation dans l’espace public, faute de lieu privé où consommer. Il entretient le cycle de l’addiction, la consommation de stupéfiants permettant d’en apaiser les conséquences les plus immédiates comme les troubles anxieux, l’insécurité, le froid ou la faim.

La précarité sociale et sanitaire s’accroît : en 2023, 49 % des usagers de la salle parisienne et 27 % des usagers de la salle de Strasbourg n’ont aucune couverture sociale (+10 points par rapport à 2021) au moment de leur inclusion. 65 % des usagers de la HSA de Paris sont sans ressources, 30 % à Strasbourg. A Paris, 38 % des personnes déclarent, au moment de l’inclusion, être positifs à l’hépatite C et 6 % au VIH ; pour 47 % des personnes, le dernier dépistage remonte à plus de six mois.

Les femmes sont sous-représentées mais sur-fragilisées. Elles représentent moins de 15 % des usagers des HSA, mais sont très sévèrement touchées par la désinsertion sociale et particulièrement exposées aux violences, y compris sexuelles, et aux décompensations psychiatriques. Vulnérables parmi les plus vulnérables, l’expérimentation d’hébergement de Strasbourg permet de les mettre à l’abri et d’accueillir deux fois plus de femmes qu’en HSA (30 %).

Tableau 3 : Profil des usagers des HSA en 2023

	HSA Gaïa Paris	HSA Argos Strasbourg
Nombre de personnes ayant fréquenté la salle au moins une fois dans l’année	781	824
<i>Part des femmes dans cette file active</i>	14 %	14 %
Âge moyen des consommateurs au moment de l’inscription (inclusion)	42 ans	41,4 ans
Part des usagers résidant hors agglomération au moment de l’inclusion	35 %	20 %
Part des usagers en logement précaire au moment de l’inclusion	79 %	65 %
<i>dont en situation de rue ou en squat</i>	52 %	35 %
Part des usagers sans couverture sociale de base au moment de l’inclusion	51 %	27 %
Part des usagers sans ressources ni minima sociaux au moment de l’inclusion	65 %	30 %

Source : Mission à partir des bilans des deux HSA expérimentatrices.

De nombreux usagers des HSA connaissent des parcours de vie traumatiques. Les professionnels de la HSA estiment à 40 % la part des personnes issues de l’aide sociale à l’enfance. A Paris, les parcours migratoires traumatiques sont nombreux ; à Strasbourg, si les usagers de la salle sont majoritairement français, le nombre de personnes migrantes augmente avec une forte présence de Géorgiens non francophones, selon les observations des professionnels rencontrés.

Les fragilités psychiatriques sont aggravées par la consommation de substances psychoactives ; les décompensations psychotiques, la dépression majeure et les réactions anxieuses représentent les pathologies psychiatriques les plus fréquentes chez les usagers. Les professionnels des HSA soulignent que les capacités d’accueil des services de psychiatrie et d’addictologie sont insuffisantes et limitent la prise en charge (consultations externes, hôpital de jour, hospitalisation),

³⁹ Une personne est dite sans-domicile un jour donné, si la nuit précédente elle a été dans l’une ou l’autre des deux situations suivantes : soit elle a eu recours à un service d’hébergement, soit elle a dormi dans un lieu non prévu pour l’habitation (rue, abri de fortune) - Insee-Méthodes n°116, 2006

ce qui contribue à (re-)mettre à la rue des malades, alimentant le phénomène de sans-abrisme et d'errance.

La majorité des usagers des HSA sont poly-consommateurs ; lors de leur entretien d'inclusion en 2022, les usagers de la salle parisienne déclarent avoir consommé au cours des 30 derniers jours des opiacés sous forme de sulfate de morphine (Skénan®, 40 % des nouveaux inclus), d'héroïne (38 %), ou de méthadone (30 %), ainsi que des stimulants avec la cocaïne (40 %), du crack (36 %) ; 36 % d'entre eux déclaraient avoir consommé du cannabis, 16 % de l'alcool et 18 % des benzodiazépines.

L'association de plusieurs substances psychoactives vise à en limiter les effets les plus négatifs au risque d'une toxicité accrue, inhérente au cumul d'effets secondaires et à la potentialisation des intoxications aiguës ; c'est le cas du *speedball*, mélange d'opiacé et de cocaïne, inhalé ou injecté, qui est particulièrement dangereux : la cocaïne est un stimulant qui augmente le rythme cardiaque, mais ses effets disparaissent plus rapidement que ceux de l'héroïne qui, à son tour, ralentit le cœur ; le risque est celui d'une surdose à retardement, quand le stimulant cesse d'agir et que les effets de l'héroïne se font pleinement ressentir. Cette pratique est très courante, selon les professionnels des HSA.

2.2.2 Accompagner ce public très fragile vers un parcours de sortie des addictions nécessite une prise en charge sociale

Les usagers des HSA ne sauraient donc être confondus avec d'autres consommateurs dits « récréatifs » et insérés socialement. Pour ces usagers, accéder aux soins et à une prise en charge sociale relève de l'urgence vitale, et les HSA visent spécifiquement ce public en triple fragilité d'addiction, de désaffiliation sociale et de précarité sanitaire.

En prenant la personne là où elle en est dans ses addictions, les HSA constituent un point d'entrée pour renouer un lien social, et l'accompagner dans son accès aux droits et vers un parcours de soins. Accepter de se rendre dans une HSA constitue un premier pas pour les personnes les plus en rupture de lien social. Y construire une relation de confiance, pas à pas, permet aux équipes de savoir à quel moment parler santé, réduction des risques et d'aborder, petit à petit, la question des addictions, enfin et si la personne le souhaite et le peut, de l'orienter vers une structure partenaire pour envisager une prise en charge de ses addictions. La prise en charge de l'addiction et l'engagement d'un processus de réinsertion sociale sont de fait étroitement liés.

La sortie de l'addiction est un processus qui peut prendre de nombreuses années et nécessite un accompagnement étroit et régulier. Les parcours des usagers ne sont pas linéaires et sont constitués d'allers-retours entre les hospitalisations, la rue, les incarcérations et parfois les périodes d'abstinence. Le sevrage⁴⁰ est un objectif de principe en réalité très peu atteint ; le sevrage forcé, défini comme médicalement non accompagné, présente un taux de 98 % de rechute, comme les experts en addictologie rencontrés par la mission l'ont souligné. Les traitements de substitution permettent de remédier aux conséquences de la consommation de stupéfiants, licites ou illicites : c'est le cas pour la dépendance à l'alcool (benzodiazépines) et aux opiacés (y compris les substitutifs comme la buprénorphine) ; on estime qu'environ 180 000

⁴⁰ Entendu comme l'interruption totale ou partielle d'une substance psychoactive consommée régulièrement ; cette interruption entraîne un syndrome de manque.

personnes sont sous traitement de substitution aux opiacés. Il n'existe pas de traitement de substitution pour l'addiction à la cocaïne.

Pour des publics aussi vulnérables que les usagers des HSA, la prise en charge des addictions n'est pas possible sans accompagnement sur le plan social, ni mise à l'abri. La rupture de liens sociaux redouble les difficultés de prise en charge des addictions : sans couverture sociale, il n'est pas possible d'accéder aux différents dispositifs hospitaliers en addictologie ; sans hébergement, il est difficile d'accéder à une post-cure après une hospitalisation en addictologie.

Le travail de longue haleine mené par les équipes des HSA en faveur d'une réaffiliation sociale et sanitaire des usagers est primordial pour entamer un parcours de prise en charge des addictions. Cependant, la saturation des dispositifs d'hébergement accompagné ou de mise à l'abri des publics vulnérables (solutions d'aval) limite en pratique les possibilités de prise en charge addictologique que les HSA sont en mesure d'initier.

2.3 Dans un contexte de disponibilité croissante des stupéfiants, les enjeux spécifiques du crack nécessitent prioritairement une mise à l'abri des consommateurs

2.3.1 Les stupéfiants, notamment la cocaïne, sont de plus en plus facilement disponibles

Cf. annexe 2 : Stupéfiants : état de la disponibilité des produits et de leur consommation.

A l'échelle mondiale, la production des drogues est en forte augmentation depuis le milieu des années 2010. Cette tendance concerne plusieurs familles de produits : les opioïdes, comme l'héroïne, les stimulants synthétiques, comme la MDMA-ecstasy, et semi synthétiques, comme la cocaïne, les produits issus du cannabis, etc. Ces productions alimentent un marché ouest-européen parmi les plus importants au monde, caractérisé par une diversification des produits et une disponibilité croissante d'une gamme élargie de drogues, y compris de nouvelles substances psychoactives, souvent d'une grande puissance ou d'une grande pureté.

La France est confrontée à une vague de cocaïne. L'OFDT constate un changement d'échelle dans l'offre disponible. Les quantités saisies ont été multipliées par 5 en 30 ans, passant de 1,8 tonne par an en moyenne dans les années 1990 à plus de 11 tonnes dans les années 2010. En 2022, les saisies de cocaïne ont atteint un nouveau record, avec 27,7 tonnes.

L'augmentation de la quantité de cocaïne disponible s'accompagne d'une chute des prix, qui en facilite l'accès par des publics de plus en plus larges. En trente ans, le prix de la cocaïne a été divisé par 4,5 ; bien qu'il concerne une fraction réduite de la population adulte, l'usage dans l'année n'a cessé de progresser durant vingt ans : il concerne 2,7 % des adultes en 2023 (vs 1,6 % en 2017) selon l'OFDT. En conséquence de cette accessibilité accrue, on constate une diversification des profils des consommateurs : la forme poudre (majoritaire) n'est plus limitée aux personnes les plus insérées, tandis que la forme basée (crack) ne se limite plus aux populations les plus marginalisées.

Le crack ou cocaïne basée (également appelée « cocaïne base », « freebase », « base ») désigne le même produit. Il s'agit de la forme solide et fumable de la cocaïne. La cocaïne basée est issue d'une transformation (basage) de la chlorhydrate cocaïne, par l'adjonction d'un composé basique, le bicarbonate de sodium ou l'ammoniaque.

Avec cette très grande disponibilité, la part de l'inhalation de cocaïne basée ne cesse d'augmenter dans les modes de consommation, même si la cocaïne est également injectée par une part importante des usagers, notamment parmi les plus jeunes. L'héroïne demeure la première substance injectée (57 % des usagers de Caarud), mais elle est devancée par la cocaïne chez les plus jeunes (38 % chez les moins de 25 ans). La consommation par injection ne disparaît pas pour autant, puisqu'elle peut s'ajouter à des consommations inhalées : seule sa part relative diminue, alors qu'il y a de plus en plus de consommations.

En mars 2023, Santé publique France alertait sur les conséquences de la hausse de consommation de cocaïne, quelle que soit sa forme. Les passages aux urgences les plus graves résultent des opioïdes (risque d'arrêt respiratoire mortel), cependant les plus nombreux sont liés à la cocaïne, avec des complications cardiaques et psychiatriques ; ils ont été multipliés par plus de 3 entre 2010 et 2022 pour atteindre 23 335 passages, soit 72 par semaine. La cocaïne n'a pas d'antidote en cas d'intoxication, contrairement aux opiacés.

2.3.2 A Paris, la HSA n'est pas en mesure de répondre seule à la problématique du crack, qui appelle prioritairement des solutions d'hébergement

Le crack présente des enjeux spécifiques en raison de la très forte addiction au produit qui génère une consommation frénétique et accélère la désocialisation des consommateurs. Cette forme de cocaïne, vendue déjà préparée sous la forme d'une « galette » (de 50 mg à 200 mg) ou de « cailloux » (4 à 6 par galette) est l'objet d'un trafic de revendeurs de rue, principalement dans le nord-est parisien. Dans d'autres grandes villes, les consommateurs « cuisinent » eux-mêmes la cocaïne pour la baser. Si le crack est très majoritairement inhalé, la pratique d'injection n'est pas marginale chez les plus précaires.

Ces consommateurs cumulent souvent plusieurs problématiques : poly-addiction sévère assortie de comorbidités et souvent, de pathologies psychiatriques, exclusion sociale et *sans-abrisme*, parcours traumatique d'une grande violence.

Le crack se caractérise par une dépendance très forte au produit engendrant le besoin de consommer et de reconsommer sur place, qui a un réel impact sur la voie publique et la qualité de vie des riverains. Ce produit stimulant est souvent consommé la nuit, pour éviter de s'endormir et ne pas être agressé ou volé. Contrairement à d'autres pratiques, sa consommation est le plus souvent collective dans une dynamique de regroupement de consommateurs. La consommation de crack génère des décompensations psychiatriques sévères, notamment de la paranoïa.

En l'absence de traitement de substitution⁴¹, la prise en charge de l'addiction au crack passe nécessairement par une mise à l'abri. Dans le cadre du plan conjoint de la préfecture régionale d'Île de France, la préfecture de police de Paris, la ville de Paris, et l'Agence régionale de santé,

⁴¹ Il n'existe pas de traitement de substitution à la cocaïne, dont le crack est issu.

couramment dénommé « plan crack »⁴², le dispositif d'hébergement (Assore, 610 places dans 69 hôtels d'Ile de France) et de deux espaces de repos déployés sur Paris a permis d'observer que l'hébergement, en offrant une possibilité de dormir sous abri et de supprimer des stress liés à la vie à la rue, diminue la frénésie de consommation, ce qui est en soi une réduction des risques par la maîtrise et la diminution de la consommation (stratégie dite de « coping »), puisque chaque prise de crack est neurotoxique.

Jugé efficace par l'ensemble des acteurs, le « plan crack » présente toutefois des limites. Il manque des places d'hébergement accompagné en aval, pour stabiliser les personnes et fluidifier l'accès au dispositif. Si le plan crack a permis de faire passer de 800 à 100 le nombre de consommateurs de crack en errance dans Paris, ceux qui demeurent à la rue errent sans fin ; la préfecture de police de Paris indique disperser ces personnes très régulièrement pour éviter que ne se reconstituent des regroupements de consommateurs, mais sans avoir où les adresser puisqu'il n'y a pas de structures permettant l'inhalation supervisée de crack à Paris.

En effet, la HSA de Paris ne permet plus l'inhalation et ne l'a jamais permise pour les consommateurs inhalateurs non injecteurs⁴³. Les responsables de la salle ne souhaitent pas rouvrir les postes d'inhalation, considérant que la HSA de Paris serait le seul lieu ouvert à l'inhalation de crack, et que ce dispositif serait complètement sous dimensionné au regard de l'agglomération, alors même que la file active des injecteurs ne cesse d'augmenter. Pourtant, les responsables de la salle estiment que 80 % des injecteurs qui la fréquentent consomment aussi du crack inhalé.

3 Les espaces de consommation supervisée contribuent à améliorer la tranquillité publique et ne génèrent pas de délinquance spécifique

3.1 La consommation supervisée permet d'améliorer la physionomie de quartiers touchés par la consommation de drogue dans l'espace public

3.1.1 Les salles ont ouvert dans des quartiers préalablement concernés par la consommation de stupéfiants dans l'espace public

Les espaces de consommation supervisée ne créent pas la consommation de stupéfiants dans l'espace public, ils y répondent. Les salles sont installées au plus près des lieux de consommation de drogues dans l'espace public, d'une part pour faire cesser les nuisances associées et d'autre part, pour toucher des personnes que leurs fragilités physique, psychologique et sociale éloignent des structures d'accueil et de prise en charge.

⁴² Cf. annexe 2.

⁴³ Pour mémoire, l'inhalation a été possible jusqu'au coronavirus, mais n'était accessible qu'aux personnes par ailleurs injectrices, le cahier des charges des SCMR du 22 mars 2016 prévoyant que seuls les consommateurs injecteurs pouvaient accéder à la salle. La possibilité d'y être accueillis également pour les consommateurs inhalateurs a été introduite par l'arrêté modificatif du 15 juillet 2019 (voir annexe 7).

L'existence de « scènes ouvertes » regroupant de nombreux consommateurs dans l'espace public est un critère majeur, mais pas obligatoire pour l'ouverture d'une salle ; dans de nombreuses villes de taille intermédiaire, la consommation dans l'espace public est diffuse : les personnes se regroupent à deux ou trois, mais ne forment pas un rassemblement enkysté et problématique.

C'est bien parce qu'il y a consommation dans l'espace public qu'on ouvre un espace de consommation supervisée, ce n'est pas la salle qui crée le problème des drogues, comme le montrent les études scientifiques internationales. Il importe donc de ne pas confondre cause et conséquence lorsqu'on aborde l'impact des espaces de consommation supervisée sur la tranquillité publique. La HSA de Paris a été installée à proximité immédiate de la gare du Nord, un quartier où les trafics en tous genres, la consommation de substances illicites et les phénomènes d'errance préexistaient à la salle.

Strasbourg fait en revanche figure d'exception : la consommation de drogues était diffuse dans la ville, et seuls quelques points de revente, sans consommation notable, étaient identifiés à toute proximité des hôpitaux universitaires de Strasbourg. Malgré cela, la configuration du lieu est apparue idéale et a opportunément primé sur la proximité de points de consommation, avec un travail de médiation pour orienter vers la salle les usagers des différents points de la ville.

3.1.2 Les espaces de consommation supervisée sont une réponse de tranquillité publique dans les quartiers les plus touchés

Les retours d'expérience attestent que les espaces de consommation supervisée améliorent la tranquillité publique dans les quartiers où les nuisances associées à la consommation de drogues dans l'espace public étaient fortes. L'impact des espaces de consommation supervisée sur la tranquillité publique se mesure avec l'évolution des nuisances liées à la consommation dans l'espace public, comprenant les intrusions dans les espaces privés, les nuisances sonores, la vue de personnes injectant et la présence de déchets usagés, dont des seringues à risque, dans l'espace public.

Objectif premier des espaces de consommation supervisée, la baisse du nombre d'injections dans l'espace public est constatée sur le plan international : les consommations qui avaient lieu dans l'espace public (voies publiques, parcs, gares), semi-public (parkings, sanisettes, cabines de téléphone...), voire dans des espaces privés (halls d'immeubles...) sont en partie abritées. Le logiciel de suivi de la salle de Bruxelles a permis d'établir que 80 % d'entre eux auraient consommé dans la rue si la salle n'existait pas. En France, depuis le début de l'expérimentation, ce sont près de 550 000 injections qui ont été abritées par les deux HSA.

Les salles permettent également de prendre en charge des personnes en très grande détresse plutôt que de les laisser en errance, les forces de police pouvant dès lors se concentrer sur d'autres problématiques de délinquance générale, comme le souligne la préfecture de police de Paris. Les riverains disposent d'une ligne téléphonique pour signaler une situation problématique en lien avec la salle ; cette démarche est globalement appréciée des riverains et partenaires.

Les espaces de consommation supervisée contribuent singulièrement à réduire les déchets de matériel de consommation abandonnés dans l'espace public, en lien avec les autres dispositifs de réduction des risques (Caarud, distributeurs de seringues, notamment). Les responsables des salles y sont très attentifs : le matériel est systématiquement récupéré et des maraudes de ramassage sont intégrées dans les activités quotidiennes des équipes des salles :

- les études internationales ont conclu à une réduction importante des seringues dans l'espace public : -50 % à Sydney, -76 % à Barcelone, -50 % à Vancouver et -83 % à Rotterdam ;
- à Paris, le nombre de seringues ramassées autour de la HSA est passé de 150 à moins de 10 par jour ; le commissariat du 10^e indique être parfois interpellé pour des seringues, mais « *infiniment moins qu'avant* » ;
- dans les villes où il n'existe pas de HSA mais où il y a des injecteurs, le nombre de seringues dans les espaces interstitiels de la ville reste très important (parkings, parcs etc.).

3.2 Toutes les nuisances liées à la drogue ne disparaissent pas pour autant

3.2.1 Si les espaces de consommation supervisée améliorent la physionomie de quartiers touchés par la drogue, ils ne peuvent pas régler tous les problèmes qui en découlent.

Il reste de la consommation dans l'espace public :

- certains usagers des HSA continuent de consommer principalement dans l'espace public ; une personne peut tout à fait venir quotidiennement sur une période donnée puis fréquenter la salle de façon sporadique ;
- si les salles sont ouvertes 7 jours sur 7, elles ne fonctionnent pas 24 heures sur 24, il peut donc y avoir de la consommation dans l'espace public lorsqu'elles sont fermées ;
- dans l'agglomération parisienne, une seule HSA ne peut pas accueillir tous les consommateurs de l'agglomération ; pour mémoire, il y a 7 ECS à Berlin (4 salles fixes et 3 salles mobiles), 4 à Hambourg et 4 à Francfort, 2 à Cologne ;
- à Paris, la HSA n'est pas en mesure d'accueillir les inhalateurs, comme vu *supra* et bien qu'il s'agisse d'un mode de consommation qui progresse, parmi les plus problématiques ;
- à Paris principalement, des usagers sont régulièrement exclus à la journée de la salle en raison de comportements violents ou du non-respect des règles ; ils peuvent rester aux abords de la salle, par habitude, et y consommer, voire dégrader la tranquillité publique.

3.2.2 Si la majorité des riverains exprime des craintes au stade du projet de HSA, de nombreux résidents soulignent, à l'usage, l'effet positif sur la tranquillité publique

Le projet d'ouverture d'un espace de consommation supervisée est systématiquement source d'inquiétude pour les riverains. A Marseille, cette inquiétude a mobilisé un grand nombre d'acteurs, dont certains politisés, qui se sont exprimés publiquement et de manière répétée, conduisant les initiateurs du projet à le retirer, en dépit d'un diagnostic partagé sur une consommation de rue croissante.

Les oppositions de riverains ne se limitent toutefois pas aux projets de HSA, elles concernent tout projet de nouveau dispositif pour des publics précaires ; à Paris, le déménagement du Caarud d'un numéro à l'autre de la rue Doudeauville (18^{ème} arrondissement) a soulevé de nombreuses protestations, tout comme l'installation rue Chardon-Lagache (16^e arrondissement) d'un centre d'accueil et d'orientation pour demandeurs d'asile.

A l'usage, nombreux sont les riverains des HSA qui en constatent l'utilité et plaident pour son maintien, voire pour un meilleur maillage du dispositif. Dans les pays où les ECS sont intégrés depuis plusieurs années dans les outils de réduction des risques, les salles sont plutôt bien accueillies ; au Danemark, 70 à 80 % des riverains déclarent que leur qualité de vie s'est améliorée, et témoignent d'une impression générale positive. A Paris, de nombreux riverains constatent l'utilité de la HSA et estiment qu'elle a amélioré la physionomie du quartier (« *une salle de shoot à ciel ouvert avant la salle* »), alors même que la plupart étaient réservés initialement.

A Paris, des opposants farouches aux espaces de consommation supervisée dénoncent des nuisances. Les riverains opposants indiquent vivre dans un environnement dégradé par des cris des consommateurs dans la rue, des intrusions dans les halls d'immeuble, des rixes, des errances, et dénoncent les consommations à ciel ouvert qui demeurent à proximité de la salle.

Pour des riverains excédés par ces nuisances, la HSA constitue un catalyseur de mécontentements légitimes, mais dont elle n'est cependant pas directement responsable : des confusions sont régulières entre les usagers de la HSA et d'autres publics en errance, qu'ils soient migrants, sans domicile fixe mais non consommateurs de stupéfiants, vendeurs à la sauvette etc. Les HSA continuent d'être associées à des nuisances dont elles ne sont pas forcément la cause : le 10^e arrondissement de Paris reste un secteur avec un niveau de nuisances supérieur à d'autres quartiers, malgré les évolutions positives de la physionomie générale ; ce quartier n'est pas si différent du reste du 10^{ème} : 70 % des appels police secours concernent du tapage.

Quelle que soit l'origine de ces nuisances, elles doivent être entendues et une réponse y être apportée, en particulier dans le cadre du comité de pilotage local ou du comité opérationnel, prévus l'un et l'autre par l'arrêté portant cahier des charges des HSA⁴⁴. De tels échanges peuvent également avoir lieu dans le cadre de démarches partenariales *ad hoc*, telle celle qui est menée par le commissariat du 10^{ème} arrondissement de Paris et qui est saluée par l'ensemble des parties.

3.2.3 L'acceptabilité d'un espace de consommation supervisée apparaît très liée aux nuisances qui préexistent

Une HSA peut être un outil de consensus lorsqu'elle apporte des réponses aux riverains face à un problème localisé de consommation et de vente de stupéfiants. Dans ces quartiers, la plus-value de la HSA à faire baisser drastiquement la consommation dans l'espace public apparaît plus clairement aux habitants qui subissent les nuisances associées.

⁴⁴ A Paris, un comité opérationnel a été mis en place par la mairie du 10^{ème} arrondissement en 2016 sous le nom de comité de voisinage devant se tenir toutes les 6 à 8 semaines. Il ne s'est toutefois pas réuni entre mars 2021 et avril 2024. A Strasbourg, le comité de pilotage local se tient chaque année depuis le début de l'expérimentation.

Toutefois, l'acceptabilité dans ces quartiers peut être fragilisée par un rejet de la population qui ne veut plus rien avoir à faire avec les consommateurs et les trafiquants de drogue. A Barcelone, l'augmentation des « narco-appartements » depuis 2015 a eu un impact sur la sécurité des quartiers concernés, en raison de la violence liée au trafic, et indirectement, sur l'acceptabilité de la SCM ; la salle locale a fait l'objet de demandes récurrentes de déplacement par les riverains, qui dénoncent les bagarres qui se déroulent aux abords de la salle entre des consommateurs très violents, expulsés de la salle pour cette raison ; le nombre de patrouilles de police a été renforcé, mais les riverains restent mobilisés pour réclamer le déplacement de la salle.

Ce sentiment de « ras-le-bol » peut être renforcé dans ces quartiers qui concentrent les dispositifs à caractère social et les problématiques de drogues, comme dans certains quartiers de Montréal (pauvreté, trafic de stupéfiants, implantation des dispositifs sanitaires et sociaux, notamment), où les habitants sont très opposés à l'installation d'espaces de consommation supervisée.

L'acceptabilité sociale des salles dépend enfin de la qualité d'insertion dans un dispositif global. Dans une approche « la plus intégrée possible », le Canada invite à sélectionner des sites offrant la proximité de services d'accompagnement. C'est également l'idée en Espagne, où les salles sont souvent associées à un établissement de santé, mais aussi en Grèce, où, dans une philosophie de regroupement des services, il a été choisi un site déjà identifié, hébergeant également un centre de jour. Barcelone a opté pour une stratégie de dispersion des salles dans les quartiers, pour constituer un maillage permettant d'éviter de concentrer tous les publics en un seul lieu.

3.3 Ces dispositifs ne font pas augmenter la délinquance

Précautions méthodologiques

(1) Les chiffres de la délinquance en matière de répression de la consommation et de cession de stupéfiants sont directement liés à l'activité des services de police et de gendarmerie. Ils reposent sur les constatations des services et sont tributaires des aléas de leurs priorités d'activité. Pour évaluer l'impact sur la délinquance des deux HSA de Paris et Strasbourg, la mission a donc intégré aux données recueillies les infractions de voie publique (atteintes aux biens, vols avec violences, recels etc.) qui peuvent être commises par des consommateurs pour se procurer des produits stupéfiants et les déclarations de main courante ou les appels police secours liés (consommation dans l'espace public et nuisances engendrées).

(2) Les infractions observées ne peuvent par ailleurs pas être imputées à la seule présence d'une HSA ; si des corrélations peuvent être établies, aucune causalité n'en découle automatiquement. (3) Enfin, l'instauration en 2021 de l'amende forfaitaire délictuelle pour détention de produits stupéfiants, en facilitant la constatation et la poursuite des infractions d'usage de stupéfiants, a fait mécaniquement progresser le chiffre des infractions à l'article L 3421-1 du code de la santé publique (usage illicite de produits stupéfiants), en simplifiant la constatation et la poursuite de l'infraction.

3.3.1 A l'étranger, les espaces de consommation supervisée n'ont pas fait augmenter la délinquance, qui peut rester élevée dans des zones fortement touchées par les trafics

Plusieurs études internationales ont montré que les espaces de consommation supervisée n'engendrent pas d'augmentation de la délinquance. À Vancouver comme à Sydney, il n'y a pas eu d'augmentation de trafic de drogues, d'agressions ou de vols secondaires après l'ouverture de salles.

Les services de sécurité intérieure des ambassades (SSI)⁴⁵ pointent par ailleurs des résultats globalement neutres des espaces de consommation supervisée sur la sécurité publique. En Suisse, les ECS n'engendraient pas d'augmentation du trafic de stupéfiants et de la criminalité, et n'ont pas d'effet incitatif qui pousserait la population générale vers les drogues. En Grèce, la salle contribuerait à réduire les comportements délictuels ; il n'y a pas de faits de violence et d'activités criminelles signalés à l'intérieur ou à proximité de la salle. Au Canada, la police de Vancouver ne relaie pas d'augmentation des trafics de drogue à proximité des salles (bien que les trafics qui préexistaient se poursuivent), malgré une augmentation générale de la délinquance de voie publique. A New-York, il n'y a pas eu de hausse significative des crimes enregistrés par la police ou des appels aux services d'urgences dans les quartiers où se situent les deux salles.

Cependant, les SSI mentionnent des difficultés localisées : à Luxembourg, le sentiment d'insécurité semble renforcé par la présence des consommateurs et vendeurs de drogues et la situation sécuritaire apparaît dégradée en centre-ville, sans toutefois qu'un lien de causalité puisse être établi entre la salle et l'augmentation des trafics. A Toronto, la police constate également une augmentation de l'insécurité aux abords de la salle du centre-ville : vols, agressions, peur de la part du voisinage, etc., notamment la nuit, quand la salle est fermée.

3.3.2 Les injecteurs fréquentant une HSA déclarent avoir commis moins de délits que les usagers n'ayant pas accès à la consommation supervisée

L'existence d'un espace de consommation supervisée pourrait faire baisser les actes de délinquance commis par les usagers de la salle. Dans le cadre de son étude longitudinale d'évaluation des deux salles françaises, l'Inserm a interrogé sa cohorte de 665 injecteurs sur la fréquence de commission de certains délits (délits relatifs à un vol, arnaques, recel⁴⁶) au cours du dernier mois, à chaque étape du suivi. Les usagers des SCMR de Paris et Strasbourg déclarent moins de délits que ceux qui n'en bénéficient pas (Bordeaux et Marseille) et la probabilité de commettre un délit est réduite d'une dizaine de points dans le groupe bénéficiant d'une salle : 27,8 à 29,5 % des participants de l'étude non exposés à une SCMR déclarent avoir commis un délit au cours du dernier mois, contre 15,8 à 22,4 % des personnes fréquentant une SCMR.

Si une sous-déclaration est probable, celle-ci ne diffère a priori pas entre les cohortes exposées ou non aux SCMR, ce qui ne remet pas en cause le différentiel positif sur les délits déclarés.

3.3.3 La HSA strasbourgeoise « n'est pas un sujet » pour les services de police ou le parquet

L'ensemble des acteurs rencontrés par la mission indique que la HSA de Strasbourg ne pose aucun problème de tranquillité publique ou de délinquance, n'a eu pas eu d'effet d'attractivité sur les consommateurs et n'a généré aucune activité de « deal » ni aucune nuisance dans son environnement.

Le parquet de Strasbourg estime au contraire que la salle apporte une réponse bien adaptée, notamment en raison de son emplacement et qu'elle constitue un observatoire utile pour anticiper de nouvelles pratiques des usagers (fentanyl) ; en matière de tranquillité publique. Les

⁴⁵ Interrogés par la mission en juin 2024.

⁴⁶ Ont été exclus les délits relatifs à l'achat ou à la vente de substances psychoactives illégales, les délits relatifs à une agression ou à de la prostitution ou du racolage.

services de police n'ont jamais été destinataires de courrier de particulier ou d'élu dénonçant des atteintes à la tranquillité ou l'ordre public. Depuis 2017, les infractions liées aux stupéfiants sont en très fort recul sur le secteur de la HSA ; s'agissant des faits de délinquance potentiellement liés aux stupéfiants, l'évolution 2016-2023 ne met pas en évidence d'impact (positif ou négatif) de la HSA sur les phénomènes de délinquance.

3.3.4 Accompagnée par des services de police impliqués, la HSA de Paris n'a pas généré de délinquance spécifique

La préfecture de police de Paris estime que la HSA de Paris ne pose pas de problème particulier et n'augmente pas la délinquance, au-delà des polémiques classiquement associées aux lieux de prise en charge des consommateurs de drogue (non seulement HSA, mais également Caarud) que les services de police traitent dans le cadre d'instances partenariales.

La zone de la gare du Nord est très surveillée par les services de police. Environ 125 patrouilles sont effectuées chaque jour à l'intérieur et autour de la gare du Nord : policiers, gendarmes et agents de sécurité ferroviaire en sécurisent les 80 000 m². Environ 4 000 contrôles annuels sont réalisés à proximité du site, en particulier relatifs au respect de la législation sur les stupéfiants.

Un dispositif de police *ad hoc* a été mis en place pour répondre aux spécificités de la HSA et aux attentes des riverains : outre les patrouilles quotidiennes en tenue sur le site et à ses abords immédiats pour orienter les opérations ponctuelles, le commissariat du 10^{ème} effectue un suivi précis des doléances et signalements qui sont adressés. Le commissaire anime une cellule d'écoute et de traitement mensuelle des doléances, en présence de la mairie et de la police municipale. Enfin, depuis février 2023, un groupe de partenariat opérationnel (GPO) a été mis en place pour suivre les problématiques inhérentes aux deux gares (Nord et Est), ce qui a permis de fluidifier les échanges et mieux faire accepter les actions policières par les différents partenaires.

Les faits de délinquance constatés sont globalement en baisse aux abords de la HSA, comme dans l'ensemble du 10^{ème} arrondissement. Le commissariat a indiqué, lors du comité de voisinage d'avril 2024, qu'aux abords immédiats de la HSA, les interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants étaient stables et que les infractions connexes avaient diminué de 10 à 20 % sur 2 ans. Ainsi, sur le 10^{ème} arrondissement de Paris, 1 612 infractions à la législation sur les stupéfiants avaient été constatées en 2016 (avant l'ouverture de la salle), contre 920 infractions du même type en 2023. La mission souligne que ces données doivent être considérées avec prudence, d'une part parce qu'elles sont liées à l'activité des services de police (il s'agit des infractions constatées, et non des infractions commises, qui par nature ne sont pas toutes comptabilisées), et d'autre part, car elles n'incluent pas les 1 600 amendes forfaitaires délictuelles délivrées en 2023 (cf. encadré).

Ainsi, les services de la préfecture de police de Paris et du commissariat du 10^{ème} estiment que la HSA a contribué à améliorer la physionomie du quartier par rapport aux scènes ouvertes de consommation de stupéfiants constatées avant 2016 et n'a pas eu « l'effet pot de miel » redouté : elle n'a pas capté sur une même zone d'ensemble de la consommation de drogues de l'agglomération parisienne, n'a pas attiré à elle davantage de trafic de stupéfiants ni généré, par sa seule présence, un accroissement de la délinquance.

4 La mission recommande la poursuite de l'expérimentation en cours, et pour l'avenir, d'inscrire dans le droit commun la possibilité d'ouvrir des HSA

4.1 Pour l'existant, la mission recommande de mener à son terme l'expérimentation, considérant que les deux HSA répondent aux objectifs fixés par le législateur et que leur fermeture dégraderait la situation des usagers et la tranquillité publique

Les deux HSA de Paris et Strasbourg ont atteint les objectifs qui leur ont été assignés

- Les espaces de consommation supervisée présentent une plus-value attestée par rapport aux autres dispositifs de réduction des risques et des dommages (Caarud notamment), qu'ils complètent utilement, selon les évaluations internationales et l'étude de l'Inserm 2021 ;
- ils constituent une réponse pertinente pour améliorer la physionomie de quartiers touchés par les drogues et prendre en charge les nuisances associées ; les nuisances qui demeurent ne découlent pas directement des HSA, mais bien de difficultés de fond qui ne doivent pas pour autant être minimisées ;
- les espaces de consommation supervisée ne génèrent pas de délinquance spécifique, voire contribuent à baisser la commission d'infractions par les consommateurs de drogues lorsqu'ils les fréquentent.

Leur fermeture dégraderait la tranquillité publique et mettrait en danger des usagers aux conditions de vie extrêmement précaires

- Fermer les deux HSA de Paris et Strasbourg ferait courir le risque de remettre dans l'espace public ou semi-public une grande partie des 550 000 consommations qu'elles ont abritées depuis 2016, considérant que les usagers des salles sont très majoritairement sans abri ou en logement précaire ;
- cela mobiliserait des forces de police pour gérer des scènes de consommation dans l'espace public, alors qu'elles sont utiles à d'autres missions et qui, en tout état de cause, ne déboucheraient pas sur des actions judiciaires et au mieux sur des amendes forfaitaires délictuelles, avec de probables difficultés de recouvrement ;
- une fermeture interviendrait à contretemps, alors que la demande d'accès aux soins n'a jamais été aussi forte pour répondre à la « vague de tout [stupéfiant] qui monte partout et pour tout le monde »⁴⁷.

Recommandation n°3 [DGS] Poursuivre et mener à son terme l'expérimentation législative des haltes soins addictions.

⁴⁷ Selon l'expression du directeur général de l'Agence de l'Union européenne sur les drogues EUDA, anciennement dénommée Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) jusqu'en juillet 2024.

4.2 Pour l'avenir, la mission recommande d'inscrire les HSA dans le droit commun à l'issue de la période d'expérimentation, sans préjudice des conclusions de l'évaluation scientifique attendue pour le 1^{er} semestre 2025

A l'issue de la période d'expérimentation qui s'achève au 31 décembre 2025, le législateur dispose de plusieurs possibilités⁴⁸ :

- mettre fin à l'expérimentation : sans initiative législative, le dispositif expérimental deviendra caduc au 31 décembre 2025. Il serait dans cette hypothèse souhaitable d'accompagner la transition vers la fin de ce dispositif par des mesures progressives ;
- proroger de nouveau l'expérimentation (voie législative) ; une prolongation au-delà des neuf ans devrait toutefois reposer tant sur des motifs liés à la nécessité de disposer d'une période d'observation plus longue que, eu égard à cette durée, sur des critères objectifs justifiant sa pérennisation ;
- inscrire dans le droit commun les seules HSA existantes à Paris et Strasbourg (voie législative) ; dans la mesure où elle ne bénéficierait plus du régime d'expérimentation prévue par l'article 37-1 de la Constitution, cette pérennisation limitée aux deux salles existantes ne serait possible qu'à condition de justifier la différence de situation ainsi instituée au regard de critères objectifs, en rapport direct avec l'objet de la loi qui établit cette différence ;
- inscrire dans le droit commun les HSA passées et potentiellement à venir (voie législative) : cette pérennisation du dispositif pourrait comprendre des modifications du régime expérimental pour tenir compte des conclusions tirées par l'évaluation scientifique de l'expérimentation.

Pour éclairer le Gouvernement sur ces différentes hypothèses, la mission met en avant :

- les bénéfices individuels et collectifs liés à la supervision de consommation de drogues injectées tels que présentés dans les publications scientifiques et que constatés par la mission dans les HSA de Paris et Strasbourg ;
- l'accroissement annoncé, et déjà constaté dans certaines grandes agglomérations, de la consommation de drogues, en particulier de cocaïne, injectées ou inhalées ;
- la nécessité d'apporter en tous points du territoire national le même niveau de prise en charge sanitaire dès lors que le besoin est identifié et justifié.

Pour ces raisons, et sans préjudice des conclusions de l'évaluation scientifique des Hôpitaux civils de Lyon (attendues au 1^{er} semestre 2025), la mission recommande de prendre une disposition législative pour inscrire dans le droit commun la possibilité d'ouvrir des HSA, à l'issue de la période d'expérimentation s'achevant au 31 décembre 2025. Cette perspective permettrait par

⁴⁸ Selon les échanges que la mission a eu avec la direction des affaires juridiques des ministères sociaux, sollicitée en juillet 2024, retranscrits en annexe 8.

ailleurs de pérenniser les HSA de Paris et Strasbourg qui, à défaut de disposition législative au-delà du 31/12/2025, ne pourraient continuer à fonctionner.

Recommandation n°4 [DGS] A l'issue de la période d'expérimentation, inscrire dans le droit commun la possibilité d'ouvrir des haltes soins addictions et pérenniser dans ce cadre les HSA expérimentatrices.

5 L'ouverture de nouveaux espaces de consommation supervisée doit répondre à certaines conditions tenant à la fois aux modalités du projet et à la qualité du diagnostic préalable

5.1 Le législateur a d'ores et déjà prévu la possibilité d'une consommation supervisée dans d'autres types de lieux que les HSA autonomes

La mission estime que tout nouveau projet d'ouverture d'espace de consommation supervisée doit répondre à certaines conditions tenant à la fois à la qualité du diagnostic préalable et aux modalités du projet.

5.1.1 Le cahier des charges de 2022 prévoit la possibilité d'ouvrir des espaces de consommation supervisée en Caarud, sur autorisation préalable

Le cahier des charges⁴⁹ a évolué depuis le début de l'expérimentation pour permettre l'ouverture d'un espace de consommation supervisée au sein d'un Caarud, voire d'un Csapa. En 2016, la salle de consommation devait être située dans un lieu distinct du Caarud porteur, considérant que la consommation de substances psychoactives n'y était pas autorisée. Le cahier des charges de 2022 prolongeant l'expérimentation sous la forme de HSA est revenu sur ce point ; ouvrant également aux Csapa la possibilité d'ouvrir une HSA, le cahier des charges de 2022 ne fait désormais plus obstacle à un espace de consommation supervisée dans un Caarud, voire un Csapa.

La mission estime que l'ouverture d'un espace de consommation supervisée dans un Caarud peut opportunément répondre des besoins identifiés localement ; cependant, tous les Caarud n'ont pas vocation à ouvrir un ECS : le principe doit demeurer celui d'un régime d'autorisation sur arrêté ministériel et non d'un régime de déclaration simple.

⁴⁹ Cf. annexe 7 comparant les évolutions du cahier des charges de 2016 à 2022.

Illustration 1 : Caarud Aurore 93, Aulnay-sous-Bois (93)



Source : *Le Parisien*.

L'ouverture d'un espace de consommation dans un Caarud présente plusieurs avantages :

- les lieux sont identifiés par les usagers : le lien de confiance avec le public accueilli est déjà établi, les personnels déjà formés à la réduction des risques ;
- les lieux sont déjà connus par les riverains et les structures sont de petite taille, ce qui peut favoriser l'acceptabilité sociale du projet ;
- les coûts relatifs à l'ouverture d'une HSA sont minimisés grâce à la mutualisation des coûts d'investissement et de fonctionnement avec la structure gestionnaire (cf. annexe 3) ;
- la consommation « sauvage » existant déjà dans les Caarud, comme la mission a pu constater lors de ses échanges avec plusieurs Caarud (cf. annexe 6), les professionnels alertent sur les risques encourus pour les usagers et pour eux-mêmes, qui ramassent régulièrement du matériel abandonné dans les sanitaires.

Ouvrir un espace de consommation supervisé dans un Caarud nécessite de :

- compléter le dispositif en aller-vers, afin de toucher un public plus large que celui des Caarud et qui ne fréquente pas la structure ;
- adapter les locaux, souvent exigus, sans les déplacer, pour ne pas perdre une partie des avantages identifiés plus haut ;
- continuer à proposer une offre sans consommation supervisée, pour ne pas perdre les publics du Caarud qui ne souhaitent pas consommer sur place mais ont besoin d'accompagnement en réduction des risques.

Voir en annexe 6 le focus sur la situation du Caarud Aurore 93 d'Aulnay-sous-Bois.

5.1.2 L'ouverture d'unités mobiles de consommation supervisée peut s'envisager en complément de structures fixes

Plusieurs Etats⁵⁰ disposant d'espaces de consommation supervisée ont mis en place des unités mobiles en complément de leurs unités fixes, le plus souvent sous forme de véhicules de secours réaménagés ; dans les exemples étrangers, seule l'injection est possible. L'arrêté du 26 janvier 2022 a ouvert la voie aux unités mobiles, mais l'arrêté portant cahier des charges spécifique n'a pas été pris. En France, il existe des Caarud mobiles, des Bus méthadone, des Bus des femmes, qui se déplacent vers des publics particulièrement fragilisés et peu susceptibles de fréquenter des structures fixes, mais pas d'espaces mobiles de consommation supervisée.

Illustration 2 : Unité mobile de la Croix-Rouge à Tarragone (Espagne)



Source : Ambassade de France à Madrid.

Les unités mobiles de consommation supervisée présentent l'avantage de la souplesse en :

- permettant d'aller au plus près de lieux de consommation pouvant être diffus et/ou éclatés ;
- touchant ainsi des publics ne fréquentant pas les structures de réduction des risques ;
- facilitant l'acceptation des riverains, en comparaison d'une structure fixe ;
- affichant des coûts d'investissement et de fonctionnement réduits ;
- proposant des horaires complémentaires de ceux des autres structures (Lausanne).

Leur principal inconvénient est leur exigüité, susceptible de réduire l'accompagnement :

- en Catalogne, un véhicule a deux postes d'injection et un espace de repos dans 9 m² ;
- la surveillance après consommation est plus courte ;
- le nombre de passages est limité et ne peut accueillir un important flux de consommations (à la HSA de Paris, la durée moyenne d'un passage était estimée à 27 minutes en 2022) ;
- l'offre d'accompagnement est plus contrainte ; la consommation devient un service spécialisé et non intégré à une palette plus étendue de services sanitaires et sociaux ;

⁵⁰ Allemagne, Espagne, Canada, Portugal, Islande, cf. annexe 3.

- il apparaît difficile d'autoriser l'inhalation, qui progresse pourtant partout en Europe : un compartiment séparé et un système d'extraction d'air seraient nécessaires, ce qui est peu compatible avec espace contraint et le rythme élevé de consommation induit par la cocaïne basée inhalée.

Qui plus est, les unités mobiles nécessitent une adaptation de la mise en œuvre de l'immunité pénale. Celle-ci impose une planification précise des lieux de passage et de stationnement des véhicules, qui correspond par ailleurs bien aux fonctionnements des publics désaffiliés (besoin de points de repères réguliers dans les lieux et les horaires). Ce système de « permanences » des unités mobiles limite en pratique la capacité à se projeter dans sur des lieux de consommation mouvants, sauf à revoir régulièrement avec le parquet la circulaire de politique pénale prévoyant les lieux et les quantités constitutives de l'immunité pénale. Le terme « mobile » apparaît source de malentendus, et pourrait être remplacé par celui de « permanences soins addictions » ou de « points d'accès soins addictions ».

Une unité mobile nécessite une collaboration étroite avec les forces de sécurité intérieure, d'une part pour appliquer strictement l'immunité pénale tout en luttant contre les revendeurs de drogues, mais également pour sécuriser d'éventuelles files d'attente aux abords de l'unité mobile et garantir la tranquillité publique des lieux de stationnement. Cette présence policière doit être équilibrée, pour ne pas mobiliser inutilement des ressources humaines précieuses et pour ne pas dissuader les consommateurs de se rendre dans l'unité, par peur d'un contrôle.

Dès lors, les unités mobiles de consommation supervisée si elles peuvent, le cas échéant, compléter l'action d'une structure fixe, ne sauraient s'y substituer. Sous les conditions mentionnées plus haut, cette complémentarité des dispositifs peut permettre un meilleur maillage des lieux de consommation, un meilleur « aller-vers » des publics très désaffiliés et des plages horaires extensives. L'ouverture d'une unité mobile sans structure fixe ne serait appropriée que pour une file active réduite.

5.1.3 Il est possible de choisir un lieu éphémère type Algeco ou container, une modalité intermédiaire entre la structure en dur et l'unité mobile

Certains Etats ont fait le choix d'installer leurs espaces de consommation supervisée dans un lieu intermédiaire entre la structure « en dur » et l'unité mobile. Tel est le cas de la salle de Genève, qui est installée depuis vingt-trois années dans un container sur la place de la gare de Genève-Cornavin.

Illustration 3 : Salle de consommation « Quai n°9 » à Genève



Source : Mission.

Un lieu type container ou Algeco présente plusieurs avantages :

- peut aisément être démonté ou déplacé, avec des espaces modulaires et adaptables ;
- répond à la difficulté de trouver du foncier que connaissent la plupart des grandes villes ;
- permet une installation en proximité des consommateurs et/ou lieux de consommation ;
- peut être plus facilement acceptable pour les riverains et constituer une voie de passage localement : le caractère temporaire de ce type de structure peut être de nature à rassurer ; par ailleurs, ces structures peuvent être installées dans une emprise distancée du secteur résidentiel ;
- les coûts d'investissement et de fonctionnement sont plus réduits qu'une structure fixe.

En revanche, ces structures présentent des limites intrinsèques : enjeux d'acceptabilité du point de vue esthétique, voire du respect des contraintes architecturales, mais surtout, leur caractère temporaire peut s'avérer trompeur : une fois installées, il semble difficile de les supprimer. Le cas échéant, il est donc nécessaire de bien configurer les espaces au regard des besoins identifiés par le diagnostic local, de prévoir des conditions thermiques adaptées au climat local, comme pour tout projet professionnel en container.

5.2 A Paris, en complément du plan crack, plusieurs acteurs ont attiré l'attention de la mission sur l'opportunité d'une consommation supervisée de crack inhalé dans les espaces de repos

5.2.1 Plusieurs espaces de repos ont ouvert dans le cadre du plan crack à Paris

Pour répondre aux enjeux spécifiques de la consommation de crack à Paris, le « plan crack » a combiné un accueil, une solution d'hébergement, un accompagnement médico-social pour

éloigner les usagers de la rue, les mettre à l’abri puis prendre en charge leur addiction, comme vu *supra* (2.3.2) ; en particulier, deux espaces de repos et un dispositif d’hébergement ont été déployés. Les espaces de repos, ouverts du lundi au vendredi, accueillent les personnes de façon inconditionnelle, autour de collations, d’accès à l’hygiène (douche, laverie), de salles de repos et de socialisation.

Les espaces de repos permettent de toucher un public en très grand risque et d’engager un premier accompagnement social et sanitaire, en proposant un accompagnement vers l’ouverture de droits sociaux et vers les soins (consultations de soins infirmiers, psychologues, consultations de médecins généraliste et psychiatres). En 2023 ont été dénombrés plus de 39 000 passages (entre 150 et 300 passages par jour à l’espace de repos de la Chapelle), plus de 2 600 soins infirmiers réalisés, ainsi que près de 1 200 démarches sociales.

Illustration 4 : Espace de repos pour usagers de crack – La Chapelle (Paris 18^e)



Source : *Mission capitale (Ville de Paris)*.

N’y étant pas autorisée, la consommation de crack continue de se dérouler aux abords de l’espace de repos et dans le quartier de La Chapelle, où les problématiques liées aux drogues et à l’errance de publics très désaffiliés sont bien plus anciennes que la salle.

5.2.2 Envisagée par plusieurs acteurs, la supervision de la consommation de crack inhalé dans ces espaces de repos nécessiterait une évaluation scientifique préalable

Plusieurs interlocuteurs de la mission⁵¹ appellent à ouvrir non seulement d’autres espaces de repos, mais également des lieux où la consommation supervisée de crack serait autorisée, afin de répondre aux enjeux sanitaires posés par la consommation de crack en scènes ouvertes, mais également d’améliorer la tranquillité publique, tant les nuisances sont fortes pour les riverains.

⁵¹ Notamment des représentants associatifs et des élus.

Toutefois, une évaluation scientifique fait actuellement défaut sur les bénéfices de la supervision de consommation de crack inhalé. Il est acquis que l'acte d'inhalation est moins à risque de contamination infectieuse que celui de l'injection ; plusieurs pays⁵² encouragent même les injecteurs à passer à ce mode de consommation pour réduire les risques sanitaires pour un même produit. Surtout, le fait de consommer dans un espace de consommation supervisée aide à réguler le rythme de consommation et à stopper la frénésie en reprenant le contrôle, y compris car les salles limitent le temps passé en espace de consommation.

Pour autant, la supervision de la consommation de crack inhalé n'a pas été évaluée en tant que telle, et son bénéfice n'a pas été attesté scientifiquement, puisque l'étude publiée par l'Inserm de 2021 était ciblée sur la plus-value des salles pour les injecteurs, conformément au cahier des charges de 2016 ; il n'existe par ailleurs pas d'étude internationale sur ce point. Les SCMR ont en effet été pensées dans un contexte d'épidémie de VIH-Sida, alors que l'injection était le principal mode de consommation. Or, la massification de l'inhalation (qui ne fait pour autant pas disparaître les injections) questionne la conception même des HSA en tant qu'outil de réduction des risques, adapté ou non aux spécificités de la consommation de crack inhalé, intrinsèquement toxique pour le cerveau et les poumons, et pour laquelle aucun antidote n'est connu.

Au regard de la montée en puissance du crack inhalé à Paris et des risques associés, la mission estime que la supervision de cette consommation de crack inhalé mériterait, dès lors, d'être évaluée plus spécifiquement ; or, le cahier des charges de la nouvelle évaluation de l'expérimentation attendue au 1^{er} semestre 2025 ne le prévoit pas.

Recommandation n°5 [Mildeca] Diligenter une évaluation scientifique permettant de documenter les bénéfices de la supervision, s'agissant de l'inhalation de crack.

Sous réserve que le bénéfice de la supervision d'inhalation de crack soit attesté scientifiquement, l'ouverture d'un espace de consommation supervisée dans les lieux de repos destinés aux consommateurs de crack pourrait permettre de :

- répondre aux attentes légitimes des riverains qui n'ont que les mauvais côtés de l'espace de repos en proposant une offre cohérente (repos et consommation) qui permette d'abriter les consommations qui se déroulent autour et de limiter les nuisances ;
- atteindre et accompagner les consommateurs de drogues les plus fragilisés vers la réduction des risques et des dommages liés à leur consommation ;
- séquencer le rythme de consommation pour réduire les risques et réguler la consommation.

Un tel projet nécessiterait :

- une adaptation des locaux (espace supplémentaire, installation d'extracteurs d'air etc.) ;
- une formation des professionnels et des bénévoles, en particulier à la gestion de comportements problématiques induits par le crack (risques de décompensations psychiatriques, agressivité, délires paranoïaques, conflits aggravés entre usagers...)

⁵² Allemagne, Pays-Bas, Espagne, notamment.

- une répartition obligatoire de l'effort sur plusieurs structures, afin de ne pas concentrer tous les problèmes en un seul lieu.

Cette réflexion exclut toute consommation dans les espaces d'hébergement déployés dans le cadre du plan crack à Paris, qui sont des établissements recevant du public et non des Caarud, et ne peuvent pas entrer dans le dispositif expérimental de consommation supervisée en cours.

5.3 L'ouverture de nouveaux espaces de consommation supervisée doit procéder d'un diagnostic objectif et partagé au niveau local, piloté par l'ARS, avec le concours de la Mildeca

L'ouverture d'un espace de consommation supervisée doit être une réponse locale à un besoin local. Il revient aux acteurs locaux d'envisager les adaptations nécessaires aux dispositifs existants (dimensionnement adéquat à l'augmentation d'une file active, aux évolutions des modes de consommation etc.) et d'analyser la pertinence des projets de HSA. La mission formule des recommandations pour établir un diagnostic objectif, partagé au niveau du territoire concerné, et le cas échéant, sur les conditions à réunir pour favoriser la réussite d'un tel projet.

5.3.1 La mission recommande que la MILDECA apporte son concours aux ARS pour repérer les consommations problématiques dans l'espace public

Toutes les grandes villes n'ont pas vocation à ouvrir un espace de consommation supervisée en plus des dispositifs de réduction des risques et des dommages pour les consommateurs de drogues qui existent sur un territoire.

Actuellement, les projets sont initiés par des municipalités engagées dans la réduction des risques et des dommages pour les consommateurs de drogues, en lien étroit avec des porteurs associatifs, en prise directe avec les consommateurs les plus vulnérables.

Cette mécanique n'est pas satisfaisante : elle favorise les projets de création d'espaces de consommation supervisée initiés par des municipalités volontaires sur le sujet et ne permet pas de couvrir tous les besoins du territoire en donnant un pouvoir d'opposition aux municipalités qui ne souhaiteraient pas s'engager dans la réduction des risques et faire face aux problèmes de consommation de drogues dans l'espace public. Cela, alors même que les maires ne disposent pas de pouvoir propres en matière d'organisation de l'offre de soins, et que la réduction des risques relève du code de la santé publique.

Face à cette situation, la mission estime qu'il convient de s'appuyer sur les agences régionales de santé (ARS) qui doivent davantage piloter les réponses aux problématiques de consommation de drogues dans l'espace public, qu'une HSA soit envisagée ou non, comme elles le font pour l'organisation de l'offre de soins dans son ensemble.

Afin d'aider les ARS à identifier les situations de consommations problématiques de drogues dans l'espace public qui les concernent, la mission recommande de mobiliser les ressources de l'OFDT, dont la MILDECA assure la tutelle administrative.

La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) est chargée d’animer et de coordonner l’action du Gouvernement en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives. La MILDECA assure la tutelle administrative de l’observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), l’organisme public chargé du recueil, de l’analyse et de la synthèse des données relatives aux drogues, ainsi qu’aux données sur les jeux d’argent et de hasard.

La MILDECA est en capacité, grâce aux données d’analyse et de synthèse recueillies par l’OFDT, de pouvoir identifier les signaux faibles d’une problématique évolutive et problématique de consommation de stupéfiants dans l’espace public. Pour cela, la MILDECA peut mobiliser les études TREND et SINTES (cf. 2.1.3), ainsi que les données du réseau d’addictovigilance. Pour favoriser le repérage des situations problématiques et appuyer les agences régionales de santé, sans rigidifier les initiatives locales, la mission recommande :

- que la MILDECA procède périodiquement à un repérage cartographié des consommations problématiques de stupéfiants dans l’espace public dans les plus grandes villes de France, en définissant un seuil d’habitants, par exemple 100 000 habitants (42 communes au 1^{er} janvier 2024⁵³) ou 150 000 habitants (20 communes), ainsi qu’une périodicité pertinente ;
- puis qu’elle signale aux ARS concernées, via la direction générale de la santé (DGS), les situations problématiques identifiées ;
- qu’elle communique périodiquement l’ensemble des signalements effectués aux ARS aux membres du comité national de pilotage⁵⁴ afin de favoriser le partage d’informations et de dynamiser cette instance.

Ce repérage par la Mildeca doit s’inscrire sans préjudice des éventuels projets locaux et sans leur faire obstacle. Le cas échéant, ces derniers demeurent transmis à l’ARS pour expertise et avis, puis à la DGS si le projet répond aux exigences du cahier des charges des HSA. Dans ce cas, la DGS veille à en informer la Mildeca au titre de sa responsabilité du comité de pilotage national.

Recommandation n°6 [DGS] Confier à la Mildeca la mission d’identifier périodiquement les problématiques de consommation de stupéfiants dans l’espace public susceptibles de répondre au cahier des charges des haltes soins addictions pour les signaler, via la direction générale de la santé, aux agences régionales de santé concernées.

5.3.2 L’ARS doit objectiver les difficultés repérées en faisant réaliser un diagnostic territorial, partagé avec l’ensemble des acteurs locaux

Une ARS doit prendre l’initiative d’un diagnostic neutre et robuste, dès qu’elle a connaissance d’une problématique, qu’elle résulte du repérage de la Mildeca, de situations directement signalées par des municipalités ou d’un projet de HSA porté localement, afin de favoriser la coordination entre les différents partenaires. Pour cela, l’ARS pilote la réalisation d’un diagnostic local, soit directement au sein de ses services, soit en finançant un organisme externe et non partie

⁵³ Population municipale légale en vigueur au 1er janvier 2024, millésimée 2021, limites territoriales en vigueur au 1er janvier 2023 - Date de référence statistique : 1er janvier 2021, Source : Insee.

⁵⁴ Conformément à l’arrêté du 26 janvier 2022 portant cahier des charges des HSA, cette instance est le lieu du partage d’information entre les acteurs sur les projets et réflexions en cours localement. Au regard de la formulation de l’arrêté, il ne paraît pas nécessaire d’en modifier la rédaction pour intégrer ce point.

prenante du terrain local, en fixant les modalités de réalisation, le calendrier de rendu du diagnostic etc.

La finalité de ce diagnostic est d’objectiver la consommation problématique de stupéfiants dans l’espace public repérée par la Mildeca, sans préjuger du point de sortie et des réponses à apporter, qui ne passeront pas nécessairement par un espace de consommation supervisée. Ce diagnostic doit combiner observations de terrain, remontées des acteurs et témoignages des consommateurs.

L’ensemble des acteurs est informé par l’ARS de la mise en place de ce diagnostic et de ses modalités. L’organisme qui en est chargé sollicite l’ensemble des services locaux concernés par la consommation problématique dans l’espace public : les services de police ou de gendarmerie, le parquet de 1^{ère} instance du ressort, l’ensemble des acteurs locaux de la réduction des risques et dommages pour les consommateurs de drogues (spécifiquement les gestionnaires de Caarud et Csapa), les services hospitaliers (services d’urgences et d’addictologie notamment), les services municipaux (propreté, centre communal d’action sociale et police municipale, le cas échéant), *a minima*.

Tableau 4 : Éléments indicatifs de diagnostic à prévoir

<p>Consommation dans l'espace public générant des risques sanitaires et sociaux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de consommateurs identifiés dans l’espace public ou semi-public • Profil et degré de désaffiliation sociale de ces consommateurs : situation d’hébergement, ressources, droits sociaux, situation administrative, suivi médical... • Cartographie des lieux de consommation : nombre, emplacements, caractéristiques (concentrés/diffus ; visibles/intermédiaires/cachés, mouvants/fixés...) • Produits consommés (dont poly-consommation) • Modes de consommation • Lieux d’approvisionnement • Caractéristiques de l’environnement urbain : densité du bâti, aspect résidentiel, présence d’écoles, de commerces etc.
<p>Dispositif local de prise en charge des addictions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descriptif du dispositif local d’addictologie et en réduction des risques (Caarud, Csapa, ELSA, services d’addictologie dans les différents hôpitaux, programmes d’échanges de seringues...) • Données d’activité des structures d’addictologie <ul style="list-style-type: none"> ○ Caarud : évolution de la file active et nombre de passages, matériel distribué, produits consommés déclarés par les usagers, pratiques de consommation déclarées ○ Csapa : nombre de personnes ayant consulté, nombre de patients sous traitement de substitution aux opiacés (TSO) • Données épidémiologiques régionales concernant l’usage des drogues dans les hôpitaux (évolution du nombre de passages aux urgences et de la mortalité par surdoses, prévalence VIH-VHC, comorbidités associées, amputations des membres corrélées à l’injection...)
<p>Nuisances, délinquance, troubles associés à la consommation dans l’espace public</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présence de matériel de consommation (seringues et pipes à crack notamment) dans l’espace public, y compris dans les lieux semi-publics (sanisettes, parkings, squats) • Impact de la consommation de stupéfiants sur la tranquillité publique (observation des services de police ou de gendarmerie, déclarations de mains courantes et appel 17 pour nuisances) • Evolution des infractions à la législation des stupéfiants et des infractions connexes (vols à l’arrachée...); comparaison avec l’ensemble du territoire (échelle ville, département)

Source : *Mission*.

Une fois réalisé, le diagnostic local est transmis par l'ARS à la DGS qui le communique à la Mildeca, pour partage en comité de pilotage national.

Recommandation n°7 [DGS] Faire piloter par chaque ARS concernée un diagnostic local, dès lors qu'elle a connaissance d'une problématique avérée de la consommation de stupéfiants dans l'espace public.

Un fois le diagnostic réalisé, l'ARS met en place un comité de pilotage local tel que celui qui est prévu dans le cahier des charges de l'expérimentation des HSA (cf. Annexe 7).

L'ARS réunit le comité de pilotage local en deux temps :

- dans un premier temps, pour partager le diagnostic à tous les membres du comité de pilotage et leur permettre de s'approprier les éléments ;
- dans un second temps, pour envisager les points de sortie en fonction des problématiques spécifiques identifiées ; cette 2^e réunion doit permettre d'envisager (ou non) de poursuivre les travaux, et si oui, d'étudier le panel des solutions parmi lesquelles l'opportunité d'ouvrir un espace de consommation supervisée. La recherche d'un consensus doit être une priorité puisqu'elle détermine les chances de succès du projet.

Si le comité de pilotage, lors de cette seconde réunion, envisage d'étudier plus avant l'ouverture d'un espace de consommation supervisée, plusieurs hypothèses se présentent :

- « feu rouge » : en cas d'opposition marquée au sein du comité de pilotage local, ou d'absence de consensus envisageable à court ou moyen terme, un point de situation est prévu sous six mois pour envisager d'autres solutions que la HSA ;
- « feu vert » : il existe un consensus, ou à tout le moins, une absence d'opposition, alors le projet passe à l'étape suivante, sous le chef-de-filat de l'ARS, en recherchant un porteur de projet parmi les gestionnaires les Caarud et de Csapa ;
- « feu orange » : des réserves et/ou conditions sont émises à la poursuite des réflexions pour l'ouverture d'une HSA, sans que ces obstacles apparaissent dirimants, alors l'ARS fixe un calendrier échelonné pour poursuivre la discussion au sein du comité de pilotage local et lever les obstacles pour parvenir à un consensus et passer à l'étape suivante du projet.

Dans tous les cas, l'ARS adresse un relevé de décisions à la DGS, qui centralise et transmet à la Mildeca pour information périodique du comité de pilotage national.

5.4 Réponse locale à un besoin local, le projet doit réunir plusieurs conditions de réussite à l'issue du diagnostic

Au-delà des exigences posées par le cahier des charges, la mission insiste sur plusieurs conditions de réussite qui découlent des retours d'expérience d'autres Etats, de l'évaluation des deux HSA expérimentatrices et des projets d'ouverture d'espace de consommation supervisée dont elle a pris connaissance.

5.4.1 Tout projet doit respecter les dispositions réglementaires prévues par le cahier des charges

Les conditions de réussite d'un projet d'ouverture d'espace de consommation supervisée doivent être réunies en sus du respect du cadre réglementaire actuel (arrêté du 26 janvier 2022 portant cahier des charges des haltes soins addictions) et des potentielles évolutions qui pourraient y être apportées suite à l'évaluation scientifique prévue par la prolongation de l'expérimentation à l'article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 et dont les conclusions sont attendues pour juin 2025 (cf. annexe 7).

5.4.2 La capacité d'accueil doit être dimensionnée selon les besoins et doit pouvoir s'adapter aux évolutions des consommations

Le dimensionnement de la salle est déterminant pour répondre aux besoins identifiés dans le diagnostic local piloté par l'ARS :

- en particulier dans les grandes villes, il vaut mieux éviter un seul établissement de grande taille qui concentre tous les regards et toutes les difficultés, et privilégier des établissements plus petits mais mieux répartis et plus accessibles, avec un meilleur maillage territorial ; cette répartition de la charge constitue un facteur de meilleure acceptabilité pour les riverains et facilite la gestion d'une file active mieux accompagnée ;
- les horaires d'ouverture doivent couvrir au mieux les habitudes de consommation des usagers (plutôt en seconde partie de journée), 7 jours sur 7 comme le prévoit le cahier des charges, en articulation entre les différents espaces de consommation supervisée et structures de réduction des risques, pour une amplitude élargie.

En matière de ressources humaines, au-delà des exigences du cahier des charges qui constituent un minimum réglementaire, chaque projet doit prévoir :

- du personnel en nombre, en spécialités et en formation adaptés (que les personnes soient salariées, vacataires ou prestataires) : il s'agit de tenir compte des besoins estimés, sans pour autant fixer des objectifs impossibles à atteindre au regard des tensions que connaît tendanciuellement le secteur de la prise en charge des addictions ;
- suffisamment de temps médical pour accompagner les usagers : médecin somatique, psychiatre et infirmier, pour couvrir tous les besoins : prise en charge somatique, offres de dépistage et de prévention, prise en charge des pathologies psychiatriques antérieures ou postérieures à la consommation de stupéfiants, et accompagnement de l'addiction ;
- une équipe de rue pouvant de déplacer rapidement pour gérer les difficultés aux abords de la salle, voire au-delà, pour favoriser l'acceptabilité par les riverains et partenaires.

Par ailleurs, le projet doit pouvoir s'adapter aux évolutions potentielles de consommation : le choix des modes de consommation accueillis doit découler du diagnostic local partagé (injection et/ou inhalation, autres) mais doit rester adaptable dans le temps pour répondre à des besoins qui évoluent très vite.

5.4.3 L'implantation doit prendre en compte des enjeux de proximité, d'accessibilité et d'insertion dans un réseau de soins

La proximité des lieux de consommation est un critère déterminant pour l'implantation des espaces de consommation supervisée : les professionnels du secteur estiment que seule une petite partie des consommateurs est capable de réaliser un long déplacement après s'être approvisionnés en produits.

« Si l'objectif est d'éviter la persistance des scènes ouvertes de consommation, les salles de consommation, pour toucher pleinement leur public, doivent se trouver à une distance raisonnable des lieux de passage, de rencontre, d'achat et de consommation des usagers de drogues. Seule une petite partie des consommateurs est capable de réaliser un long déplacement après s'être approvisionnée en produits. A titre d'exemple les personnes achetant des produits sur les lieux de vente du 93 et des portes de Paris, pourtant situés entre 15 et 30 minutes de nos locaux, consomment sur place et ne viennent que rarement injecter à la salle de consommation. Il est indiscutable que les usagers une fois le produit obtenu limitent leurs déplacements en raison des risques pénaux encourus d'une part, le syndrome de manque ou le craving⁵⁵ d'autre part et tendent à consommer dans les environs directs de leur lieu d'acquisition ce qui est le cas pour toutes les scènes de consommation. »⁵⁶

Le choix d'implantation doit idéalement s'établir là où il y a déjà des nuisances associées aux stupéfiants, qu'il s'agisse de consommation mais également de trafic, pour être au plus près des besoins des riverains et favoriser l'acceptabilité sociale. A défaut de considérer cet enjeu de proximité, la réussite du projet peut être compromise. Ce fut un des arguments mis en avant par certains riverains pour s'opposer au projet d'implantation d'une HSA sur le boulevard de la Libération à Marseille. Par ailleurs, à Lausanne, le choix d'implantation de l'espace de consommation supervisée s'est porté sur un lieu trop éloigné des habitudes des publics visés ; après trois années, les objectifs sanitaires et de tranquillité publique n'ont pas été atteints et la municipalité a dû ouvrir, en 2024, une deuxième espace de consommation supervisée pour mieux répondre aux besoins à proximité des habitudes des publics visés.

Cependant, la proximité des lieux de consommation ne doit pas constituer une clause suspensive du projet, dès lors que celui-ci prévoit des moyens dimensionnés pour faire venir les consommateurs : un travail de maraude doit notamment être mené pour orienter les consommateurs vers le lieu retenu ; à Strasbourg où la salle a été implantée hors des zones de consommation, c'est ce travail d'aller-vers qui a permis de toucher son public, en lien avec les services de sécurité publique qui ont également orienté les consommateurs.

L'espace de consommation supervisée doit toujours être accessible, avec un réseau de transports en commun permettant les déplacements, comme c'est le cas à Strasbourg.

Le choix d'emplacement doit, autant que possible, favoriser l'insertion dans un réseau de soins. L'installation dans l'enceinte d'un hôpital présente plusieurs avantages, notamment celui d'adresser un signal « soins » aux usagers autant qu'aux riverains ; la salle doit cependant disposer d'un accès distinct, ses locaux doivent être isolés des autres services et consultations pour favoriser l'acceptabilité par le corps médical et les autres usagers, et une information de qualité

⁵⁵ Besoin irréprensible, de consommer une substance, ressenti par une personne en situation de manque.

⁵⁶ Extrait du questionnaire auquel ont répondu les responsables de la HSA de Paris, sollicités par la mission.

doit être fournie à l'égard du personnel de l'hôpital, également susceptible d'être inquiet du projet ou d'en accepter le principe, mais pas dans leur environnement immédiat.

Un lien fonctionnel et une proximité géographique constituent un *optimum* mais non une condition *sine qua non* : si les deux HSA expérimentatrices sont installées sur une emprise hospitalière, tel n'est pas le cas pour la quasi-majorité des 150 espaces de consommation dans le monde. Un lien fonctionnel fort avec une structure hospitalière bénéficiant de capacités adaptées est en revanche essentiel, avec des relations fortes et affichées comme telles vis-à-vis de l'opinion publique avec les services d'urgences, de psychiatrie, d'addictologie et des maladies infectieuses, ainsi que la permanence d'accès aux soins de santé.

5.4.4 Un espace de consommation supervisée doit s'insérer dans un chaînage médico-social adapté et un continuum allant de la prévention aux soins

Un espace de consommation supervisée doit donc trouver sa place au sein d'un chaînage vertueux de l'ensemble des dispositifs de l'amont (maraudes) à l'aval (Csapa, services d'addictologie). L'espace de consommation supervisée n'a ni la vocation, ni les moyens de mettre en place une démarche de prise en charge des addictions, qui se fait en Csapa ou en hôpital. En revanche, il a une fonction essentielle pour orienter et accompagner les usagers qui le souhaitent vers une structure de prise en charge adaptée, conformément à la volonté du législateur lors de la prolongation de l'expérimentation fin 2021, qui a réaffirmé la dimension de soin du dispositif.

Pour cela, des liens étroits doivent être développés avec les Csapa et services d'addictologie, auxquels les ARS doivent assurer des moyens dimensionnés aux besoins. Il revient aux acteurs de travailler des liens étroits et de proximité avec un Csapa qui dispose d'un service de délivrance *in situ* de traitements de substitution aux opiacés (méthadone, buprénorphine). Les ARS doivent assurer en parallèle la montée en puissance des dispositifs d'addictologie localement pour accompagner le développement d'un espace de consommation supervisée.

Les moyens dédiés aux services hospitaliers disposant d'un ou plusieurs dispositifs d'addictologie ne sont pas complètement connus. En 2023, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a réalisé une enquête⁵⁷ auprès des 826 établissements disposant d'une offre hospitalière en addictologie, au sein des services de médecine⁵⁸ ou de psychiatrie ; 62 % d'entre eux ont répondu.

Les moyens hospitaliers pour l'addictologie sont principalement tournés vers la dépendance à l'alcool et au tabac et apparaissent faibles au regard des besoins croissants. L'offre de soins en addictologie est fortement structurée autour des consultations hospitalières dédiées (67 % des établissements en disposent) dans lesquelles 13,5 % des patients sont concernés par une addiction aux drogues (après l'alcool et le tabac qui représentent 83,5 % des consultations). Les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA, 59 % des établissements) constituent la deuxième branche structurant l'offre de soins.

⁵⁷ Selon les résultats de l'enquête dématérialisée sous SOLEN adressée par la DGOS en 2023 aux établissements disposant d'une offre hospitalière en addictologie, avec un taux de répondants de 62 %.

⁵⁸ MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Il existe peu de lits d'hospitalisation en addictologie, qu'il s'agisse de sevrage simple (38 % des répondants) ou complexe (27 %), ou d'hospitalisations de jour (HDJ-A, 31 %). Par ailleurs, les accueils en soins médicaux et de réadaptation addictologique (« post-cures ») sont peu nombreux (19 % des répondants) et principalement orientés vers l'alcool. Pour des publics en grande désaffiliation sociale, ils sont la seule possibilité envisageable car l'accès à une post-cure en ambulatoire n'est, par nature, pas compatible avec une vie à la rue.

Le soin ne peut pas fonctionner sans le social : la sortie de la rue et l'accès à un hébergement constituent un préalable pour engager une démarche de soins et avancer dans une prise en charge durable des addictions.

5.4.5 La voix des riverains doit être considérée et entendue à travers une démarche continue d'information et d'écoute

La voix des riverains, légitime, doit être entendue au stade du projet pour ne pas générer de points de blocage. Les riverains, c'est à dire les résidents, commerçants, parents d'élèves, responsables d'écoles et de crèches etc., sont des acteurs à part entière pouvant avoir un impact positif (par leur expertise d'usage du quartier) ou négatif (lorsque l'opposition devient un point de blocage) sur le projet. Leur voix est légitime et doit être entendue, qu'ils soutiennent le projet, qu'ils en acceptent le principe mais rejettent le choix d'implantation dans leur quartier ou encore qu'ils y soient par principe opposés.

C'est pourquoi il est essentiel que les promoteurs du projet veillent à valoriser les bénéfices collectifs attendus en matière de tranquillité et santé publiques ainsi que les améliorations escomptées pour la vie du quartier dès que le choix d'implantation est stabilisé, et avant que la décision soit complètement avalisée. Ce temps d'information doit permettre de faire droit aux remarques des riverains et de pouvoir ajuster le projet si ces remarques sont pertinentes. Ne pas informer clairement les riverains revient à avancer masqué ; cela renforce l'idée que le projet est problématique et que les porteurs ont de bonnes raisons de ne pas en parler ; apprendre par voie de presse un tel projet est la garantie d'une crispation indépassable ensuite. *In fine*, ce silence pénalise le projet : c'est un enjeu de forme et de méthode.

Par ailleurs, il importe de ne pas exagérer les bénéfices attendus d'un espace de consommation supervisée et de ne pas formuler de promesses qui ne pourraient pas être tenues (par exemple, la salle ne peut pas à elle seule faire disparaître toute la consommation de drogues dans l'espace public, ni régler les problèmes d'errance de populations à la rue). Un discours de vérité doit être tenu par l'ensemble des acteurs du projet, dans un langage clair et univoque.

Enfin, une fois l'espace de consommation mis en place et conformément au cahier des charges des HSA, le dialogue avec les riverains et les parties prenantes doit se poursuivre, avec des boucles de rétroaction régulières permettant d'améliorer en continu le dispositif et son acceptabilité. En particulier, il convient de veiller à la régularité des réunions du comité de voisinage, et à faire retour aux riverains s'ils signalent des difficultés. De ce point de vue, l'absence de réunion du comité de voisinage de la HSA de Paris par la mairie du 10ème arrondissement entre mars 2021 et avril 2024 n'apparaît pas satisfaisante, quand bien même des espaces de dialogue existent tant avec les gestionnaires de la HSA, qu'avec le commissariat du 10ème arrondissement.

5.4.6 La politique publique de réduction des risques et des dommages doit être assumée à tous les niveaux

L’acceptabilité sociale des espaces de consommation supervisée dépend également de la qualité de portage de la politique publique de réduction des risques et des dommages, à tous les niveaux.

Initiée depuis près de 40 ans en France, cette politique publique a fait ses preuves et les oppositions qu’elle a pu soulever se sont apaisées ; pour illustration, la présence de distributeurs de préservatifs devant les pharmacies et les programmes d’échange de seringues ont montré leur pertinence scientifique et sont désormais parfaitement acceptés.

Tout projet d’ouverture d’un espace de consommation supervisée, tel que le législateur en a autorisé l’expérimentation à deux reprises depuis 2016, s’inscrit dans le cadre de cette politique publique et doit répondre à des nécessités objectives (diagnostic local et partagé) ; au-delà du bénéfice sanitaire individuel pour le consommateur, il doit conduire à une « reconnexion » sociale et permettre un retour à la tranquillité publique, parallèlement et sans préjudice des actions policières de lutte contre les trafics de drogues et des actions sociales pour mettre à l’abri ces personnes désocialisées.

Il est donc essentiel que l’ensemble des responsables publics assument cette politique publique et tiennent le même discours, mettant en avant l’absence de contradiction entre les objectifs de réduction des risques d’une part et la répression du trafic et de la consommation de stupéfiants d’autre part, et expliquant à l’opinion publique ce que sont, et ne sont pas, les espaces de consommation supervisée tels que décrits dans ce rapport.

Les espaces de consommation supervisée ne sont en aucun cas un lieu de consommation « de confort, récréatif » qui favoriseraient l’usage des drogues pour les 600 000 consommateurs de cocaïne insérés en France⁵⁹ ; comme l’ont souligné les professionnels rencontrés par la mission, *« ça ne fait envie à personne de venir dans une HSA »*.

Les HSA répondent aux objectifs fixés par le législateur à la fois en termes de préservation de la tranquillité publique et de prise en compte des publics parmi les plus vulnérables. Insérés dans un chaînage vertueux allant de la prévention aux soins, ces dispositifs ont toute leur place dans la palette des outils de réduction des risques permettant de faire face à la disponibilité croissante des produits stupéfiants.

Jérôme Léonnet

Dr. Christophe Schmit

Emilie Seffray

⁵⁹ OFDT, chiffres-clés 2022 : en France, le nombre de consommateurs de cocaïne au cours de l’année est estimé à 600 000, alors que 2,1 millions de personnes auraient expérimentés cette substance au cours de leur vie, soit 5,6 % des 18-64 ans.

ANNEXE 1 : La politique de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues

ANNEXE 1 : LA POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES POUR LES USAGERS DE DROGUES	55
1 LA CONSOMMATION DE STUPEFIANTS, EN PARTICULIER PAR VOIE INTRAVEINEUSE, PRESENTE DES RISQUES ACCRUS DE MORBIDITE ET DE MORTALITE SI LES CONDITIONS SANITAIRES SONT DEGRADEES	57
1.1 LES INJECTEURS SONT SOUMIS A UN RISQUE ACCRU DE CONTAMINATION INFECTIEUSE ET DE COMPLICATION SOMATIQUES (ABCES, ENDOCARDITES)	57
1.2 L'INHALATION PRESENTE DES RISQUES DE CONTAMINATION INFECTIEUSE EN CAS DE PARTAGE DE MATERIEL, QUOI QUE MOINS ELEVE QUE L'INJECTION	59
1.3 LES DECES PAR SURDOSE SONT PRINCIPALEMENT DUS AUX OPIOIDES, MAIS EGALEMENT ET DE PLUS EN PLUS A LA COCAINE DONT LA DISPONIBILITE ET LA PURETE AUGMENTENT	59
2 DES POLITIQUES DE REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES SE METTENT EN PLACE A L'OCCASION DE L'EPIDEMIE DE VIH DANS LES ANNEES 1980	60
2.1 LA POLITIQUE DE REDUCTION DES RISQUES EST MISE EN PLACE PRECOCEMENT AU ROYAUME-UNI ET AUX PAYS-BAS	60
2.2 CETTE POLITIQUE PREND CORPS EN FRANCE A PARTIR DE 1987 AVEC LES PROGRAMMES D'ECHANGE DE SERINGUES ET LES TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES	61
3 LA MISE EN PLACE A PARTIR DE 2005 DES CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT A LA REDUCTION DES RISQUES POUR USAGERS DE DROGUES (CAARUD) MARQUE UNE ETAPE IMPORTANTE DANS L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL DES CONSOMMATEURS	63
3.1 L'USAGER EST ACCOMPAGNE AU PLUS PROCHE DE SA SITUATION QUOTIDIENNE	63
3.1.1 Les Caarud, outils d'accueil « à seuil adapté », sont mis en place en 2005	63
3.1.2 Les missions des Caarud s'étendent hors les murs	66
3.1.3 De nouvelles missions sont confiées au Caarud à partir de 2016	67
3.1.4 Les moyens financiers alloués aux 151 Caarud sont en hausse	68
3.2 LES CENTRES DE SOIN D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA) PARTICIPENT EGALEMENT A LA PRISE EN CHARGE DES USAGERS DE DROGUES	68
4 L'OUVERTURE EXPERIMENTALE EN 2016 DE DEUX SALLES DE CONSOMMATION SUPERVISEE VIENT COMPLETER LE DISPOSITIF DE RDR EXISTANT	69
4.1 L'EXPERIMENTATION DES SALLES DE CONSOMMATION SUPERVISEE EST LANCEE EN 2016	69
4.1.1 Les premiers travaux gouvernementaux sont initiés en 2013	69
4.1.2 La loi de modernisation du système de santé votée en 2016 ouvre la possibilité d'expérimenter des espaces de consommation supervisée	70
4.1.3 Le cahier des charges est publié par arrêté en mars 2016	71
4.1.4 Plusieurs instances scientifiques avaient émis des réserves à l'égard de cette expérimentation	72
4.1.5 Certaines de ces réserves ont été levées en 2024	73
5 EN 2022, L'EXPERIMENTATION EST PROLONGEE JUSQU'A FIN 2025 AVEC QUELQUES AMENAGEMENTS DANS LE DISPOSITIF	74
5.1 L'EXPERIMENTATION DES SCMR EST PROLONGEE SOUS LE TERME DE HALTES DE SOINS ADDICTIONS	74
5.2 LE CAHIER DES CHARGES DE 2016 EST MODIFIE	75

6	LE DISPOSITIF MIS EN PLACE EST CONFRONTE A DE NOUVEAUX MODES DE CONSOMMATIONS	76
6.1	LA COCAÏNE BASEE PREND UNE PLACE DE PLUS EN PLUS IMPORTANTE ET EMPORTE DES RISQUES PSYCHIATRIQUES QUI S'AJOUTENT AUX RISQUES SOMATIQUES	76
6.2	LA POLY-CONSOMMATION VIENT AGGRAVER LES RISQUES ENCOURUS PAR LES CONSOMMATEURS DE DROGUES	77

La politique de réduction des risques, dans le cadre de conduites addictives aux drogues, se fixe comme objectif de limiter les dommages en lien avec la consommation de substances psychoactives licites ou illicites dans les domaines de la santé somatique, de la santé mentale ou de l'inclusion sociale. Elle se caractérise par l'accompagnement inconditionnel des personnes vulnérables, en particulier en proie aux addictions : « *plutôt qu'une promotion de l'abstinence, la réduction des risques est une méthode pragmatique regroupant un ensemble de stratégies visant à limiter les risques et les dommages sanitaires et sociaux liés à l'usage des drogues. Cette démarche part du principe qu'une société sans drogue n'existe pas mais qu'il est possible d'en limiter les impacts négatifs en travaillant avec les consommateurs pour tirer parti de leur expertise.* »⁶⁰

Les mesures proposées se veulent graduées et adaptées, tout au long du parcours de soin, aux capacités du consommateur de drogue.

1 La consommation de stupéfiants, en particulier par voie intraveineuse, présente des risques accrus de morbidité et de mortalité si les conditions sanitaires sont dégradées

1.1 Les injecteurs sont soumis à un risque accru de contamination infectieuse et de complications somatiques (abcès, endocardites)

L'injection intraveineuse est intrinsèquement porteuse de risques pour les consommateurs et ces risques sont décuplés si le matériel de préparation et d'injection utilisé n'est pas stérile et s'il est partagé entre usagers. Les injections dans des lieux insalubres et dans la précipitation constituent également un facteur de risque supplémentaire (injections ratées, recommencées plusieurs fois).

Les risques sont principalement de trois natures : infectieux, somatiques non infectieux et psychiatriques.

Les risques infectieux sont redoublés en cas de partage de matériel

Le partage du matériel de préparation et d'injection constitue le principal facteur de risque de transmettre et de contracter des infections transmissibles par le sang, telles que le VIH et les virus de l'hépatite B et C (VHB et VHC).⁶¹

La consommation de drogues injectables reste un mode important de transmission du VIH dans plusieurs pays de l'Union européenne. En outre, malgré la baisse des taux de contaminations ces dernières années, plus d'un nouveau cas de sida sur dix dans l'UE est toujours attribué à la consommation de drogues injectables.

L'infection par le VHC est très répandue parmi les consommateurs de drogues injectables en Europe. L'infection est souvent asymptomatique et beaucoup de personnes infectées l'ignorent. Le virus est associé à une hépatite aiguë et chronique, on estime que 75 à 80 % des personnes infectées développeront une maladie chronique. L'hépatite C chronique peut entraîner de graves

⁶⁰ Joanna Matuszczak-Delaroche - Psychologues et Psychologies 2015 n°241

⁶¹ Source : OEDT https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/drug-related-infectious-diseases-health-and-social-responses_en#section2

maladies du foie, telles que la cirrhose et le cancer, pouvant entraîner la mort. La prévalence des anticorps anti-VHC (un marqueur d'infection par le virus) parmi les échantillons nationaux de consommateurs de drogues injectables est très variable, mais elle est considérablement plus élevée que les niveaux observés dans la population générale, certains pays signalant des taux supérieurs à 50 %. En France, les données 2016 de l'étude ANRS-Coquelicot⁶² estiment à 64 % la part des personnes injectrices de substances psychoactives infectées du VHC.

Les derniers résultats de l'étude (2022-2023), non publiés à ce stade⁶³, montrent un recul de la prévalence VIH et VHC pour tous les usagers, sauf sur les populations les plus précaires qui ne connaissent pas leur statut sérologique.

Par ailleurs, l'enquête Coquelicot montre qu'il n'y a pas moins d'injections aujourd'hui. D'une part, la prévalence de l'injection ne baisse pas, et d'autre part, le nombre d'injections augmente parce qu'il y a de plus de disponibilité de stimulants (dont la cocaïne) dont la fréquence de consommation est beaucoup plus élevée que l'héroïne et autres opiacés. Par ailleurs, la fréquence des modes de consommation conjuguant inhalation et injection semble en hausse.

L'injection de médicaments comporte également un risque d'infections bactériennes telles que *Staphylococcus aureus* ou les infections à streptocoques du groupe A.

L'injection induit également d'autres comorbidités somatiques

Selon l'Inserm 2010⁶⁴, les usagers de drogues injecteurs rencontrent fréquemment d'autres problèmes somatiques que des infections virales : morbidité infectieuse (bronchites, rhumes, abcès...), mais également pathologies de l'appareil locomoteur (douleurs, fractures, violences, accidents...), problèmes de peau et de dents (mycose, plaies, ulcères cutanés...) ou encore pathologies d'ordre digestif (constipation, diarrhées, ulcères gastro-duodénaux, pathologies du foie...), problèmes cardiaques. Les pratiques d'injection peuvent parfois entraîner des pathologies infectieuses lourdes telles que des septicémies, endocardites, arthrites.

Des surdoses non mortelles sont également fréquemment rapportées : 7 % des usagers de drogues vus en 2008 en Caarud déclarent avoir connu au moins un épisode dans l'année de perte de connaissance après consommation.

Les comorbidités psychiatriques, fréquentes chez les usagers de drogues, renforcent les comportements à risques

Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes chez les toxicomanes selon les professionnels du secteur mais il n'existe pas d'étude récente sur ce sujet. Les troubles de la personnalité, la dépression, les troubles anxieux et les troubles psychotiques peuvent préexister ou être consécutifs à la consommation des produits. Parmi les usagers de drogues, 40 à 60 % présentent une comorbidité psychiatrique, selon l'Inserm en 2010⁶⁵. Or, les usagers de drogues souffrant de

⁶² L Weill-Barillet, J Pillonel, C Semaille, L Léon, Y Le Strat, X Pascal, et al. Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey Rev Epidemiol Sante Publique, 64 (4) (2016).

⁶³ Les résultats de l'enquête ont été fournis oralement à la mission par l'équipe de recherche.

⁶⁴ Inserm, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues, 2010.

⁶⁵ Inserm, Réduction des risques chez les usagers de drogues, Synthèse et recommandations, 2010.

troubles psychiatriques associés présentent plus de comportements à risques infectieux (partage de matériel notamment).

1.2 L'inhalation présente des risques de contamination infectieuse en cas de partage de matériel, quoi que moins élevé que l'injection

Même si le partage du matériel lié à l'injection (seringue, cuiller, filtre, eau) constitue le risque majeur de transmission du VHC dans la population des usagers de drogues, une revue de la littérature réalisée en 2006 met toutefois en évidence une prévalence du VHC beaucoup plus élevée chez les usagers de drogues non injecteurs (2 à 35 %) que dans la population générale (moins de 1 %)⁶⁶.

Pour les usagers consommant par voie inhalée, l'une des hypothèses est que le partage d'outils de consommation (pailles) permet une transmission. Pour les usagers consommant du crack par voie fumée, le partage de pipes à crack en verre, cassables et transmettant facilement la chaleur, constitue également une hypothèse pour la transmission du VHC. Le VHC est en effet présent dans les mucoités nasales de personnes porteuses de VHC, dans le sang et sur les instruments servant à consommer.

Par ailleurs, la population des usagers de crack cumule les facteurs de vulnérabilité sociale, économique, sanitaire qui se renforcent mutuellement.

1.3 Les décès par surdose sont principalement dus aux opioïdes, mais également et de plus en plus à la cocaïne dont la disponibilité et la pureté augmentent

Une surdose aux opioïdes est provoquée par la prise d'un produit dérivé de l'opium à une dose supérieure à celle supportée par l'organisme, quel que soit le mode d'administration. Parmi les opioïdes, on trouve des médicaments (médicaments antidouleur à base d'opioïdes, traitements de substitution aux opiacés : TSO) et des substances illicites (héroïne par exemple). Une surdose d'opioïde peut entraîner un coma, un arrêt respiratoire et être mortelle.

En France, 80 % des décès par surdose sont dus aux opioïdes (la méthadone et l'héroïne étant les plus représentées avec respectivement 37 % et 25 %) ; toutefois, l'implication de la cocaïne est en forte croissance depuis 2014. L'évolution du nombre de décès directement liés aux drogues des personnes de moins de 50 ans paraît fortement liée à la disponibilité et à la pureté de l'héroïne⁶⁷.

Ainsi, en 2022, l'enquête DRAMES recense 638 décès directement liés aux drogues (627 en 2021)⁶⁸ :

- 301 décès directement liés aux médicaments de substitution aux opiacés ;

⁶⁶ Idem.

⁶⁷ OFDT 2023, Décès directement liés aux drogues, évaluation de leur nombre en France et évolutions récentes.

⁶⁸ <https://addictovigilance.fr/wp-content/uploads/2024/05/Resultats-DRAMES-2022.pdf>

- 121 liés à la consommation d'héroïne ;
- 140 liés à la consommation de cocaïne ;
- 63 liés à un ménage héroïne – cocaïne ;
- 17 liés aux amphétamines ;
- 60 décès liés aux opioïdes licites (morphine, Tramadol®, codéine...)

2 Des politiques de réduction des risques et des dommages se mettent en place à l'occasion de l'épidémie de VIH dans les années 1980

Au début des années 1980, la transmission très significative du VIH au sein des communautés de consommateurs de drogues injectables⁶⁹, poussent les autorités sanitaires nord-américaines et européennes à mettre en place une politique visant à freiner les risques infectieux liés à la réutilisation ou l'échange du matériel d'injection (diffusion de messages de prévention et mise à disposition de matériel stérile). La politique de réduction des risques et des dommages (RDR) se veut être une réponse pragmatique au constat d'une consommation de drogue dans l'espace public. Elle assume une certaine rupture avec les politiques conduites jusqu'alors, reposant essentiellement sur la recherche d'un sevrage et de l'abstinence. Elle place comme priorité l'accueil de toute personne à risque, quelle que soit sa situation de vie et ses pratiques. La RDR vise donc un public chez lequel une abstinence est difficile à obtenir à brève échéance et propose, sans attendre et sans condition d'engagement, une combinaison graduelle de mesures visant à prévenir les risques et/ou réduire les dommages.

2.1 La politique de réduction des risques est mise en place précocement au Royaume-Uni et aux Pays-Bas

En Europe, cet accompagnement inconditionnel des consommateurs de produits stupéfiants prend corps au début des années 1980 au Royaume-Uni et aux Pays-Bas avec un double objectif : enrayer la propagation des maladies, notamment infectieuses, liées à la consommation de drogues mais également diminuer les risques sanitaires collatéraux visant les riverains à travers les « scènes publiques ».

Ces deux pays initient précocement des politiques d'accompagnement des usagers de drogue caractérisées par un « bas niveau d'exigence » à l'égard du consommateur : dès 1985 les autorités britanniques permettent, sans condition préalable, l'accès à du matériel d'injection à usage unique et à des produits de substitution. Ces initiatives sont prises dans un contexte où *plus de la moitié des héroïnomanes américains, français et italiens sont séropositifs et où leur nombre double tous les six mois, c'est à-dire beaucoup plus rapidement que celui de la population générale.*⁷⁰

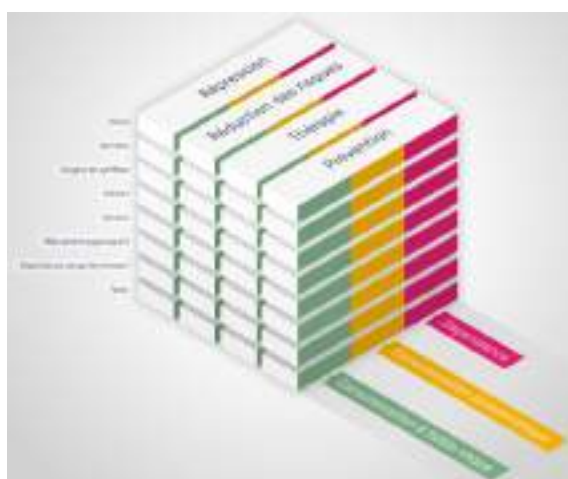
⁶⁹ En 1988, la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables est estimée à 40 % - Bulletin de suivi de l'infection à VIH/sida en Ile-de-France – décembre 2009

⁷⁰ Mirko D. Grmek, Histoire du sida : début et origine d'une pandémie actuelle - 1989

Dès le début des années 1990, les autorités helvétiques mettent en place au niveau fédéral la « politiques des quatre piliers » reposant sur :

- promotion de la santé (actions de prévention) ;
- thérapie et conseil (sortir de la dépendance) ;
- réduction des risques et dommages (conséquences physiques, psychiques et sociales) ;
- réglementation et exécution de la loi (mesures répressives).

Schéma 1 : Politique des quatre piliers



Source : office fédéral de la santé publique (Suisse)

Selon l'office fédéral de la santé publique (OFSP) ces mesures ont permis la baisse progressive du nombre de décès directement imputables à la consommation de drogue, passant de 375 en 1995 à moins de 150 en 2010. Les autorités helvétiques estiment que les contaminations VIH en lien avec la consommation de stupéfiants ont chuté de 800 cas/an en 1990, à moins de 10 cas/ans depuis 2010.

2.2 Cette politique prend corps en France à partir de 1987 avec les programmes d'échange de seringues et les traitements de substitution aux opiacés

L'appropriation française des concepts de réduction des risques se fait progressivement. Trois étapes successives peuvent être schématiquement retenues : l'accès à des seringues stériles sans prescription, les démarches « d'aller-vers » et l'accessibilité à des traitements de substitution.

En France, où la loi du 31 décembre 1970⁷¹ fixe les peines encourues par ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants, la ministre de la Santé met en avant les observations positives rapportées outre-manche, pour lancer fin 1986 une expérimentation visant à permettre la vente de seringues en pharmacie, sans prescription, ni

⁷¹ Loi relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses

justification d'identité. Après un premier décret temporaire entré en application en mai 1987⁷² et deux évaluations favorables en juillet 1988 et janvier 1989, le décret du 11 août 1989⁷³ proroge à titre définitif l'assouplissement des conditions de vente des seringues en pharmacies.

Dans ce contexte, l'organisation non gouvernementale Médecins du Monde met en place en 1989 le premier programme d'échange de seringues à Paris, peu à peu étendu à plusieurs villes de province. Outre la mise à disposition de matériel stérile et les bénéfices attendus en matière de réduction de transmissions virales, ce programme préfigure les opérations « d'aller-vers » et de sensibilisation au plus près des consommateurs. Ainsi, sont conjointement proposés à la distribution de matériel stérile, des consultations de dépistage et de prévention.

Peu de temps après ce qui apparaît comme les premières étapes décisives en matière de RDR en France, l'adoption d'un plan triennal 1993-1996 permet *la mise en place d'un programme de substitution, autorisant la prescription de la méthadone qui pallie les effets de manque tout en limitant les effets euphorisants des drogues auparavant consommées.*⁷⁴ Ainsi, en complément des sites hospitaliers de Fernand Widal et Sainte-Anne déjà mobilisés⁷⁵, de nouveaux centres d'accès aux traitements substitutifs aux opiacés (TSO) sont ouverts permettant d'atteindre plus d'une centaine de « centres méthadone » au cours de l'année 1995. Parallèlement,

- le cadre réglementaire de la prescription des opiacés de substitution est détaillé dans une circulaire de la direction générale de la santé (DGS) datée du 31 mars 1995⁷⁶ ;
- en complément des structures spécialisées, les médecins généralistes sont autorisés à prescrire, en ville, un traitement substitutif à base de buprénorphine (Subutex®) dont l'autorisation de mise sur le marché entre en vigueur en 1995.

⁷² Décret n° 87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n° 72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie

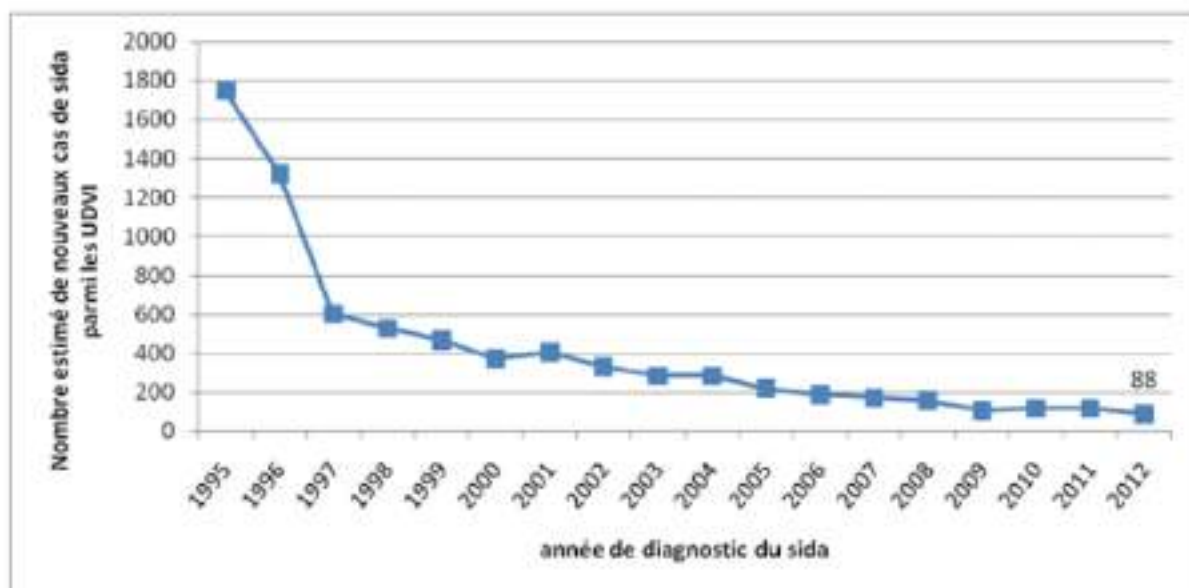
⁷³ Décret n°89-560 du 11 août 1989 modifiant le décret 72200 du 13-03-1972

⁷⁴ Substitution aux opiacés – OFDT – Docus consommations et conséquences

⁷⁵ Dans le cadre d'une autorisation délivrée en 1973 et d'une étude encadrée par l'INSERM

⁷⁶ DGS/SP3/95 n°29 du 31/03/95

Schéma 2 : Evolution du nombre de nouveaux cas de VIH liés à l'usage de drogue par voie injectable depuis 1995



Source : données 2012 – système de surveillance VIH en France - InVS

Enfin, la loi promulguée en 2004⁷⁷ acte de manière formelle le principe de réduction des risques, en détaille les principes et en précise les objectifs : *la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue 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*. La responsabilité de l'Etat en matière de RDR y est clairement affirmée.

3 La mise en place à partir de 2005 des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) marque une étape importante dans l'accompagnement médico-social des consommateurs

3.1 L'usager est accompagné au plus proche de sa situation quotidienne

3.1.1 Les Caarud, outils d'accueil « à seuil adapté », sont mis en place en 2005

La notion de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) est introduite dans la loi de 2004 relative à la politique de santé publique⁷⁸ : en qualité d'établissement médico-social, ces structures disposent d'un financement pérenne, assuré

⁷⁷ Code de la santé publique - Article L3121-4

⁷⁸ Loi de santé publique du 9 août 2004

par l'Assurance maladie, et d'un statut clairement défini (l'essentiel des centres étant portés par le milieu associatif).

Le décret d'application paru en décembre 2005 en détaille précisément les missions.

L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues.

Le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :

- l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place ;
- l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;
- l'incitation au dépistage des infections transmissibles ;

Le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;

La mise à disposition de matériel de prévention des infections ;

L'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers. Les Caarud développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

Les centres participent au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

Source : décret n° 2005-1606 du 19 décembre 2005

Implantés dans tous les départements à partir de 2006, les Caarud fonctionnent selon le principe de seuil de tolérance élevé (« seuil adapté ») : il n'existe aucune restriction d'accès au centre à l'exception de celle de la consommation de produits stupéfiants sur place. L'utilisateur est en droit de bénéficier d'un accompagnement même en l'absence d'expression de projet de sevrage, l'objectif étant d'établir un lien et d'initier avec lui une maîtrise des risques liés à sa consommation et non pas la consommation elle-même.

L'intervention des Caarud repose sur quatre champs distincts : (1) l'accueil individuel et collectif, (2) l'information, le conseil et la délivrance de matériel, (3) l'accompagnement vers le soin et l'inclusion sociale et (4) l'aide aux démarches de proximité. Les initiatives de la santé publique côtoient celles en faveur des droits sociaux.

- De manière non exhaustive, **les missions d'accompagnement en santé** regroupent :
 - l'information du consommateur adaptée à ses vulnérabilités et le rappel des mesures de prévention ;
 - la proposition de consultations médicales et d'actes de soins ;
 - la proposition de consultations de suivi psychologique et/ou d'accès à la substitution (des consultations médicales étant spécifiquement mises en place à cet effet) ;
 - la proposition d'actes de dépistage (certaines structures disposent de FibroScan® pour rechercher des signes précoces de fibrose hépatique) ;
 - la mise à disposition de matériel stérile à usage unique et la collecte de matériels usagés ;

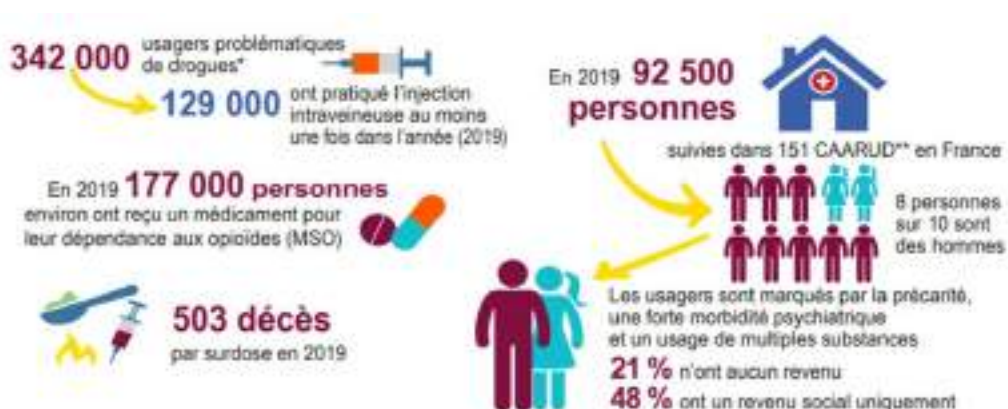
- la mise à disposition de matériel de prévention des infections sexuellement transmissibles ;
- de manière plus générale, l'accès à l'hygiène corporelle (douches, produits d'hygiène, laverie).

Ces interventions sanitaires ne peuvent s'imaginer qu'au sein d'un réseau d'acteurs de santé sensibilisés à l'accompagnement de personnes consommatrices de drogues impliquant à la fois, l'établissement de santé de proximité, partenaire des soins urgents, des complications infectieuses, de la lutte contre l'addiction et de la prise en charge des troubles psychiatriques, les acteurs de soins libéraux (médecins, pharmaciens, dentistes et infirmières) qui participent au maillage de prévention, de détection et prise en charge des usagers de drogues, ainsi que toutes les associations et acteurs de prévention qui participent à la prise en charge globale des personnes accueillies dans les Caarud.

- A ces missions s'ajoute un large **panel d'initiatives en faveur d'une réinsertion sociale**, parmi lesquelles :
 - un espace d'accueil et de repos avec mise à disposition de denrées alimentaires ;
 - des accès Internet et aux services administratifs en ligne ;
 - l'accès à une ligne téléphonique ;
 - un espace conseil social et accès aux droits (situation administrative, logement, insertion professionnelle).

Là encore, l'intervention des centres ne se conçoit que de manière complémentaire avec les acteurs sociaux (Assurance maladie, services municipaux) ou associatifs (appartement thérapeutiques ou aide au logement) du secteur d'implantation.

Schéma 3 : Profils et pratiques des usagers reçus en Caarud en 2019



Source : Mildeca

- Enfin, les Caarud prennent part à une **mission de santé publique** via la surveillance des produits consommés par les usagers de drogues : leur répartition sur l'ensemble du territoire et leur proximité avec les consommateurs font des Caarud les capteurs d'un dispositif de veille nationale animé par l'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT).

Les rapports annuels transmis par les centres représentent une première brique du dispositif de suivi de l'évolution des pratiques des usagers de drogues. En complément de ces éléments, l'OFDT anime le recueil de données qualitatives auprès d'usagers, d'intervenants du secteur socio-sanitaire et des services de sécurité afin de *d'observer et qualifier l'évolution des tendances et des phénomènes émergents liés aux produits psychotropes illicites ou détournés de leur usage*. Ce « dispositif TREND »⁷⁹ s'appuie sur un réseau de neuf agglomérations (Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse et La Réunion) et participe à l'observation des populations consommatrices, de leurs pratiques et des produits consommés. L'outil permet de *suivre et de comprendre les tendances, les contextes de l'usage et d'identifier les phénomènes émergents*⁸⁰. Au-delà du partage centralisé des données d'activités, les Caarud participent depuis 2006 à des analyses qualitatives auprès des usagers sur les produits consommés, les conditions sanitaires et de vie des usagers, les difficultés d'accès à l'hébergement et aux soins (enquêtes ENa-Caarud⁸¹). Ce dispositif de collecte des informations est complété par le système d'identification national des toxiques et substances (SINTES), également piloté par l'OFDT et qui est chargé de collecter, analyser et alerter sur les compositions des produits psychoactifs consommés.

3.1.2 Les missions des Caarud s'étendent hors les murs

Les démarches de proximité font partie intégrante des missions confiées aux Caarud. Afin de s'adapter à la frange la plus précaire et la plus désaffiliée des consommateurs, les centres étendent leurs interventions de proximité hors les murs. Outre le principe d'externalisation des actions déjà conduites « dans les murs », en particulier l'offre de RDR (distribution de matériels stériles, unités mobiles de prescription de traitements substitutifs⁸²), cette politique d'aller-vers prend corps dans les principaux axes suivants :

- connaître l'environnement et identifier les populations à risque non couvertes par les services de RDR déjà en place (caractérisation du territoire et de la population cible). Elle nécessite une concertation avec les acteurs de proximité institutionnels ou associatifs ;
- faciliter l'accès au centre par les rencontres *in situ* et l'émergence d'un lien de confiance ;
- participer aux actions de médiation sociale en vue d'assurer une bonne intégration du centre et des usagers dans le quartier (plus de 80 % des centres déclarent y prendre une part active) et initier des activités de médiation en direction des services de police ou de gendarmerie ;
- prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues (détection de matériels souillés dans l'espace public) ;
- accompagner de manière particulière les publics festifs afin d'y prévenir les risques sanitaires et sociaux.

⁷⁹ « Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues » : ce dispositif initié en 1990 par la mission interministérielle de lutte contre les drogues est confiée depuis 1999 à l'OFDT

⁸⁰ Guide méthodologique du dispositif TREND – OFDT 2020

⁸¹ L'OFDT a publié en 2019 la sixième édition de cette enquête nationale

⁸² Le principe de le « bus méthadone », initié à Paris en 1998 par l'organisation Médecins du monde, a été repris et décliné par de nombreux Caarud.

Cette disposition à « aller-vers » peut s’incarner au sein d’une unité mobile intervenant au plus près des usagers, visant à s’affranchir des « réticences distancielles ».

3.1.3 De nouvelles missions sont confiées au Caarud à partir de 2016

En 2016⁸³ les Caarud voient leurs prérogatives s’élargir à deux champs notables de prévention :

Le premier concerne la possibilité offerte aux centres d’accueil de réaliser, sous réserve d’une formation préalable des personnels concernés, **des tests de diagnostic rapides** (TROD) ou autotests détectant les infections VIH et hépatite C. Ces tests placent désormais les Caarud en première ligne des acteurs de prévention, au plus près d’un public fragile.

Le second concerne l’**éducation des usagers à la survenue d’un surdosage** mortel à la suite d’une consommation de substance opiacée dont les effets dépressifs respiratoires sont notables. Les centres d’accueil se voient autorisés à délivrer aux usagers un antidote⁸⁴ agissant comme antagoniste des récepteurs de la morphine (naloxone). Cet antidote spécifique des opioïdes, faisant référence dans le traitement d’urgence des surdoses, est remis aux consommateurs de produits opiacés (et/ou leur entourage) après une démonstration de l’usage du produit et de ses modalités d’administration (inhalée ou injectée). Dès lors, le nombre de kits d’antidote distribué aux usagers des centres d’accueil est intégré parmi les critères annuels de mesure d’activité.

Enfin, sur la base des compétences qui leur ont été conférées en matière de *promotion et de supervision des comportements, des gestes et des procédures de prévention des risques*⁸⁵ les Caarud peuvent prendre une part active à la sensibilisation et l’éducation des usagers de drogues. Leurs missions d’accompagnement ou de soins, sont fréquemment l’occasion de rappeler des règles essentielles d’asepsie cutanée, de prévention de complications infectieuses superficielles ou profondes, de prévention des surdoses. Ces rappels, qui restent théoriques, trouvent parfois leurs limites face à un public fragile, souvent ancré dans des automatismes de consommation dont il n’arrive pas à se défaire.

Une étude conduite par l’ANRS entre 2009 et 2013 (ANRS-AERLI - accompagnement et éducation aux risques liés à l’injection) a mis en évidence le bénéfice de « sessions d’éducation » s’attachant à diminuer les pratiques à risque de transmission virale et les complications au site d’injection⁸⁶. Sur la base de cette étude, certains acteurs de Caarud ont bénéficié d’une formation en faveur d’une approche didactique et concrète des modalités d’injections. Cette démarche pédagogique consiste à mettre l’usager en conditions réelles de consommation afin de détecter et lui signaler les pratiques les plus à risque. Le cadre réglementaire encadrant cette pratique expérimentale - bien distincte du principe de consommation supervisée- mériterait d’être clarifié avant son éventuelle extension à tous les centres d’accueil d’usagers.

⁸³ Loi n° 2016-41 de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, et ses décrets d’application

⁸⁴ Arrêté du 5 mai 2017 fixant la liste des médicaments pouvant être dispensés dans les centres d’accueil et d’accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogues

⁸⁵ Article L3411-8

⁸⁶ De la recherche communautaire à la transformation sociale : l’exemple du projet ANRS-AERLI sur l’accompagnement et l’éducation aux risques liés à l’injection. Perrine Roux - Psychotropes 2017

3.1.4 Les moyens financiers alloués aux 151 Caarud sont en hausse

Les actions de RDR mises en œuvre dans les 151 centres d'accueil recensés en 2022 mobilisent près de 950 équivalents temps plein⁸⁷ parmi lesquels environ 100 bénévoles. Les éducateurs et animateurs de prévention représentent la majorité des effectifs (plus de 40 %) à l'inverse des personnels soignants, psychologues et assistants sociaux qui en représentent à peine 5 %. Les Caarud participent à l'accueil d'une file active annuelle avoisinant les 93.000 usagers. L'évolution de leurs dotations annuelles est présentée infra.

Tableau 1 : Evolution des dotations annuelles allouées au Caarud (millions d'€)

2021	2022	2023
75,7	79,2	87,7

Source : informations transmises à la mission par la DGS

En 2020 l'objectif de dépenses d'assurance maladie pour les établissements médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (appartements de coordination thérapeutique, Caarud, Csapa et lits halte soins santé) était fixé à 728,1 millions d'euros.

3.2 Les centres de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) participent également à la prise en charge des usagers de drogues

Parmi les partenaires privilégiés des Caarud, figurent les centres de soin d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) : instaurés par la loi du 2 janvier 2002, ils agrègent les missions préalablement assurées par les centres de cure ambulatoire en alcoologie et centres de soins spécialisés pour toxicomanes. Financés par l'assurance maladie, ces structures s'adressent aux *personnes en difficulté avec leur consommation de substances psychoactives (licites ou non, y compris alcool, tabac et médicaments détournés de leur usage). Leur mission s'étend également aux personnes souffrant d'addictions sans substance (en particulier le jeu pathologique)*⁸⁸.

Les Csapa se voient confier comme principale mission, outre l'accueil et l'information en lien avec une conduite addictive, la prise en charge médicale, psychologique, sociale et éducative de ces comportements à risque. Ces structures se distinguent donc des Caarud par leur mission de prise en charge de l'addiction et non plus seulement de réduction des risques : leur intervention nécessite donc une compréhension de l'usager à l'égard de sa dépendance couplée à une volonté et une capacité à s'en détacher⁸⁹. Csapa et Caarud se distinguent donc par leurs publics cibles et leur temporalité d'intervention dans la lutte contre les addictions.

⁸⁷ Données OFDT 2022

⁸⁸ Circulaire DGS n° 2008-79 du 28 février 2008

⁸⁹ L'article L. 3411-6 du Code de la santé publique assigne aux CSAPA une mission obligatoire de prévention individuelle et collective des conduites addictives (avec ou sans substance), jusque-là facultative

Les 385 Csapa mobilisent 4.800 ETP et accueillent chaque année près de 320.000 usagers engagés dans une démarche de soin, dont la moitié souffre de dépendance à l'alcool⁹⁰.

4 L'ouverture expérimentale en 2016 de deux salles de consommation supervisée vient compléter le dispositif de RDR existant

4.1 L'expérimentation des salles de consommation supervisée est lancée en 2016

4.1.1 Les premiers travaux gouvernementaux sont initiés en 2013

Le maintien à un niveau élevé d'une consommation de stupéfiants par voie intraveineuse, la paupérisation des consommateurs qui y sont associés et les risques sanitaires, en particulier infectieux, liés à ces pratiques conduisent le Gouvernement en 2013 à s'interroger sur l'évolution des politiques de RDR. Cette question est d'autant plus d'actualité que la consommation de drogues par voies injectables dans les espaces publics, en particulier d'héroïne, induit :

- une prise de risque majeure pour le consommateur (défauts d'hygiène, infections, surdoses) ;
- une prise de risque significative pour son environnement (risque de blessure accidentelle par du matériel usagé laissé dans l'espace public) ;
- un retentissement négatif en matière de voisinage et de sécurité.

En réponse à une demande de la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie, le Professeur Reynaud, chef du service de psychiatrie et addictologie à Hôpital Paul Brousse remet en juin 2013 un rapport préparatoire à la rédaction du plan gouvernemental de lutte contre les drogues. Il appelle à une politique de réduction pragmatique des dommages impliquant un nouveau référentiel de santé publique, une autre philosophie du soin : *partir de la demande de l'utilisateur qui reste le meilleur levier, s'y adapter et l'accompagner dans une démarche progressive dans laquelle tous les changements positifs sont considérés comme des succès*⁹¹. Parmi les propositions formulées, apparaît la mise en place des salles de consommation à moindre risque, ces programmes contribuant à l'accès aux soins somatique, psychiatrique, mais aussi de l'addiction et ayant un impact positif sur la réduction des comportements à risque à l'occasion des injections. Ces salles visent à apporter une réponse concrète sans pousser les consommateurs dans une plus grande clandestinité, dont les conséquences en matière de santé sont néfastes (considérer le consommateur comme un malade à accompagner).

⁹⁰ Données OFDT

⁹¹ Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, M Reynaud, 2013

Sur la base des publications scientifiques disponibles et des travaux qui lui ont été remis, le Gouvernement publie fin 2013⁹² un plan de lutte contre les drogues, articulé autour de trois priorités :

- la recherche et une meilleure compréhension des conduites addictives en vue de nouveaux traitements médicamenteux ;
- la prise en compte des populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux, en veillant notamment à rejoindre les populations les plus éloignées pour des raisons géographiques ou sociales ;
- la garantie de sécurité, de tranquillité et de santé publiques, incluant un volet acceptabilité sociale des usagers et des dispositifs de soins et de réduction des risques notamment par les actions de médiation.

Désireux de faire face à la diversité des besoins de chaque consommateur de drogues et conscient de la dégradation des indicateurs de morbidité et de mortalité chez les personnes en précarité le Gouvernement valide la création de salles de consommation de drogue à moindre risque, s'appuyant sur l'article L. 3121-4 du code de la santé publique, qui précise que *la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue 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*. L'avis négatif rendu par le Conseil d'État en octobre 2013, estimant que cette disposition ne constitue pas une base légale suffisante pour autoriser l'ouverture de salle de consommation à moindre risque, conduit le Gouvernement à passer par voie législative.

4.1.2 La loi de modernisation du système de santé votée en 2016 ouvre la possibilité d'expérimenter des espaces de consommation supervisée

La politique française de RDR est complétée en janvier 2016⁹³, l'article 43 de la loi de modernisation du système de santé introduisant le lancement d'une expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR) : cette initiative, conduite pour une durée de six ans, est confiée aux Caarud, autorisés à ouvrir des salles de consommations dans des locaux distincts de ceux utilisés dans le cadre de leurs missions de droit commun.

⁹² Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017

⁹³ Loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Les actions devant être mises en œuvre se déclinent de la manière suivante (CSP L3411-8) :

- délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants ;
- orienter les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale ;
- promouvoir et distribuer des matériels et produits de santé destinés à la réduction des risques ;
- promouvoir et superviser les comportements, les gestes et les procédures de prévention des risques. La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. Elle ne comporte aucune participation active aux gestes de consommation ;
- participer à l'analyse, à la veille et à l'information, à destination des pouvoirs publics et des usagers, sur la composition, sur les usages en matière de transformation et de consommation et sur la dangerosité des substances consommées.

La nouvelle politique de RDR repose dès lors sur trois piliers :

- la limitation des dommages par l'entrée des usagers dans un processus de réduction des risques et de soins ;
- la limitation de la morbi-mortalité par la prévention des surdoses et des infections liées aux consommations de drogues ;
- la tranquillité publique par la réduction des nuisances pour l'environnement et le maintien de l'ordre public.

4.1.3 Le cahier des charges est publié par arrêté en mars 2016

Par arrêté du 22 mars 2016, le cahier des charges relatif à l'expérimentation des SCMR est publié. Il fixe les missions des salles de consommation, leurs conditions de fonctionnement, les produits autorisés ainsi que le protocole à suivre. La constitution de l'équipe pluridisciplinaire responsable de son fonctionnement est détaillée, précisant les rôles relatifs des professionnels de santé et des professionnels du secteur médico-social. Le public visé est limité aux consommateurs de drogues par voie injectable.

Cahier des charges 2016

Objectifs généraux :

- Contribuer à réduire, chez les usagers injecteurs, les risques de surdose, d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues en fournissant des conditions d'injection sécurisée et du matériel stérile.
- Contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans un processus de réduction des risques et de soins, et un nouveau parcours de vie, afin de lutter contre les addictions.
- Contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans des processus de sevrage ou de substitution.
- Contribuer à améliorer l'accès des usagers aux droits et aux services sociaux.
- Réduire les nuisances dans l'espace public.

Objectifs spécifiques :

- Atteindre les usagers injecteurs à haut risque et les faire entrer dans un processus de réduction des risques et de soins.
- Améliorer les capacités des usagers à adopter des comportements de prévention, de réduction des risques et des dommages.
- Encourager les usagers à pratiquer des dépistages de maladies infectieuses (VIH, hépatites notamment) afin de connaître leur statut sérologique.
- Encourager et faciliter l'accès aux soins somatiques, psychologiques et l'accès aux traitements des dépendances des usagers les plus précaires.

La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), accompagnée des représentants des ministères de la Santé, de la Justice, et de l'Intérieur, est désignée pour assurer le pilotage national des projets de SCMR. Elle est en lien avec les comités de pilotage qui se constituent localement, composés du maire de l'agglomération concernée, l'agence régionale de santé, le préfet de département, le procureur de la République, le commissaire de police et l'association candidate à la gestion du projet de salle de consommation.

Sur la base de ce cahier des charges, deux projets sont validés, l'un à Paris (octobre 2016), l'autre à Strasbourg (novembre 2016).

4.1.4 Plusieurs instances scientifiques avaient émis des réserves à l'égard de cette expérimentation

En amont du le vote de la loi de 2016, plusieurs instances scientifiques ont émis des réserves quant aux conséquences d'une « autorisation de consommation sous supervision médicale ».

- Les réserves formulées par le conseil national de l'Ordre des médecins

En 2013, alors que le Gouvernement entame des réflexions sur l'opportunité d'ouvrir des salles de consommation, le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) exprime ses réserves estimant déraisonnable de *cautionner l'injection de produits illicites et véhiculer un message fort permissif pour les jeunes*. L'instance ordinaire interroge également la responsabilité juridique du personnel médical mobilisé dans ces salles, craignant notamment les implications légales pouvant les viser en cas de surdose mortelle.

Réinterrogé en 2016 sur le sujet, le CNOM appelle à la prudence, considérant qu'il est préférable de prévenir un geste délétère plutôt que de l'accompagner.

- Les réserves formulées par l’académie de médecine et de pharmacie

En octobre 2014, l’Académie nationale de médecine, consultée sur le projet de loi santé, émet un avis défavorable à l’expérimentation en cours de préparation considérant que *les addictions aux substances psychoactives créent un état de maladie qu’il convient de traiter et non d’entretenir*⁹⁴. Ce point d’achoppement traduit une divergence d’approche scientifique entre une volonté de lutte contre l’addiction et un objectif de réduction des risques pour lequel l’abstinence n’est pas un but en tant que tel.

4.1.5 Certaines de ces réserves ont été levées en 2024

- Des échanges que la mission a pu tenir avec ses représentants, il ressort que le conseil national a actualisé sa position en affirmant *la nécessité de maintenir les deux salles existantes et d’envisager de nouvelles implantations en fonction des besoins géographiques. Par ailleurs, le Conseil National de l’Ordre des Médecins réaffirme la nécessité de renforcer la politique de prévention des addictions et de développer la prise en charge des patients usagers de drogue*⁹⁵.

Toutefois, le conseil rappelle l’importance d’intégrer cette initiative de RDR dans une démarche plus globale de prise en charge et de lutte contre l’addiction.

Enfin la mission a entendu le maintien de réserves quant au principe d’une consommation supervisée de cocaïne basée par voie inhalée estimant que la balance bénéfices de RDR/ risques encourus par le consommateur reste nettement défavorable du fait :

- de l’absence de traitement substitutif ;
 - d’un risque infectieux significativement moindre avec le matériel d’inhalation comparativement au matériel d’injection ;
 - des graves dommages neurologiques et de la forte dépendance.
- En revanche, l’Académie de médecine n’a pas modifié sa position réservée à l’égard des espaces de consommation supervisée⁹⁶, considérant qu’il convient de « ne pas cautionner des pratiques illicites, qui facilitent l’usage de drogues dont on ne connaît ni l’origine ni la composition, et qu’il est impératif d’effectuer une prise en charge médicale de ces patients pour leur proposer des voies thérapeutiques existantes à leur addiction ».

⁹⁴ Académie de médecine 2014 – Rapport 14-07

⁹⁵ Conclusions de la session du Conseil National de l’Ordre des Médecins réuni le vendredi 28 juin 2024

⁹⁶ Avis pour la cellule « Addictions » de l’académie nationale de médecine rattachée à la commission IV.

5 En 2022, l'expérimentation est prolongée jusqu'à fin 2025 avec quelques aménagements dans le dispositif

5.1 L'expérimentation des SCMR est prolongée sous le terme de haltes de soins addictions

A la demande de la MILDECA, l'INSERM conduit en 2021 une étude d'évaluation des salles de consommation sur la base d'une comparaison de cohortes de consommateurs de drogue les uns fréquentant une salle de consommation supervisée (Paris ou Strasbourg), les autres un centre d'accueil sans consommation supervisée (cf. annexe 3). Ce travail, portant sur trois volets distincts (évaluation de l'efficacité sanitaire, évaluation économique, acceptabilité sociale) confirme les bénéfices individuels et collectifs des SCMR : amélioration de la santé des consommateurs, diminution des passages aux urgences, diminution de la pollution de l'espace public par du matériel usagé, diminution des coûts de prise en charge. Par ailleurs, aucune détérioration de la tranquillité publique liée à l'implantation des espaces de consommation n'a été mise en évidence.

Sur la base de ces travaux, le Gouvernement, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale 2022⁹⁷, prolonge l'expérimentation jusqu'en 2025, laissant aux Caarud et aux Csapa la possibilité d'ouvrir des espaces de consommation rebaptisés haltes soins addictions (HSA). Outre le caractère sémantique de cette nouvelle appellation, visant à ne pas mettre l'aspect consommation au premier plan, cette évolution marque une volonté de mieux inscrire l'utilisateur dans un parcours de santé. A cette occasion, la possibilité de déployer des espaces de consommation mobiles (HSA mobiles) est actée.

Schéma 4 : La HSA, étape d'un accompagnement global



Source : Addictions France

Un rapport d'évaluation de l'expérimentation HSA sera remis par le Gouvernement au Parlement au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation, soit au 30 juin 2025.

⁹⁷ Article 83 du PLFSS pour 2022

5.2 Le cahier des charges de 2016 est modifié

L'arrêté paru le 26 janvier 2022, abrogeant celui de 2016, porte approbation du nouveau cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé. Il détaille l'organisation des nouveaux espaces de consommation et précises les organismes susceptibles de porter ce type de projets : à côté des Caarud déjà cités dans le cahier des charges de 2016, les Csapa font leur apparition dans cette expérimentation *au titre de leur mission de réduction des risques et des dommages*. L'annexe 7 détaille les évolutions entre les deux arrêtés de 2016 et 2022.

Deux évolutions notables méritent d'être soulignées :

- l'ouverture des espaces de consommation supervisée à un public d'usagers de substances psychoactives par voie d'injection, par voie nasale ou par inhalation, et non plus seulement à un *public d'usagers injecteurs*. Cette évolution prend donc en compte de nouveaux modes de consommation comme l'inhalation de cocaïne basée.
- l'introduction d'une mention de *parcours de santé incluant notamment la connaissance et l'adoption de pratiques de réduction des risques et des dommages, la possibilité de de bénéficier d'un suivi psychiatrique, la possibilité d'entrer dans un processus de sevrage et/ou de substitution, l'aide à la recherche d'un médecin traitant*.

Cahier des charges 2022

1. Objectifs généraux

Contribuer à réduire, chez les usagers actifs, les risques de surdose, d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues, en fournissant des conditions de consommation sécurisées et du matériel stérile et/ ou à usage unique et personnel ;

Contribuer à faire entrer les usagers de drogues ou de médicaments détournés de leur usage dans un parcours de santé incluant notamment :

- la connaissance et l'adoption de pratiques de réduction des risques et des dommages ;
- la possibilité de bénéficier d'un suivi psychiatrique ;
- la possibilité d'entrer dans un processus de sevrage et/ ou de substitution ;
- l'aide à la recherche d'un médecin traitant ;

Contribuer à améliorer l'accès des usagers aux droits, aux services sociaux et à l'hébergement ou logement ;

Contribuer à réduire les atteintes à la tranquillité publique, dont la présence de matériel d'injection sur la voie publique.

2. Objectifs spécifiques

Atteindre les usagers actifs à haut risque et les faire entrer dans un parcours de réduction des risques et de soins ;

Améliorer les capacités des usagers à adopter des comportements de prévention, de réduction des risques et des dommages ;

Encourager les usagers à pratiquer des dépistages de maladies infectieuses (VIH, hépatites notamment) afin de connaître leur statut sérologique ;

Début 2023, le Conseil d'État est saisi par des associations de riverains en vue d'annuler ce cahier des charges au prétexte *d'inciter à la consommation de drogue sans prévoir d'accompagnement suffisant pour aider les usagers à s'en détacher*. Le recours est rejeté.

La mission relève que le cahier des charges concernant les dispositifs mobiles évoqués à l'article 43 de la loi de janvier 2022 n'a jamais été publié.

6 Le dispositif mis en place est confronté à de nouveaux modes de consommations

Alors que les évolutions réglementaires de 2019 permettent aux haltes soins addictions de sortir du seul champ du *public d'usagers injecteurs*, les autorités publiques constatent une évolution significative des modes de consommation susceptible de fragiliser les dispositifs mis en place :

- la forte croissance de consommation de cocaïne basée induit des changements de comportement chez les usagers des espaces de consommation ;
- les usagers de drogues sont fréquemment poly-consommateurs.

L'annexe 2 est consacrée aux évolutions de la consommation de stupéfiants.

6.1 La cocaïne basée prend une place de plus en plus importante et emporte des risques psychiatriques qui s'ajoutent aux risques somatiques

L'apparition, d'abord en Ile-de-France, de la cocaïne basée, aussi appelée *crack* ou *free base*, remonte aux années 1990 : elle repose sur la consommation de cocaïne par voie inhalée (et non plus prise) grâce à l'adjonction d'une base, le plus souvent de l'ammoniac ou du bicarbonate de soude, qui cristallise la poudre. Elle nécessite l'utilisation d'une pipe ou d'une feuille d'aluminium permettant de collecter les fumées libérées par la combustion du produit.

Sa facilité d'accès et la baisse du prix de vente⁹⁸ liée à une production internationale en forte hausse, conduisent à une augmentation très significative de sa consommation au cours des dernières années, « une forme de mondialisation, les substances de plus en plus accessibles par tous »⁹⁹. Selon l'OFDT, *en deux décennies, le nombre de consommateurs de cocaïne (usagers dans l'année) n'a cessé de progresser : 1,6 % des 18-64 ans sont concernés en 2017, contre 0,3 % en 2000.*

Cette évolution des pratiques de consommation induit plusieurs conséquences sur les dispositifs d'accueil et de prise en charge :

- l'effet stimulant de la cocaïne basée peut conduire à des attitudes parfois violentes et peut induire ou aggraver des troubles psychiatriques. L'effet psychoactif de la cocaïne provoque fréquemment une phase d'exaltation et de désinhibition. Ces situations diffèrent de celles

⁹⁸ Selon l'OFDT, le prix d'une « galette » de crack permettant 3 à 5 consommations, varie entre 10 et 20 €

⁹⁹ François Beck – OFDT 2016

usuellement rencontrées dans les espaces d'accueil de consommateurs d'opiacés par voie injectable plutôt sujets à une somnolence.

Par ailleurs, la neurotoxicité de la cocaïne basée participe à l'aggravation des troubles psychiatriques fréquemment associés à cette consommation : variabilité d'humeur, crises délirantes et attaques de panique viennent compliquer un état psychique souvent précaire et peuvent conduire à des actes de violence et/ou à des agressions sexuelles.

- Les consommateurs de cocaïne basée présentent un profil de forte désaffiliation, souvent associé à une histoire de migration. Fréquemment d'origine sub-saharienne et primo-arrivants en Europe, nombre d'entre eux ne disposent d'aucun statut légal de séjour en France¹⁰⁰. Leur accueil nécessite donc une implication dans des procédures administratives longues au succès d'autant plus incertain que certains, visant d'autres destinations comme le Royaume-Uni, ne sont que de passage.
- La consommation quotidienne de cocaïne basée est plus soutenue et plus répétée que celle de produits opiacés : les effets induits sont d'apparition quasi-immédiate (de l'ordre d'une à deux minutes) mais leur persistance est brève (de dix à vingt minutes). En conséquence, la fréquence de consommation est significativement plus élevée pour le crack que pour une substance opiacée. Ce point impacte directement la fréquentation des espaces de consommation supervisée.
- Contrairement aux usages habituels des consommateurs d'opiacés injectables, la consommation de cocaïne basée est fréquemment publique et collective. Les associations mobilisées en faveur de ces usagers doivent donc faire face à des scènes ouvertes de consommation dans les espaces publics pouvant réunir plusieurs centaines de consommateurs.
- Enfin, la cocaïne basée se distingue significativement des produits opiacés par l'absence de traitement de substitution. Ajouté à la neurotoxicité du produit, cet élément rend plus difficile l'insertion dans un parcours de soins et l'adoption de pratiques de réduction des risques et des dommages, telles qu'énoncées dans le cahier des charges de 2022.

6.2 La poly-consommation vient aggraver les risques encourus par les consommateurs de drogues

La poly-consommation de produits stupéfiants ou de substances psychoactives est une pratique de plus en plus fréquente. Qu'il s'agisse d'une consommation combinée d'un produit stupéfiant avec de l'alcool ou un sédatif, ou de deux produits stupéfiants consommés de manière concomitante ou alternée, le risque d'intoxication aiguë par potentialisation délétère des effets est majeur. Les centres d'accueil et les espaces de consommation supervisée sont de plus en plus confrontés à ces situations à risque (cf Annexe 4 : Profils des consommateurs des haltes de soins addictions).

¹⁰⁰ 21 % des nouveaux inscrits de la file active de la HSA parisienne et 14 % de la file strasbourgeoise ne disposent d'aucun titre de séjour (données 2023).

ANNEXE 2 : Stupéfiants : état de la disponibilité des produits et de leur consommation

ANNEXE 2 :STUPEFIANTS : ETAT DE LA DISPONIBILITE DES PRODUITS ET DE LEUR CONSOMMATION .. 78

1	ETAT DE LA MENACE DANS LE MONDE ET EN EUROPE	79
1.1	L'ABONDANCE DE L'OFFRE INTERNATIONALE	79
1.2	EN EUROPE : UNE « VAGUE DE TOUT QUI MONTE PARTOUT ET POUR TOUT LE MONDE ».....	79
1.3	DES MODES DE CONSOMMATION ET DES PRODUITS QUI EVOLUENT	81
2	DISPONIBILITE DES PRODUITS STUPEFIANTS ET EVOLUTION DES CONSOMMATIONS EN	
FRANCE	82
2.1	QUELS OUTILS ?.....	83
2.1.1	<i>Les enquêtes auprès de la population</i>	83
2.1.2	<i>Le dispositif TREND</i>	83
2.1.3	<i>Le dispositif SINTES</i>	83
2.1.4	<i>L'analyse des eaux usées.....</i>	84
2.2	UNE VISION GLOBALE DES CONSOMMATIONS DE PSYCHOACTIFS EN FRANCE	85
2.2.1	<i>Les psychoactifs licites et illicites.....</i>	85
2.2.2	<i>Le coût social du tabac et de l'alcool est respectivement 20 fois et 14 fois supérieur à celui des drogues illicites.....</i>	85
2.3	ÉTAT DES LIEUX DE L'USAGE DES PRINCIPALES DROGUES ILLICITES EN FRANCE.....	86
2.3.1	<i>Le cannabis</i>	86
2.3.2	<i>Les autres drogues illicites.....</i>	87
2.3.3	<i>Les opioïdes</i>	88
2.3.4	<i>MDMA et amphétaminiques</i>	90
2.3.5	<i>La cocaïne</i>	91
2.3.6	<i>Le crack et la singularité parisienne.....</i>	95
2.4	LES POLY-CONSOMMATIONS DE DROGUES.....	98
2.5	LES DECES DIRECTEMENT LIES AUX DROGUES	98

1 Etat de la menace dans le monde et en Europe

1.1 L'abondance de l'offre internationale¹⁰¹

Au niveau mondial, la production des drogues est en forte augmentation, tout particulièrement depuis le milieu des années 2010. Cette tendance concerne plusieurs familles de produits : les opioïdes, comme l'héroïne, les stimulants synthétiques, comme la MDMA-ecstasy, et semi synthétiques, comme la cocaïne, les produits issus du cannabis, etc. Ces productions alimentent un marché ouest-européen parmi les plus importants au monde.

La hausse importante des quantités saisies par les forces de l'ordre en Europe tend à illustrer indirectement cette abondance de l'offre internationale. Cette dernière, conjuguée à la forte concurrence entre réseaux de trafic, explique par ailleurs la stabilité, voire la baisse des prix de détail et la hausse des teneurs moyennes constatés depuis les années 2010 pour la cocaïne, l'héroïne ou la MDMA-Ecstasy.

Le niveau sans précédent des teneurs moyennes de la résine de cannabis résulte quant à lui des mutations de la culture du cannabis au Maroc, principal pays producteur, avec l'introduction de variétés hybrides d'herbe importées entre autres des Pays-Bas, à partir desquelles la résine est fabriquée.

L'acheminement des produits sur le sol européen s'inscrit dans un contexte de mondialisation et de multiplication des échanges économiques et s'effectue par des vecteurs divers, le principal d'entre eux, étant la voie maritime via des porte-conteneurs, notamment pour la cocaïne. Le convoyage puis la dispersion sur le sol hexagonal s'effectue également via des moyens de transport divers selon les produits et les zones géographiques : transport maritime, mais également routier ou encore aérien.

1.2 En Europe : une « vague de tout qui monte partout et pour tout le monde »¹⁰²

En Europe, le marché des drogues illicites se caractérise par la diversification des produits de consommation et la large disponibilité d'une gamme plus large de drogues, y compris de nouvelles substances psychoactives, souvent d'une grande puissance ou d'une grande pureté.

Le directeur de l'Agence de l'Union européenne des drogues (EUDA, anciennement OEDT) souligne le fait que depuis 1997, 950 nouvelles substances repérées sur le marché européen, notamment avec les drogues de synthèses qui imitent la structure de la molécule centrale mais n'ont pas les mêmes propriétés (comportement différent et effets largement ignorés) : par exemple cannabis de synthèse et catinones (stimulant dérivé du khat – mâché au Yemen).

¹⁰¹ Extrait de TREND Paris 2022.

¹⁰² Selon l'expression du directeur général de l'Agence de l'Union européenne sur les drogues EUDA, anciennement dénommée Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies (OEDT) jusqu'en juillet 2024.

Cette pression multiforme de l'offre aboutit à ce qu'un public de plus en plus large s'initie à des produits parfois extrêmement dangereux et sans conscience de la toxicité de ce qui est consommé, pouvant provoquer des décès dès le premier usage, notamment chez les jeunes.

L'émergence potentielle de nouveaux modes de consommation en Europe constitue également une menace majeure, en raison de la disponibilité de médicaments bon marché et très puissants. C'est particulièrement le cas de la cocaïne, dont la disponibilité a atteint des niveaux sans précédent, notamment en raison des grandes quantités de cocaïne qui transitent par les ports maritimes européens dans des conteneurs maritimes intermodaux. Ainsi, à Anvers en moins de dix ans, les saisies ont été multipliées par 22, témoignant de la pression qui s'exerce par la voie maritime.

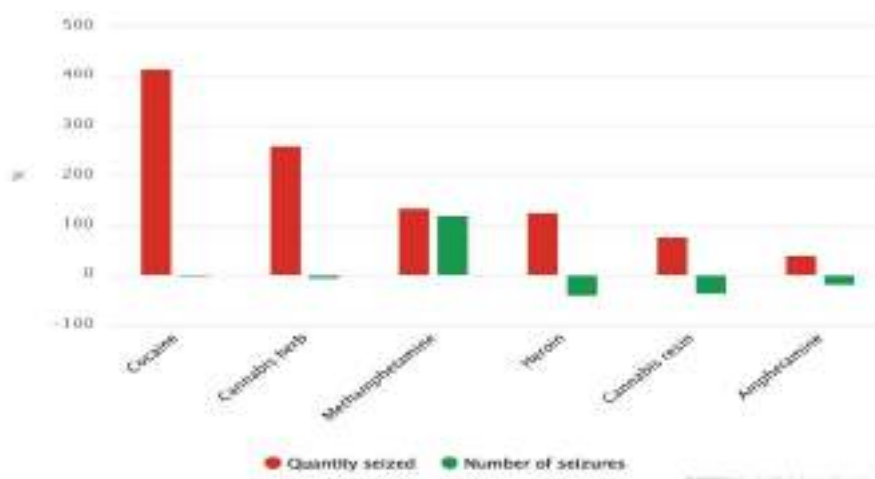
Carte 1 : Routes du trafic et modes d'acheminement de la cocaïne vers l'Europe



Source : OFDT

Sur la base des données de 2021, l'OEDT estime à 31 milliards d'euros la valeur au détail du marché européen des drogues, issu à 39 % du cannabis, à 37 % de la cocaïne, 17 % de l'héroïne, notamment.

Graphique 1 : Evolution des saisies de drogues dans l’UE au cours de la dernière décennie



Source : EUDA

Enfin, l’EUDA signale que le marché européen de la drogue a fait preuve d’une résilience remarquable face aux crises mondiales, à l’instabilité et aux changements politiques et économiques importants. Parmi les exemples récents de tels chocs figurent la pandémie de COVID-19, la guerre menée par la Russie contre l’Ukraine et l’arrivée au pouvoir des Talibans en Afghanistan. En réponse, les réseaux criminels se sont adaptés, modifiant les itinéraires du trafic et diversifiant leurs méthodes. Simultanément, ces évolutions ont également influencé l’émergence de nouveaux marchés et semblent, dans certains cas, avoir modifié les préférences des consommateurs.

1.3 Des modes de consommation et des produits qui évoluent

Sollicités par la mission, les attachés de sécurité intérieure des principaux pays européens et anglo-saxons bénéficiant d’espaces de consommation supervisés (ECS) signalent une évolution générale des modes de consommation avec une même tendance à l’augmentation de l’inhalation, au détriment de l’injection.

C’est le cas en Allemagne où à Francfort, un rapport de l’Université de la ville (2020), a noté une forte augmentation de la consommation non-intraveineuse, au cours des dernières années, dans les ECS de la ville. La part relative de cette consommation est passée de 2 % en 2009 à 23 % de l’ensemble en 2019.

En Belgique, l’ECS de Bruxelles a dressé un premier bilan sur la consommation des usagers, après dix mois d’ouverture. Environ 90 à 100 passages sont enregistrés par jour, soit un total de 8 000 passages en dix mois. La salle a par ailleurs comptabilisé 377 injections pour 1 500 inhalations en huit mois.

Au Luxembourg, il est observé une augmentation des stimulants et une diminution de la consommation d’héroïne. Dans ce cadre, l’usage par inhalation gagne du terrain sur l’usage par injection parmi les consommateurs fréquentant ces lieux. Entre 52 et 69 % des usagers des différents ECS consomment par voie d’inhalation. Pour les autorités locales, il s’agit d’un mode de

consommation à moindre risque, contribuant ainsi à une réduction du risque de surdoses et de la transmission de certaines maladies infectieuses.

Par ailleurs, la Rhénanie du Nord-Westphalie impose, depuis 2016, aux opérateurs des salles, de proposer des feuilles de papier métallique nécessaires à une consommation par inhalation, en complément des seringues, afin d'encourager ce mode de consommation moins risqué.

En Suisse, des changements dans la consommation ont été observés. Il y a moins de consommateurs d'héroïne et les jeunes se tournent davantage vers la cocaïne et le cannabis.

En Grèce, il existe trois types de consommation de drogues : inhaler, fumer et s'injecter. Les substances consommées sont généralement l'héroïne, la cocaïne et la méthamphétamine. Parmi ces catégories, 34 % des usagers viennent pour fumer (généralement de la méthamphétamine), 21,5 % pour s'injecter (généralement de l'héroïne) et 44,5 % pour inhaler (généralement de la cocaïne).

Au Danemark, dans les ECS sont autorisées la consommation de drogues fumées et injectées. 80 % contiennent de la cocaïne.

En Norvège, d'abord ouverts uniquement afin de permettre l'injection d'héroïne, les ECS autorisent depuis 2017 l'inhalation et la consommation d'autres substances. Une campagne nationale a été menée en parallèle pour détourner les toxicomanes de l'injection et les ramener vers l'inhalation, moins risquée en termes de surdoses.

Au Canada, la manière de consommer diffère selon les sites (drogues injectées, renflées, inhalées ou ingérées sous forme de pilules). Le premier centre, ouvert en 2002 à Vancouver, était un site d'injection supervisée (SIS), tout comme le second à Toronto en 2017. Par la suite, pour s'adapter à la consommation, qui repose davantage sur l'inhalation que sur l'injection, ces espaces ont accepté les inhalateurs.

Aux Etats-Unis, enfin, l'inhalation prend une place grandissante dans les modalités de consommation. Dans certains secteurs, notamment sur la côte Ouest, elle est devenue la méthode de prédilection des toxicomanes.

2 Disponibilité des produits stupéfiants et évolution des consommations en France

Avant d'aborder l'état des lieux de la consommation de stupéfiants en France, un point de méthode sur les outils qui permettent d'actualiser les connaissances est nécessaire. Le rôle de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) est essentiel, notamment grâce à des outils désormais bien rôdés qui permettent de faire remonter les informations du terrain, en lien avec les associations et les services de l'Etat en charge de la lutte contre l'usage et les trafics de stupéfiants.

2.1 Quels outils ?

2.1.1 Les enquêtes auprès de la population

Les enquêtes en population générale réalisées en France depuis plus de 30 ans par Santé publique France et l'OFDT sont essentielles pour décrire l'évolution de la consommation de substances psychoactives, tant en population adolescente que chez les adultes. Elles constituent un élément indispensable pour décrire les principales évolutions des comportements d'usages et les caractéristiques sociodémographiques des usagers.

À ce titre, l'édition 2023 de l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP)¹⁰³ a interrogé un échantillon représentatif de 14 984 personnes âgées de 18 à 75 ans vivant en France hexagonale au cours de l'année 2023. Cette enquête permet, sur une base déclarative, de disposer de données actualisées sur les comportements de consommation de substances psychoactives au sein de la population générale française.

2.1.2 Le dispositif TREND

Le dispositif TREND s'appuie sur un réseau de correspondants de l'OFDT implantées à Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris, Rennes, Toulouse et sur l'île de La Réunion, lesquelles mettent en œuvre des méthodes qualitatives (observations, entretiens) afin de repérer et documenter les phénomènes émergents et les évolutions en matière de drogues illicites et de médicaments consommés hors protocole médical. Ces coordinations recueillent leurs informations auprès d'acteurs (usagers, intervenants du secteur socio-sanitaire et de l'application de la loi, etc.) dont l'ancrage local contribue à une meilleure compréhension des spécificités territoriales. Deux espaces particulièrement concernés par les usages de produits psychoactifs sont investigués : l'espace de la marginalité urbaine (rues, squats, zones de deal, etc.) et l'espace festif techno regroupant la scène alternative (free parties) et commerciale (clubs, bars, festivals).

L'espace de la marginalité urbaine regroupe des lieux de l'espace public où sont consommés et/ou vendus des produits psychoactifs, qu'il s'agisse de produits illicites ou de médicaments détournés. Cet espace renvoie ainsi à aux abords des gares, les établissements de première ligne de type Caarud ou centres d'accueil de jour, les scènes ouvertes de consommation, les zones de deal, les squats et habitats précaires, les campements, les parkings, les garages, les caves, les locaux à poubelles, etc. La HSA de Paris participe indirectement à ce dispositif, ce qui n'est pas le cas de la HSA de Strasbourg.

2.1.3 Le dispositif SINTES

Le dispositif Système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES) est un outil de veille sanitaire mis en place par l'OFDT en 1999. Il repose sur un réseau de 17 coordinations locales et autant de structures partenaires. SINTES assure une veille concernant les produits psychoactifs collectés au plus près des usagers de drogues et vise à documenter la composition de ces produits, illicites ou non réglementés (dosage, identification de nouvelles molécules), à

¹⁰³ Publication de l'OFDT du 26 juin 2024

partir des résultats de l'analyse des saisies effectuées par les services d'application de la loi et des collectes de produits réalisées par des acteurs socio-sanitaires directement auprès des usagers.

SINTES a collecté 623 échantillons en 2022, soit une augmentation de 18 % (+ 96) des collectes par rapport à l'année précédente

Ce dispositif permet en outre de documenter le contexte de consommation de chaque échantillon, à l'aide d'un questionnaire soumis à l'utilisateur lors de la collecte. Les questions portent sur le produit (prix, forme, voie d'administration), sur l'utilisateur (âge, sexe) et sur son usage (produits consommés en association, effets recherchés et ressentis, fréquence).

La HSA de Strasbourg contribue au dispositif SINTES, ce qui n'est pas le cas de la HSA de Paris.

Le Fonds national de lutte contre les addictions a accordé son soutien financier (plan d'action 2024) à un projet porté par l'OFDT visant à structurer et à renforcer les dispositifs TREND et SINTES. Un marché public relatif aux missions et sites TREND sera passé à l'automne 2024, le cahier des charges est en cours de rédaction.

2.1.4 L'analyse des eaux usées

Les dispositifs évoqués plus haut reposent sur des échantillons souvent limités et ne concernent que certaines villes. D'où l'intérêt d'envisager d'autres outils pour affiner les connaissances. L'analyse des eaux usées en est un.

En 2011, un groupe de chercheurs s'est réuni pour proposer une étude européenne consistant à réaliser une campagne de prélèvements durant une semaine, simultanément sur l'ensemble des villes impliquées. La première étude de comparaison des taux de consommation en Europe utilisant cette méthode a réuni 19 grandes villes européennes dont Paris.

Aujourd'hui, cette étude s'étend à plus de 25 villes, dont quelques-unes au-delà du continent européen. En 2013, une première rencontre internationale Testing the water a été organisée par l'EUDA.

Par ailleurs, en 2015, une étude initiée par la direction de l'administration pénitentiaire du ministère de la Justice, financée par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), portée par l'OFDT a été réalisée dans plusieurs établissements pénitentiaires par le laboratoire de Santé publique – environnement (UMR 8079) de l'Université Paris Sud. Cette étude a démontré la faisabilité et l'intérêt d'une telle observation, sous réserve de précautions techniques et méthodologiques. Elle a été reconduite sur de nouveaux sites en 2017.

Enfin, la Mildeca a indiqué à la mission que l'Institut de recherche criminelle de la gendarmerie nationale conduisait actuellement une nouvelle étude d'analyse des eaux usées sur le territoire dont les résultats devraient être connus d'ici la fin de l'année 2024.

Au demeurant, elle souligne les limites de l'analyse des eaux usées qui, en l'état, ne concerne que le réseau des grandes villes et qui, en outre, ne permet pas de discriminer les résultats selon l'origine des produits. Ainsi, la présence de résidus de kétamine dans les eaux usées peut-elle provenir d'un usage régulier de ce produit (secteur hospitalier ou vétérinaire) aussi bien que d'un mésusage par un consommateur.

2.2 Une vision globale des consommations de psychoactifs en France

2.2.1 Les psychoactifs licites et illicites

L'OFDT estime le nombre de consommateurs de substances psychoactives (licites et illicites) parmi les 11-75 ans en France, sur des données de 2019 :

- 43 millions d'usagers d'alcool au cours de l'année, dont 5 millions d'usagers quotidiens ;
- 15 millions d'usagers de tabac au cours de l'année, dont 12 millions d'usagers quotidiens ;
- 5 millions d'usagers de cannabis dans l'année, dont 1,3 million d'usagers réguliers (au moins 10 consommations au cours du mois), et 850 000 usagers quotidiens
- 600 000 usagers de cocaïne dans l'année (+50 % par rapport à 2017) ; chez les 15-64 ans, le nombre de consommateurs de crack/cocaïne basée entre 2010 et 2019 est passé de 12 800 à 42 800¹⁰⁴ ;
- 400 000 usagers de MDMA/ecstasy dans l'année ;
- 500 000 personnes ayant expérimenté l'héroïne au moins une fois dans leur vie, dont 80 000 usagers dans l'année ;
- 21 % de la population âgée de 15 ans et plus a bénéficié d'un remboursement pour un médicament psychotrope au moins une fois dans l'année en 2017 : 15 % pour un anxiolytique, 9 % pour un antidépresseur, 6 % pour un hypnotique.

L'OFDT évalue en 2019 à 342 000 les usagers problématiques de drogues¹⁰⁵, souvent poly-consommateurs, dont 129 000 pratiquant l'injection intraveineuse en 2019.

2.2.2 Le coût social du tabac et de l'alcool est respectivement 20 fois et 14 fois supérieur à celui des drogues illicites

En juillet 2023, l'OFDT a estimé le coût social¹⁰⁶ des drogues licites et illicites en France en 2019¹⁰⁷.

En 2019, le coût social du tabac et de l'alcool est respectivement de 156 et 102 milliards d'euros, et de 7,7 milliards d'euros pour les drogues illicites. Le coût externe représente l'essentiel du coût social, ce qui explique les écarts entre tabac, alcool et drogues illicites, du fait du différentiel de mortalité (respectivement 73 189, 41 080 et 1 230 vies perdues, dont la valeur est estimée, par convention, à 115 000 euros). Cette nouvelle estimation confirme que le coût social des drogues licites et illicites reste très supérieur aux recettes fiscales induites (sur les substances licites).

¹⁰⁴ Données du Baromètre santé 2017, Santé publique France.

¹⁰⁵ Usager problématique : usager de drogues par voie intraveineuse ou usager régulier d'opioïdes, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âge de 15-64 ans (EUDA).

¹⁰⁶ Le coût social des drogues en France mesure le coût monétaire des conséquences de la consommation et du trafic des drogues légales (alcool et tabac) et illégales durant une année moyenne de la décennie. Il est composé du coût externe (valeur des vies humaines perdues, perte de la qualité de vie, pertes de production) et du coût pour les finances publiques (dépenses de prévention, répression et soins, économie de retraites non versées, et recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac).

¹⁰⁷ Le coût social des drogues : estimation en France en 2019, OFDT, juillet 2023.

2.3 Etat des lieux de l'usage des principales drogues illicites en France

2.3.1 Le cannabis

En France, le cannabis se consomme principalement sous trois formes. L'herbe et la résine sont les plus courantes, alors que l'huile est moins fréquemment observée. L'herbe et le haschisch se fument, généralement, sous forme de « joint » (i.e. avec du tabac, sous la forme d'une cigarette roulée).

Le marché français du cannabis est un des plus importants en Europe, en termes de consommation (5 millions d'usagers dans l'année en France, sur 22 millions dans l'Union européenne) comme de chiffre d'affaires (1,2 milliard d'euros en 2017).

En 2022, les saisies d'herbe de cannabis ont atteint un des niveaux les plus élevés jamais enregistrés, avec 41 tonnes (après le record de l'année 2020 : 46,3 tonnes). L'importance grandissante du marché de l'herbe en France se manifeste aussi par l'ampleur croissante de la culture de cannabis, notamment dans les territoires d'outre-mer.

En 2022, 87,6 tonnes de résine ont été saisies en France contre 72,4 tonnes en 2021 et 50,3 tonnes en 2020 (année marquée par les effets liés notamment à la fermeture des frontières entre le Maroc et l'Union européenne, consécutive à l'épidémie de la COVID-19). Le cumul des saisies de résine et d'herbe avec 128,6 tonnes marque le plus haut niveau jamais enregistré en France.

Observée depuis 2010, d'abord à Paris puis dans l'ensemble des métropoles régionales, la livraison de drogues à domicile a connu un fort développement à l'occasion des confinements instaurés lors de la crise sanitaire du Covid-19.

La teneur moyenne en THC de la résine de cannabis a plus que doublé en dix ans, passant de 12,3 % en 2011 à 30 % en 2022, tandis que, dans la même période, celle de l'herbe a progressé de 34,6 % (de 10,4 % en 2011 à 14,0 % en 2022).

En termes de consommation, s'agissant des adolescents de 17 ans, en 2022, trois sur dix ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (29,9 %). Cette prévalence est la plus basse jamais enregistrée depuis 2000 dans l'Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) : elle est inférieure de 9 points à celle de 2017 et de 20 points par rapport à 2002, lorsque la moitié des adolescents se disaient expérimentateurs. Les consommations sont d'autant plus masculines que leur fréquence est élevée, notamment les niveaux d'usages réguliers qui varient du simple au double entre filles et garçons (2,2 % vs 5,3 %).

Graphique 2 : Évolution 2000-2022 des niveaux d'usage de cannabis à 17 ans (%)



Source : OFDT (les drogues à 17 ans, analyse de l'enquête Escapad 2022)

À l'échelle régionale, les niveaux d'usage de cannabis présentent à 17 ans des variations sensibles entre les régions : les jeunes des régions de la façade atlantique et du pourtour méditerranéen consomment davantage et ceux du Nord-Est consomment moins.

S'agissant des adultes, le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée en France. En 2023, 50,4 % des adultes âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. L'usage régulier, en revanche, demeure stable.

Graphique 3 : Evolution des niveaux d'usage de cannabis entre 1992 et 2023, parmi les 18-64 ans (en %)



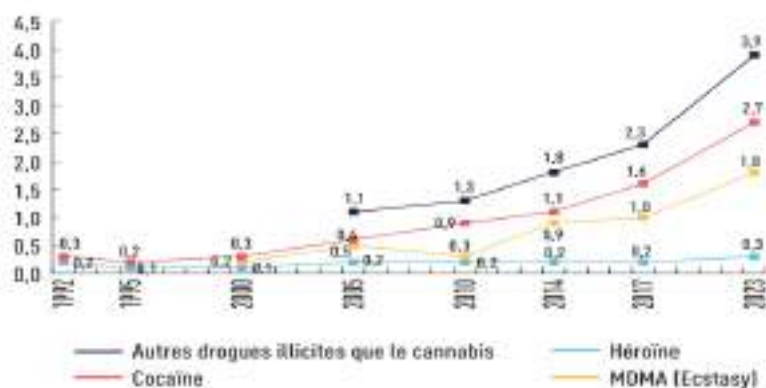
Source : Baromètre de santé publique France 1992-2021, exploitation OFDT 2023.

2.3.2 Les autres drogues illicites

L'OFDT relève dans l'édition 2023 de l'Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) que la consommation des drogues illicites autres que le cannabis (cocaïne en poudre, crack - cocaïne base ou fumée-, MDMA, champignons hallucinogènes, LSD, amphétamines, héroïne. La kétamine, le GHB/GBL et 3-MMC, qui avaient connu une période de stabilisation entre 2014 et 2017, présentent en 2023 des niveaux d'usage en forte augmentation, quelle que soit la substance psychoactive, et notamment pour les stimulants.

Cette évolution est essentiellement le fait d'une augmentation de la consommation de cocaïne et de MDMA. Entre 1992 et 2023, l'usage actuel de cocaïne a, en effet, été multiplié par dix, passant de 0,3 % à 2,7 %. Depuis sa première mesure en 2000, l'usage actuel de MDMA (ecstasy) a également été décuplé, passant de 0,2 % à 1,8 %. En revanche, l'usage actuel d'héroïne n'a que très peu évolué depuis 1992.

Graphique 4 : Evolution de l'usage au cours des 12 derniers mois des principales drogues illicites autres que le cannabis entre 1992 et 2023 parmi les 18-64 ans (en %)



Source : Baromètre de Santé publique France 1992-2021, exploitation OFDT

2.3.3 Les opioïdes

Les opiacés (opium, morphine, codéine) constituent des dérivés naturels du pavot, alors que les opioïdes sont des composés semi-synthétiques (héroïne, buprénorphine) ou synthétiques (fentanyl), dont les propriétés analgésiques sont beaucoup plus puissantes. Le terme « opioïdes » tend désormais à désigner toutes les substances, qu'elles soient d'origine naturelle ou synthétique.

Depuis 2018, les quantités saisies d'héroïne en France dépassent une tonne par an, ce qui constitue un niveau élevé comparé aux années précédentes. En 2022, avec 1,4 tonne, elles ont atteint un niveau sans précédent.

L'héroïne consommée en France provient majoritairement d'Afghanistan (héroïne brune) et transite via l'Iran par la route des Balkans (Turquie, Grèce, Albanie). Néanmoins, suite à l'interdiction de la culture du pavot par les autorités afghanes en 2022, la production d'opium a diminué de 95 % en 2023 selon l'Office des nations unies contre la drogue et le crime (ONUDD).

En 2022, le prix de détail courant du gramme d'héroïne brune s'établit à 30 €. En 2022, la teneur moyenne de l'héroïne saisie en France, avec 20 %, était la deuxième la plus élevée mesurée depuis dix ans. Selon les observations du dispositif de veille sur les évolutions et les phénomènes émergents dans le champ des drogues de l'OFDT (TREND), le prix courant de l'héroïne connaît des fluctuations importantes selon les régions, la quantité achetée et la qualité supposée.

En population adulte, l'expérimentation de l'héroïne marque une légère hausse (0,6 % en 1992 vs 1,9 % en 2023). Néanmoins, l'usage au cours de l'année demeure marginal (0,2 % en 1992 vs 0,3 % en 2023). Souvent injectée il y a trente ans, l'héroïne est de nos jours le plus souvent fumée ou inhalée.

S'agissant des autres opioïdes, l'usage de méthadone, thérapeutique ou non, continue de progresser, au détriment de la buprénorphine haut dosage (BHD). Ceci s'explique en partie par le fait que la prescription de cette molécule dans le cadre d'un traitement de substitution aux opioïdes (TSO) augmente. Il existe un marché de rue important pour les opioïdes de synthèse que sont le Skenan®, de la méthadone ou du Subutex®, prescrits comme traitement de substitution aux opiacés. D'après l'enquête menée en centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) 2019, la méthadone est désormais, devant la BHD, l'opioïde le plus consommé durant le mois précédant l'enquête (48 %).

Les médicaments de substitution aux opioïdes

Depuis leur introduction en 1995, les traitements de substitution aux opioïdes (TSO) ont fortement contribué à la réduction des décès par surdoses. Cependant les médicaments de substitution aux opioïdes (MSO)¹⁰⁸, principalement la méthadone, sont aujourd'hui impliqués dans la majorité d'entre eux. La part des décès causée par les MSO est orientée à la baisse en 2018 comme en 2017. En parallèle, nombre de décès en lien avec l'héroïne sont évités grâce à l'utilisation des TSO. L'antidote aux surdoses opioïdes, la naloxone, est disponible depuis juillet 2016 sous forme de kits destinés à être distribués aux personnes susceptibles d'être victimes ou témoins d'une surdose aux opioïdes. Ils sont essentiellement distribués dans les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), les Caarud et les hôpitaux et plus rarement en pharmacies de ville.

Entre 2011 et 2017, le nombre de bénéficiaires d'une délivrance de MSO en ville a légèrement crû pour s'établir autour de 162 500 personnes en 2017 parmi la population couverte par l'assurance maladie, soit 2,2 pour 1 000 assurés sociaux. En y ajoutant les personnes ayant des délivrances dans les Csapa, dans les structures hospitalières et en prison, l'estimation globale du nombre de personnes ayant eu une prescription de MSO avoisine les 180 000.

Le mésusage du tramadol n'a cessé d'augmenter ; sa consommation reste soutenue en France avec 12,5 millions de délivrances entre septembre 2021 et août 2022, pour 5,2 millions de patients ; depuis 2022, la durée de prescription de ces médicaments a été limitée à trois mois (contre douze mois précédemment). Il s'agit de patients insérés, davantage de femmes, souvent traitées initialement pour des dorsalgies.

En revanche, le fentanyl, opioïde de synthèse responsable de dizaines de milliers d'overdoses aux Etats-Unis, n'est retrouvé que de façon encore marginale chez les usagers de drogues en France, à l'exception de l'alerte donnée par la HSA de Strasbourg.

¹⁰⁸ La Haute autorité de santé distingue les deux notions : Les TSO ne se limitent pas à la prescription de MSO, mais comportent des notions de prise en charge et d'alliance thérapeutique avec le patient. Les TSO constituent une pratique, les MSO ne sont que des moyens.

L'alerte de la HSA de Strasbourg sur le fentanyl

La HSA de Strasbourg signale depuis 2021 l'apparition de consommation de fentanyl parmi les usagers de la salle (14% des sessions en 2021, 20,6% en 2022 et 29,5% en 2023).

Cette situation est singulière et préoccupante. Selon les interlocuteurs de la mission, le Fentanyl consommé dans la salle provient du Durogesic®, un antalgique très puissant. Pour éviter le risque de mésusage, le Durogésic® est délivré sous forme de patchs transdermiques à diffusion lente (72h). Malgré cela, certains usagers ont réussi à extraire le Fentanyl des patchs pour se l'injecter. Le principal public concerné est constitué d'hommes, migrants, injecteurs, en provenance de Géorgie.

Cette progression pourrait n'être que conjoncturelle car lié à des prescriptions locales incontrôlées de Durogesic® sur lesquelles des investigations sont en cours, médicales aussi bien que judiciaires.

Les gestionnaires de la salle observent d'ailleurs une inflexion du fentanyl à partir du second semestre 2023, possiblement corrélée à une moindre disponibilité de la molécule consécutive aux modalités de prescription et de délivrance.

Dans une note adressée à la mission, la Mildeca estime qu'il n'y a pas, à ce jour, de crise des opioïdes en France et que les enquêtes populationnelles ainsi que les données de file active des structures de soins médicosociales ne montrent pas d'augmentation de l'usage d'opioïdes.

2.3.4 MDMA et amphétaminiques¹⁰⁹

La MDMA se présente sous différentes formes : comprimés (ecstasy), cristaux et poudre. La consommation de MDMA, essentiellement sous la forme d'« ecstasy », est apparue en France au milieu des années 1980 et a connu une phase de progression importante jusqu'au début des années 2000.

L'amphétamine possède principalement des propriétés stimulantes et anorexigènes. Elle se présente le plus souvent sous la forme de poudre destinée à être sniffée voire, plus marginalement, injectée. Elle est très présente dans l'espace festif alternatif où son moindre prix par rapport à la cocaïne, pour des effets relativement proches, lui assure une certaine popularité.

Ces drogues de synthèse consommées en France proviennent majoritairement des Pays-Bas, première zone de production en Europe occidentale. La France est également un pays de transit pour les trafiquants qui ciblent en particulier le Royaume-Uni et l'Espagne.

En 2022, 1 543 421 comprimés d'ecstasy ont été saisis en France, soit une augmentation de 6 % par rapport à l'année 2021. Les quantités peuvent beaucoup varier d'une année sur l'autre du fait du caractère aléatoire des saisies et des interceptions car une part du trafic ne fait que transiter sur le territoire français. Cependant, les quantités saisies ont été multipliées par 10 par rapport à 2012 (156 337 comprimés). Les saisies d'amphétamine et de méthamphétamine s'établissent quant à elles à 273 kg, en augmentation de 21 % par rapport à 2021.

En 2022, selon l'Office anti-stupéfiants (OFAST), le prix courant pour un comprimé d'ecstasy s'élève à 10 €, un prix stable depuis 2015. Selon les observations du dispositif de veille sur les évolutions et les phénomènes émergents dans le champ des drogues de l'OFDT (TREND), le prix courant de MDMA sous forme de poudre ou de cristal relevé variait entre 40 à 50 € en 2022, tandis

¹⁰⁹ OFDT : MDMA/ecstasy et amphétaminiques - Synthèse des connaissances

que les « parachutes » (qui contiennent une petite quantité emballée dans du papier à cigarette, prête à être ingérée) étaient vendus 10 €.

Selon l’OFDT, en 2017 en France, 5 % des 18-64 ans ont expérimenté la MDMA, soit environ 1,9 million de personnes, tandis que la consommation dans l’année ne concerne que 1,0 % de cette population (soit 400 000 usagers). La consommation d’amphétamines reste donc rare : 0,3 % de la population française âgée de 18-64 ans en a consommé dans l’année.

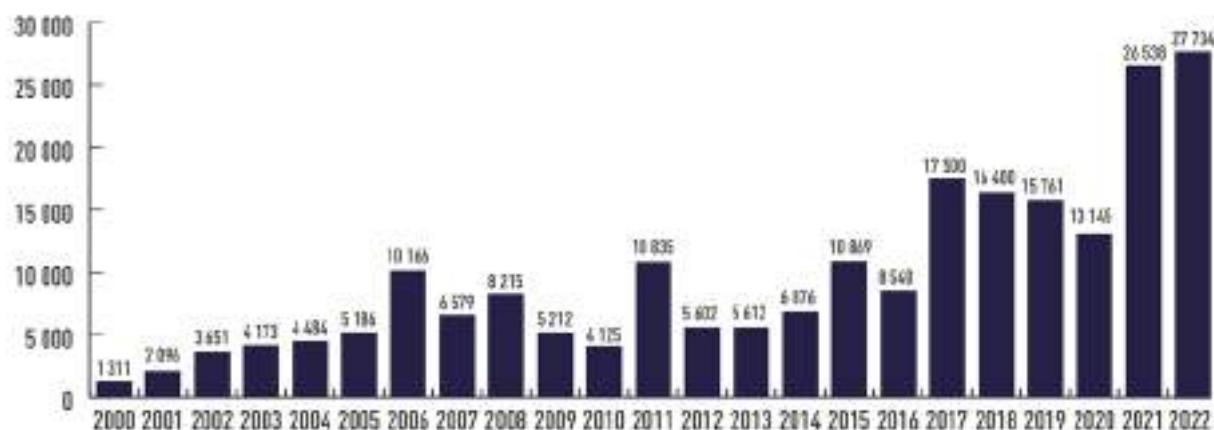
2.3.5 La cocaïne

2.3.5.1 Une disponibilité en forte hausse

L’EUDA indique que l’abondance de l’offre de cocaïne en Europe tient non seulement à l’essor de la production en Amérique du Sud, mais également au dynamisme des réseaux de trafic et de distribution, comme en témoigne l’émergence d’installations de production sur le territoire de l’UE. Auparavant, les quelques laboratoires découverts en Europe étaient de petites installations d’extraction secondaire de cocaïne incorporée dans divers matériaux d’importation (vêtements, plastiques...). Désormais, l’activité de laboratoires clandestins de production de cocaïne est repérée notamment en Espagne, en Belgique et aux Pays-Bas : certains sont capables de produire plusieurs tonnes par mois.

À l’image des évolutions européennes, l’OFDT constate en France un changement d’échelle dans l’offre disponible. Les quantités saisies ont été multipliées par 5 en 30 ans, passant de 1,8 tonne par an en moyenne dans les années 1990 à plus de 11 tonnes dans les années 2010. En 2022, les saisies de cocaïne ont atteint un nouveau record, avec 27,7 tonnes.

Graphique 5 : Evolution des saisies de cocaïne en France (en kg), 2000-2022



Source : OCRTIS/OFAST, DCPJ, ministère de l’Intérieur.

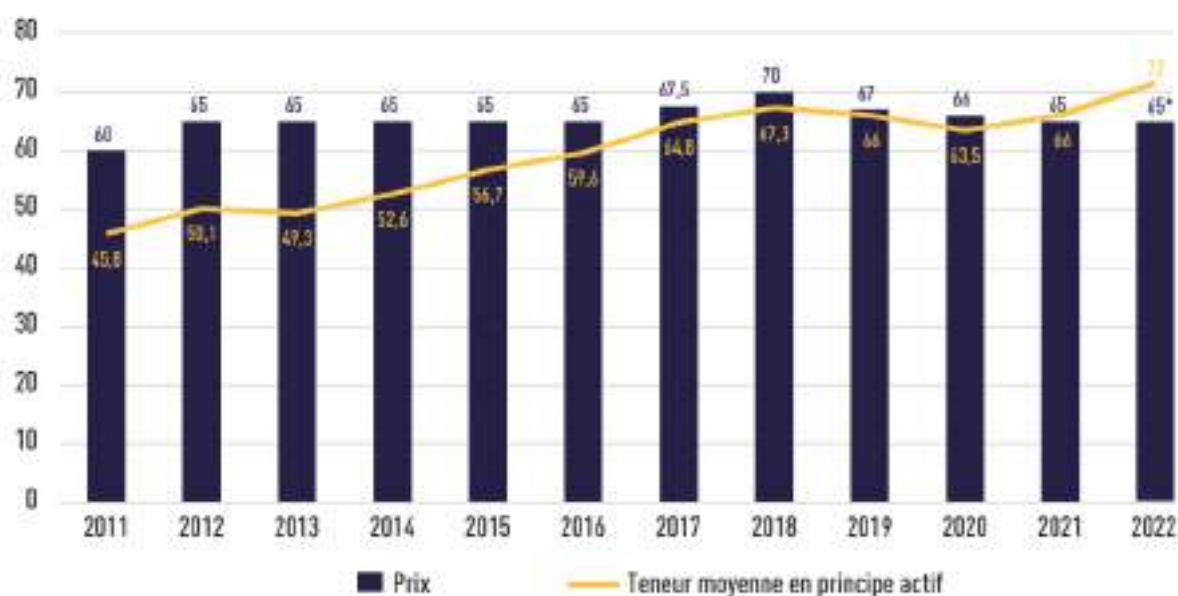
Corollaire de cette plus grande disponibilité, l’OFDT signale que le prix courant de la cocaïne en France est aujourd’hui estimé dans une fourchette comprise entre 50 et 70 € (2021), le prix le plus bas jamais enregistré. Ce prix aurait été divisé par 4,5 en 30 ans (en tenant compte de l’inflation). Par ailleurs, les pratiques de fractionnement des unités de vente se sont généralisées : d’abord observées dans certains sites, elles concernent désormais les huit sites métropolitains du dispositif TREND de l’OFDT. Ces pratiques de fractionnement renforcent l’accessibilité du produit,

permettant à des usagers à faible niveau de vie d'acheter des doses inférieures au gramme, au demi-gramme (30 à 40 €) ou en unité fractionnée pour 20 €, voire même 10 €.

2.3.5.2 Un produit de plus en plus concentré

Parallèlement, la cocaïne est de moins en moins coupée. L'OFDT indique ainsi qu'en France, comme dans les États européens les plus consommateurs (Espagne, Royaume-Uni), les teneurs ont progressé en parallèle à la baisse du prix de la cocaïne, si bien que le ratio « prix-pureté » s'est également notablement amélioré comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique 6 : Evolution du prix courant (au détail) et de la teneur moyenne en principe actif de la cocaïne en France (2011-2022)



Source : INPS/SNPS, ministère de l'Intérieur ; TREND, OFDT (*source OFAST pour 2022)

Ces données sont corroborées par l'analyse des échantillons collectés via le dispositif SINTES de l'OFDT, même si ces données portent sur un nombre relativement faible d'échantillons collectés selon des motifs déterminés, sans garantie de représentativité.

2.3.5.3 Un produit de plus en plus consommé

Bien qu'il concerne une fraction réduite de la population adulte, l'usage dans l'année n'a cessé de progresser durant deux décennies : il concerne 2,7 % des adultes en 2023 (vs 1,6 % en 2017).

La cocaïne, 2 produits et 3 modes de consommation

Deux produits

- **le chlorhydrate de cocaïne**, il s'agit de la poudre blanche sous sa forme classique ;
- **le crack ou cocaïne basée** (également appelée « cocaïne base », « freebase », « base ») qui désignent le même produit. Il s'agit de la forme solide et fumable de la cocaïne. La cocaïne basée est issue d'une transformation (basage) de la chlorhydrate cocaïne, par l'adjonction d'un composé basique, le bicarbonate de sodium ou l'ammoniaque.

En France, les termes utilisés varient toutefois selon la préparation : lorsque ce produit est vendu déjà préparé, on parle de « crack », qui se présente sous la forme d'une « galette » (de 50 mg à 200 mg) ou de « cailloux » (4 à 6 par galette) ; en revanche, lorsque le produit est fabriqué directement par l'utilisateur, on parle de « free base ».

3 modes de consommation

- **Le snif** qui concerne la chlorhydrate de cocaïne et qui est la forme la plus connue de consommation ;
- **L'injection**, avec deux cas de figure : l'injection de chlorhydrate de cocaïne (cocaïne en poudre) diluée dans de l'eau sans autres adjuvants. L'injection de crack (freebase, cocaïne basée). Cette forme nécessite de le dissoudre avec un acide (vitamine C) et de l'eau.
- **L'inhalation** qui concerne le crack (freebase, cocaïne basée), soit directement à l'aide de pipes (le cas le plus fréquent), soit dans une cigarette contenant du tabac ou du cannabis (« clope à la coke », « black joint »). Les effets sont alors beaucoup plus puissants que ceux du chlorhydrate de cocaïne sniffé : leur apparition est plus rapide (1 à 2 minutes contre 15 à 30 minutes), mais leur durée est plus brève (10 à 15 minutes contre environ une heure), ce qui conduit les usagers à renouveler et à multiplier les prises.

Chez les consommateurs réguliers de cocaïne, l'OFDT distingue deux grands groupes. Le premier se compose de consommateurs intégrés socialement, qui consomment généralement de la cocaïne le week-end, lors de soirées ou en d'autres occasions spéciales, parfois en plus grandes quantités. Le second groupe comprend les consommateurs intensifs de cocaïne et de crack, appartenant souvent à des groupes socialement plus marginalisés ou défavorisés, notamment des anciens usagers ou des consommateurs actuels d'opioïdes, qui prennent du crack ou s'injectent de la cocaïne.

Les observations du dispositif TREND confirment le développement des consommations de cocaïne chez les usagers de drogues en grande précarité économique et sociale.

Ainsi, en 2020, la plupart des usagers de drogues reçus en Caarud déclaraient un usage actuel de cocaïne (60 %). Cette hausse concerne tout particulièrement la forme basée du produit. Elle s'explique en partie par la segmentation des doses vendues dans la rue, qui permet aux plus défavorisés d'accéder à ce produit à un coût moins prohibitif, contribuant à l'élargissement des clientèles d'usagers.

En contrepoint aux observations internationales mentionnées supra concernant la progression de l'inhalation de cocaïne, l'OFDT souligne qu'une part importante d'usagers injecte la cocaïne, en particulier parmi les nouvelles générations. Ainsi, si l'héroïne demeure la première substance injectée au sein du public des Caarud (57 % d'expérimentateurs), elle est devancée par la cocaïne parmi les plus jeunes (38 % chez les moins de 25 ans). 23 % des usagers de drogues de moins de 35 ans reçus dans ces centres déclarent avoir utilisé de la cocaïne lors de leur première injection (contre 15 % des injecteurs plus âgés).

S’agissant des usagers des 2 HSA de Paris et Strasbourg, les dernières observations permettent d’affiner ces tendances :

- A Paris, depuis septembre 2023, les gestionnaires de la HSA ont effectivement constaté une augmentation sensible de l’injection de cocaïne : passage de 1,5% des consommations à 12%. Cette progression peut toutefois trouver une explication dans le fait que la salle n’admet pas les usagers inhalateurs.
- A Strasbourg, la consommation de cocaïne représente 45,4% des sessions en 2023, contre 40% en 2022. L’injection et l’inhalation constituent les modes principaux de consommation, avec respectivement 51% des sessions de consommation de cocaïne par injection et 44,5% par inhalation. Les gestionnaires de la salle font observer que la part de l’inhalation progresse d’année en année.

2.3.5.4 Un produit de plus en plus dangereux

L’usage de cocaïne comporte des risques sanitaires de différents types, allant des complications (psychiatriques, cardiovasculaires, neurologiques, infectieuses, respiratoires, etc.) jusqu’à un risque de surdose (parfois mortelle).

Tableau 2 : Principales complications somatiques et psychiatriques liées à la consommation de cocaïne poudre ou de cocaïne basée

Cardiovasculaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Syndrome coronarien aigu, troubles du rythme cardiaque ■ Dysfonction ventriculaire gauche, dissection aortique ■ Thromboses artérielles et veineuses
Neurologiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique ■ Risque convulsif
Infectieuses	<ul style="list-style-type: none"> ■ Infections virales (VIH, VHB, VHC) ■ Infections bactériennes (abcès locaux, endocardites, pneumopathies, septicémies) ■ Infections sexuellement transmissibles (notamment syphilis)
Respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bronchospasme ■ Pneumothorax ■ Hémorragies ■ Crack Lung (affection respiratoire due à l’usage de crack)
ORL (usage chronique intranasal)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lésions de la cloison nasale ■ Infections naso-sinusiennes
Dermatologiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lésions pieds-mains chez les consommateurs de crack
Psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> ■ État délirant ou paranoïa induits par la cocaïne ■ Dépressions et tentatives de suicide ■ Attaque de panique
Obstétricales et périnatales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maternelles : complications cardiovasculaires, hémorragiques, hématome rétroplacentaire, éclamptie, avortements spontanés ■ Fœtales : retard de croissance intra-utérin, prématurité

Source : Haute autorité de santé, 2010.

En mars 2023, Santé publique France alertait sur les conséquences de la hausse de consommation de cocaïne, quelle que soit sa forme (en poudre ou sous forme de cocaïne base : galette, crack). L’organisme soulignait également que cette augmentation de consommation s’accompagnait d’une « démocratisation » de son usage, portée par une diversification des profils des consommateurs : la consommation de la forme poudre (majoritaire) n’est plus limitée aux

personnes les plus insérées tandis que la forme base (crack) ne se limite plus aux populations les plus marginalisées.

Entre 2010 et 2022, 23 335 passages aux urgences pour cocaïne ont été identifiés. En 12 ans, le nombre de passages aux urgences en lien avec la consommation de cocaïne a été multiplié par plus de 3, pour atteindre en moyenne 72 passages par semaine en 2022. Les diagnostics de sortie étaient principalement en lien avec une intoxication (65 %), une dépendance (13 %) ou un sevrage (7,5 %). Les autres diagnostics associés étaient liés aux manifestations cardiaques (douleur thoracique, palpitations, tachycardie) et psychiatriques (agitation, dépression, anxiété, schizophrénie), complications les plus fréquentes de la consommation de cocaïne.

2.3.6 Le crack et la singularité parisienne

Dans son étude de 2021 produite à partir des données des Caarud, l'Inserm situait à 42 800 le nombre d'usagers de 15 à 64 ans consommant de la cocaïne basée en France en 2019. L'estimation la plus récente de l'OFDT fait état d'une hausse du nombre de consommateurs de cocaïne basée et de free base en France métropolitaine, de 12 800 individus en 2010 à un peu plus de 27 000 en 2017.

La consommation en région parisienne, plus particulièrement le nord-est parisien, est principalement alimenté par des revendeurs de rue, essentiellement originaires du Sénégal et dénommés « modous ou moudous » (terme wolof qui désigne un colporteur ou un revendeur ambulancier), qui opèrent dans la rue, dans le métro ou dans des lieux historiques du marché du crack. Ces réseaux extrêmement fluides se maintiennent tout en renouvelant les individus qui les composent. Ainsi est évoqué depuis la fin des années 2010 un rajeunissement du profil des « modous », avec l'arrivée de jeunes (18-20 ans, mais certains pourraient être mineurs), frères ou neveux, venus remplacer ou prêter main-forte à ceux qui sont « installés » dans les réseaux.

L'OFDT observe depuis 2020 que l'offre s'est adaptée à la précarisation des clients en contexte de crise sanitaire et sociale, le prix de la galette s'abaissant jusqu'à 10 € par unité sur les points de revente dans la rue et le métro.

Les profils des usagers de crack se sont diversifiés : fumeurs africains ou caribéens très précarisés et désocialisés, des jeunes en errance, des personnes semi-insérées qui consomment le produit occasionnellement, parfois issus du milieu techno alternatif, des personnes précaires européennes de 40 à 60 ans qui ont un long parcours de consommation d'opiacés derrière elles, et des personnes insérées de catégories socioprofessionnelles supérieures. Cette diversification s'est accélérée récemment, et on compte depuis quelques années des personnes originaires d'Europe de l'Est, notamment de Géorgie.

Si le crack est très majoritairement inhalé, la pratique d'injection n'est pas marginale chez les plus précaires. Les personnes pratiquant l'injection de crack sont majoritairement originaires d'Europe de l'Est, mais il peut également s'agir de jeunes en errance ou d'individus plus âgés qui consommaient auparavant de la cocaïne par voie injectable.

L'OFDT et l'Inserm ont recensé en 2019 quelques centaines de personnes présentes en permanence dans l'espace public du nord-est parisien. Fin 2021, la Cour des comptes¹¹⁰ estimait qu'il y avait 700 à 800 consommateurs de crack en errance dans les rues parisiennes.

Ces personnes cumulent trois problématiques : poly-addiction sévère assortie de comorbidités et souvent, de pathologies psychiatriques, exclusion sociale et sans-abrisme, parcours traumatique d'une grande violence. Le crack se caractérise en effet par une dépendance très forte au produit engendrant le besoin de consommer et de reconsommer sur place.

Le phénomène a un réel impact sur la voie publique et la qualité de vie des riverains.

Le plan crack a été élaboré avec la Mildeca et signé par le préfet de région Ile de France, le préfet de police de Paris, le procureur de la République de Paris, le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) Ile de France, la maire de Paris et le président de la Mildeca, le 27 mai 2019, pour une durée de trois ans.

Il prévoit une réponse globale, qui s'appuie d'une part sur l'action des forces de sécurité intérieure et l'autorité judiciaire et d'autre part, sur une réponse sanitaire et sociale (orientation dans un parcours de soin, potentiellement en complément des injonctions thérapeutiques prononcées par la justice), pour faire évoluer la situation de manière significative.

Cette réponse globale vise à proposer un accueil, une solution d'hébergement, un accompagnement médico-social pour éloigner les usagers de la rue, les mettre à l'abri puis prendre en charge leur addiction. Le plan crack se décline en 33 actions recoupées en quatre axes :

- accompagner les consommateurs pour réduire les risques et les dommages et favoriser les parcours de soin ;
- héberger, mettre à l'abri, créer des espaces de repos et des unités d'hébergement et de soin résidentiel dédiés, afin de permettre une sortie de rue ;
- intervenir dans l'espace public à la rencontre des consommateurs et répondre aux besoins des habitants, dans un souci d'améliorer la tranquillité publique et lutter contre les trafics ;
- améliorer les connaissances.

Deux outils particulièrement innovants ont été déployés : les deux espaces de repos, ouverts de jour, et le dispositif d'hébergement accompagné ASSORE :

- Les espaces de repos, ouverts du lundi au vendredi, accueillent les personnes de façon inconditionnelle. Ils proposent notamment une collation, des prestations d'hygiène (douche, laverie), et un lieu de repos. Ils proposent un accompagnement, notamment sur l'ouverture de droits sociaux avec une présence de la CPAM et orientent vers les soins (consultations de soins infirmiers, psychologue, consultations de médecins généraliste et psychiatre) ; en 2023, ont été recensés plus de 39 000 passages (entre 150 et 300 passages par jour à l'Espace de repos de la Porte de la Chapelle), plus de 2 600 soins infirmiers réalisés, ainsi que près de 1 200 démarches sociales.

¹¹⁰ Cour des comptes, audit flash de la mise en œuvre du plan crack à Paris, décembre 2021.

- Initialement dimensionné à 200 places, ASSORE dispose de 610 places en 2023 dans 69 hôtels répartis en Ile de France. Gérés par les associations AURORE et GAÏA et financés par la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) (hébergement) et l'ARS (accompagnement médico-social), ces dispositifs s'appuient sur un partenariat fort avec les structures d'addictologies (Csapa, Caarud et HSA Paris) et les services hospitaliers, ainsi qu'avec les services de police et la justice.

Le plan prévoit par ailleurs des maraudes médico-sociales pour aller à la rencontre des usagers de drogue en errance, repérer les personnes en difficulté et les orienter vers les espaces de repos et les dispositifs sanitaires (consultations en addictologie et/ou psychiatrie, notamment).

S'il a permis des résultats positifs, le plan crack n'a toutefois pas mis fin à l'occupation de la voie publique par les consommateurs, selon la Cour des comptes¹¹¹.

L'évaluation du dispositif ASSORE par une équipe universitaire indépendante (Hospices civils de Lyon et Université de Lyon I Claude Bernard) a permis de rendre compte de l'intérêt du programme et confirme ses effets bénéfiques :

- 87 % des consommateurs interrogés voient leur consommation de crack diminuer depuis leur entrée dans le dispositif et un sur cinq signale un arrêt complet du crack ;
- un effet intrinsèquement bénéfique sur leur état de santé (meilleur sommeil, une mise à l'abri du froid et de la pluie, une réduction du stress et de l'exposition à la violence etc.) ;
- l'accompagnement assuré par les professionnels d'ASSORE facilite l'initiation et la continuité des parcours de soins, en aidant les usagers à honorer leurs rendez-vous médicaux ou à compléter leurs séjours hospitaliers, mais aussi à ouvrir les droits sociaux nécessaires.

Cependant, plusieurs freins ont été identifiés : d'une part, la difficulté rencontrée par les associations pour recruter davantage de personnes soignants mais également des éducateurs et travailleurs sociaux, et d'autre part, la rareté des emprises foncières disponibles pour implanter de nouvelles structures d'accueil.

Enfin, malgré l'augmentation du nombre de places d'hébergement, les places d'hébergement « d'aval », c'est-à-dire en sortie de dispositif d'urgence, demeurent en nombre insuffisant au regard de l'afflux de nouveaux consommateurs¹¹².

Plus largement, la Cour des comptes pointait une insuffisante coordination entre les services de police et de justice d'un côté, et les services de la Ville de Paris.

La Cour des comptes estimait : « En conséquence, même si les actions du plan, par leur nature, peuvent apparaître pertinentes au regard des buts recherchés, leur impact, en termes de réduction des troubles causés à la tranquillité publique, s'avère limité ».

¹¹¹ Note conjointe PRIF, PP et ARS au ministre de l'Intérieur et au ministre de la Santé et de la prévention du 1^{er} septembre 2022.

¹¹² Cour des comptes, audit flash de la mise en œuvre du plan crack à Paris, décembre 2021.

Les derniers éléments recueillis par la mission montrent que le plan se poursuit dans deux directions :

- L'élargissement des capacités d'accueil dans la salle existante. Ainsi, la salle de la Porte de la Chapelle ouvre un espace d'accueil de nuit à partir de juillet 2024 pour 14 personnes (dix hommes, quatre femmes). Ensuite, l'objectif sera d'ouvrir la salle le week-end pour répondre à l'afflux important de consommateurs sur cette période de la semaine.
- L'ouverture de nouveaux lieux d'accueil. C'est sans doute le point le plus sensible, notamment eu égard aux réactions de riverains. Selon les éléments portés à la connaissance de la mission en juin 2024¹¹³, 2 lieux auraient déjà été identifiés par la préfecture de région Ile-de-France comme pouvant potentiellement accueillir une salle de repos. L'Assistance publique des hôpitaux de Paris en aurait identifié un pour ce qui la concerne. En revanche, côté Ville de Paris, aucun lieu n'aurait encore été trouvé.

2.4 Les poly-consommations de drogues

La poly-consommation de produits stupéfiants ou de substances psychoactives est une pratique de plus en plus fréquente. Qu'il s'agisse d'une consommation combinée d'un produit stupéfiant avec de l'alcool ou un sédatif, ou de deux produits stupéfiants consommés de manière concomitante ou alternée, le risque d'intoxication aiguë par potentialisation délétère des effets est majeur. Les centres d'accueil et les espaces de consommation supervisée sont de plus en plus confrontés à ces situations à risque.

L'un des exemples les plus fréquents de poly-consommation est le *speedball* qui désigne le mélange d'héroïne ou de morphine avec de la cocaïne, le tout pris par inhalation ou injection intraveineuse. C'est un mélange considéré comme particulièrement dangereux : la cocaïne agit comme un stimulant, augmentant le rythme cardiaque, mais ses effets disparaissent plus rapidement que ceux de l'héroïne qui, à son tour, ralentit le cœur. Il est alors possible de subir une surdose à retardement, quand le stimulant cesse d'agir et que les effets de l'héroïne se font pleinement ressentir.

2.5 Les décès directement liés aux drogues

Mise en place en 2002, l'enquête décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances (DRAMÉS) de l'agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a pour objectifs de recueillir les cas de décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives, d'identifier les substances impliquées (qu'il s'agisse de médicaments ou de drogues illicites), d'évaluer leur dangerosité et d'estimer l'évolution du nombre de ces décès.

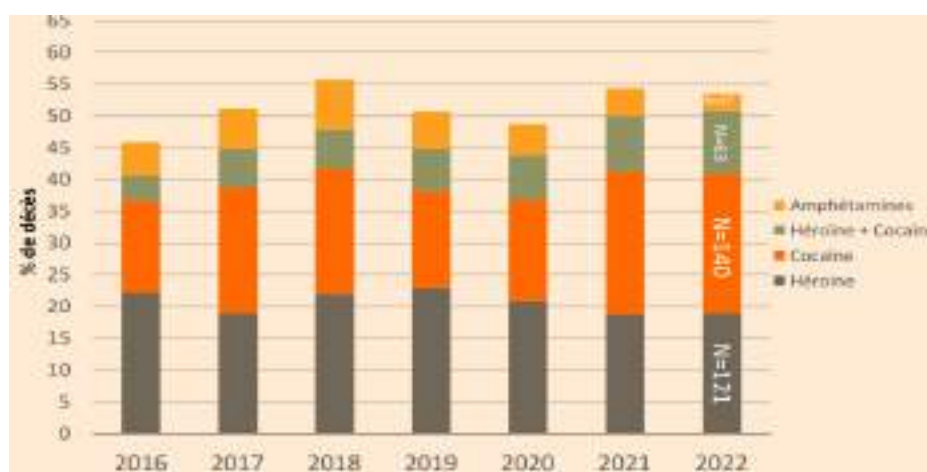
Ces décès sont notifiés par des toxicologues analystes volontaires et experts judiciaires, des médecins légistes ainsi que par les centres d'évaluation et d'Information sur la pharmacodépendance – addictovigilance (CEIP-A), répartis sur le territoire français à l'ANSM et au CEIP-A de Grenoble, chargé de l'enquête.

¹¹³ Entretien avec la préfecture de région Ile-de-France

Les éléments obtenus compilent les caractéristiques socio-démographiques et antécédents du sujet, les circonstances de découverte du corps et constatations sur le lieu du décès, le mois du décès, le stade de l'abus au moment du décès, les résultats de l'autopsie et des analyses anatomopathologiques, l'identification des substances retrouvées dans les prélèvements biologiques et la quantification dans le sang ou autres matrices si pas de sang disponible, cause probable du décès. Ils permettent de classer chaque cas en décès direct (cause toxique seule ou avec pathologie associée) ou en décès indirect (cause indirectement liée aux substances).

En 2022, 638 décès (627 en 2021) directement liés aux drogues ont été documentés par le dispositif DRAMES. La méthadone est le premier produit en cause avec 257 décès, soit 40,3% des décès (37 % en 2021) devant la cocaïne, impliquée dans 140 décès (21,9%), puis l'héroïne avec 121 décès (18,9%) et enfin, le mélange d'héroïne et de cocaïne (speedball) avec 63 décès (9,9%).

Graphique 7 : Part des décès liés aux stupéfiants, 2016-2022



Source : DRAMES 2022.

Pour l'année 2022, l'étude DRAMES pointe une :

- nouvelle augmentation du nombre de décès liés à la méthadone (en valeur absolue comme relative) et légère baisse de ceux impliquant la buprénorphine (en valeur absolue et relative) avec une incidence des décès pour 1000 usagers qui progresse encore pour la méthadone et 8 fois plus élevée qu'avec la buprénorphine ;
- stabilisation des décès liés à la cocaïne ou à l'héroïne ;
- stabilité des décès liés au cannabis (45 décès en 2022) ;
- forte diminution des décès liés aux amphétamines avec toujours une forte prédominance de MDMA ;
- diminution des décès liés au GHB/GBL ;
- stabilité des décès liés à la kétamine ;
- diminution relative des décès par opioïdes licites (hors TSO) ;

- stabilisation des décès liés à la prégabaline avec une association toujours prépondérante avec des opioïdes.

La France présente un taux de surdoses mortelles rapportées parmi les plus faibles d'Europe. Différents facteurs peuvent être à l'origine de ces disparités : la prévalence de la consommation d'opioïdes, l'accès aux traitements et notamment aux TSO, le type de TSO privilégié, mais aussi les pratiques d'investigation des décès suspects ou la qualité et la couverture du système d'information sur les décès. Par ailleurs, le plus fort taux de décès européen reste bien inférieur à celui des États-Unis, qui atteint 217 décès par million d'habitants en 2017, en forte progression depuis le début des années 2000, et singulièrement depuis 2015.

La prudence est cependant de mise lorsque l'on compare le nombre de décès par habitants des différents pays, même au sein de l'Union européenne, en raison de fortes variations dans la fréquence des investigations médico-légales et dans les pratiques d'enregistrement et de codage des décès qui sont susceptibles d'influer sur les données. La différence entre le taux de décès constaté en France et celui du Royaume-Uni (plus de dix fois supérieur) ou de l'Allemagne, pays économiquement et culturellement proches, semble étayer l'hypothèse d'une forte sous-estimation de ces décès en France.

Toutefois, la différence avec le Royaume-Uni, par exemple, est d'une telle ampleur qu'il apparaît peu vraisemblable qu'elle soit entièrement due aux limites du système d'information sur les décès par surdoses en France. La politique adoptée par la France d'accès sans grandes restrictions à la buprénorphine comme médicament de substitution aux opioïdes, molécule qui présente des risques de surdose mortelle plus faibles que la méthadone privilégiée par le Royaume-Uni et l'Allemagne, est également susceptible d'expliquer une part importante de l'écart de mortalité entre la France et ces pays.

ANNEXE 3 : Efficacité des salles de consommation supervisée : éclairages scientifiques et internationaux

ANNEXE 3 : EFFICACITE DES SALLES DE CONSOMMATION SUPERVISEE : ECLAIRAGES SCIENTIFIQUES ET INTERNATIONAUX..... 101

1 LES ESPACES DE CONSOMMATION SUPERVISEE (ECS) SE DEVELOPPENT POUR REDUIRE LES RISQUES SANITAIRES ET LES ATTEINTES A LA TRANQUILLITE LIES AUX DROGUES DANS L'ESPACE PUBLIC103

1.1 DEPUIS LES ANNEES 1980, LA CONSOMMATION SUPERVISEE S'EST DEPLOYEE POUR ATTEINDRE PLUS DE 150 ESPACES DE CONSOMMATION DANS LE MONDE, DONT UNE CENTAINE EN EUROPE103

1.2 LA CONSOMMATION SUPERVISEE REpond A DES ENJEUX DE SANTE ET DE TRANQUILLITE PUBLIQUE, SELON DES EQUILIBRES VARIABLES.....105

1.3 QUELQUES EXEMPLES ETRANGERS D'ESPACES DE CONSOMMATION SUPERVISEE107

1.3.1 *La Suisse, pionnière de la consommation supervisée, continue d'adapter son dispositif de 14 salles* 107

1.3.2 *En Allemagne, le nombre d'espaces de consommation supervisée augmente et atteint 32 salles (dont 4 mobiles) dans 8 Länder* 108

1.3.3 *Au Danemark, le financement des ECS par les seules communes limite l'ouverture de nouveaux espaces, alors que la consommation augmente.....* 109

1.3.4 *En Espagne, 15 des 16 « centres pour addictions aux drogues » sont concentrés en Catalogne.* 110

1.3.5 *Le Canada compte 39 « sites de consommation supervisée » et les développe pour répondre à la crise des opioïdes* 110

2 LE BENEFICE SANITAIRE DE LA CONSOMMATION SUPERVISEE EST ATTESTE PAR LES EVALUATIONS INTERNATIONALES ET FRANÇAISES..... 111

2.1 LES ETUDES SCIENTIFIQUES INTERNATIONALES ATTESTENT DES BENEFICES SANITAIRES DES SALLES DE CONSOMMATION SUPERVISEE POUR LES USAGERS 111

2.1.1 *Les études canadiennes et australiennes ont montré que la consommation supervisée diminue les pratiques à risque et les surdoses* 112

2.1.2 *Les retours d'expérience européenne concluent à des effets sanitaires bénéfiques* 113

2.2 EN FRANCE, L'INSERM A ETABLI EN 2021 LA PLUS-VALUE SANITAIRE DES ECS FRANÇAIS, LES SALLES DE CONSOMMATION A MOINDRE RISQUE (SCMR) GRACE A UNE APPROCHE LONGITUDINALE PAR GROUPES TEMOINS 115

2.2.1 *L'étude de l'Inserm a été la première à proposer une méthodologie par groupes témoins dont la robustesse a été reconnue par les pairs.....* 115

2.2.2 *L'étude COSINUS conclut que les injecteurs fréquentant une SCMR ont des risques sanitaires moindres que les injecteurs n'y accédant pas* 117

2.2.3 *L'accès au dépistage VHC, aux traitements de substitution aux opiacés et à la médecine de ville reste à consolider.....* 119

2.2.4 *L'évaluation scientifique des SCMR, devenues HSA, va être prolongée et complétée jusqu'en 2025* 120

2.2.5 *L'Inserm a montré que les coûts médicaux évités sont importants mais demeurent inférieurs aux coûts de structure des SCMR* 121

3 SI LES ESPACES DE CONSOMMATION SUPERVISEE AMELIORENT LA PHYSIONOMIE DES LIEUX ET NE GENERENT PAS DE DELINQUANCE SPECIFIQUE, LEUR ACCEPTABILITE SOCIALE VARIE SELON LES LIEUX.....122

3.1 SUR LE PLAN INTERNATIONAL, LES SALLES CONTRIBUENT A REDUIRE LES NUISANCES LIEES A LA CONSOMMATION DE DROGUES DANS L'ESPACE PUBLIC, SANS AUGMENTER LA DELINQUANCE.....122

3.1.1	<i>Une diminution des injections dans l'espace public est constatée, tout comme une réduction des troubles liés à la consommation dans l'espace public.....</i>	122
3.1.2	<i>Les ECS participent à la réduction drastique du nombre de seringues abandonnées dans l'espace public</i>	123
3.1.3	<i>L'ouverture d'un espace de consommation supervisée n'engendre pas d'augmentation de la délinquance, même si celle-ci peut rester élevée dans des zones fortement touchées par les trafics</i>	123
3.1.4	<i>Le degré d'acceptabilité sociale varie selon les lieux</i>	124
3.2	<i>EN FRANCE, L'ETUDE SCIENTIFIQUE DE L'INSERM ABOUTIT AUX MEMES CONCLUSIONS</i>	126
3.2.1	<i>Les SCMR de Paris et Strasbourg ont fait baisser le nombre d'injections dans l'espace public .</i>	126
3.2.2	<i>Les injecteurs fréquentant une SCMR déclarent avoir commis moins de délits que les usagers n'ayant pas accès à la consommation supervisée.....</i>	127
3.2.3	<i>La salle de Paris a contribué à l'amélioration de la tranquillité publique, même si le quartier reste marqué par des nuisances spécifiques antérieures à l'ouverture de la salle</i>	128
3.2.4	<i>A Strasbourg, la SCMR « n'est pas un sujet » pour la police et la justice</i>	129

1 Les espaces de consommation supervisée (ECS) se développent pour réduire les risques sanitaires et les atteintes à la tranquillité liés aux drogues dans l'espace public

1.1 Depuis les années 1980, la consommation supervisée s'est déployée pour atteindre plus de 150 espaces de consommation dans le monde, dont une centaine en Europe

En 2023, il existait plus de 150 salles de consommation supervisée réparties dans 16 pays : une centaine en Europe, une cinquantaine en Amérique du Nord : Canada (47), Etats-Unis (3 à New York ouvertes officiellement depuis 2021, sans compter les salles illégales existant depuis 2014¹¹⁴ en dépit de l'interdiction faite par la loi fédérale¹¹⁵) et Mexique (1) ; 2 salles en Australie.

Tableau 1 : Nombre de salles de consommation supervisée en 2023 dans le monde

Etat	Nombre de salles en service en février 2023	Dont dispositifs mobiles	Nombre de communes d'implantation	Année d'ouverture de la première salle
Suisse	14	0	10	1986
Allemagne	32	4	18	1994
Pays-Bas	26	0	21	1994
Espagne	16	2	6	2000
Australie	2	0	2	2001
Canada	39	2	18	2003
Luxembourg	2	0	2	2005
Norvège (expérimentation)	2	0	2	2005
Danemark	5	0	4	2011
Etats-Unis	3	0	2	2014
France (expérimentation)	2	0	2	2016
Belgique (expérimentation)	2	0	2	2018
Mexique	1	0	1	2018
Portugal	3	1	1	2019
Grèce	1	0	1	2022
Islande	1	1	1	2022
Total	151	10	91	

¹¹⁴ Plusieurs municipalités ont mis en place des initiatives dont l'existence légale reste fragile. L'étendue du territoire américain, et le nombre d'États et de communautés dont les décisions échappent parfois à l'autorité fédérale, rendent difficile, voire impossible l'élaboration d'une liste exhaustive des centres actuellement en activité aux États-Unis.

¹¹⁵ La loi fédérale de 1986 punit de 20 années d'emprisonnement et 500 000 dollars d'amende toute personne physique qui aura sciemment ouvert, loué, utilisé ou entretenu un lieu, de manière permanente ou temporaire, dans le but de fabriquer, distribuer ou utiliser une substance réglementée.

Source : *European Network of Drug Consumption Rooms (ENDCR) and Correlation – European Harm Reduction Network (C-EHRN) ; Overdose Prevention Centers, A Successful Strategy for Preventing Death and Disease, by Jeffrey A. Singer, CATO briefing paper, 28 février 2023 ; actualisation mission.*

Les premières salles de consommation supervisée sont nées en Europe dans les années 1980-1990 dans des villes suisses, néerlandaises et allemandes, afin de réduire les risques de contamination au VIH chez les injecteurs d'héroïne, en pleine épidémie de VIH-Sida.

Trente ans plus tard, les objectifs d'ouverture d'un ECS se sont élargis : au-delà des enjeux de santé publique et de santé des usagers, les questions de tranquillité publique sont également au fondement de l'ouverture de nouvelles salles pour tenter de juguler les scènes ouvertes de consommation et les nuisances associées. En Amérique du Nord (Canada, Etats-Unis, Mexique), la crise des opioïdes qui sévit depuis la fin des années 2010 a conduit plusieurs Etats à ouvrir des centres de consommation supervisée pour lutter contre les surdoses mortelles.

Plusieurs Etats membres de l'Union européenne envisagent d'ouvrir des ECS (Autriche, Finlande, Slovaquie, Suède) ; l'Irlande a autorisé le principe d'une ouverture de salle fin 2022 mais le projet est toujours en cours. En Amérique du Nord, plusieurs villes (Boston, Seattle, Philadelphie et Baltimore) et Etats (le Nouveau-Mexique et l'Illinois ont déposé un projet d'expérimentation pour 2 ans en juillet 2021) y réfléchissent également, notamment pour faire face à la crise des opioïdes qui y sévit. En Italie, l'expérimentation d'ECS dans trois villes a été envisagée en 2021 mais l'alternance politique a stoppé le projet, dénoncé comme une incitation à la normalisation de l'usage de drogues.

La distribution géographique des ECS est très inégale, tant à l'échelle internationale que régionale, mais progresse en nombre depuis une vingtaine d'années. Les pays pionniers, à l'exception de l'Australie, se distinguent par ailleurs par la nombre de centres ouverts.

Carte 1 : Implantation et nombre d'ECS en juin 2023 au sein de l'Union européenne



Source : *European Network of Drug Consumption Rooms (ENDCR) and Correlation – European Harm Reduction Network (C-EHRN).*

1.2 La consommation supervisée répond à des enjeux de santé et de tranquillité publique, selon des équilibres variables

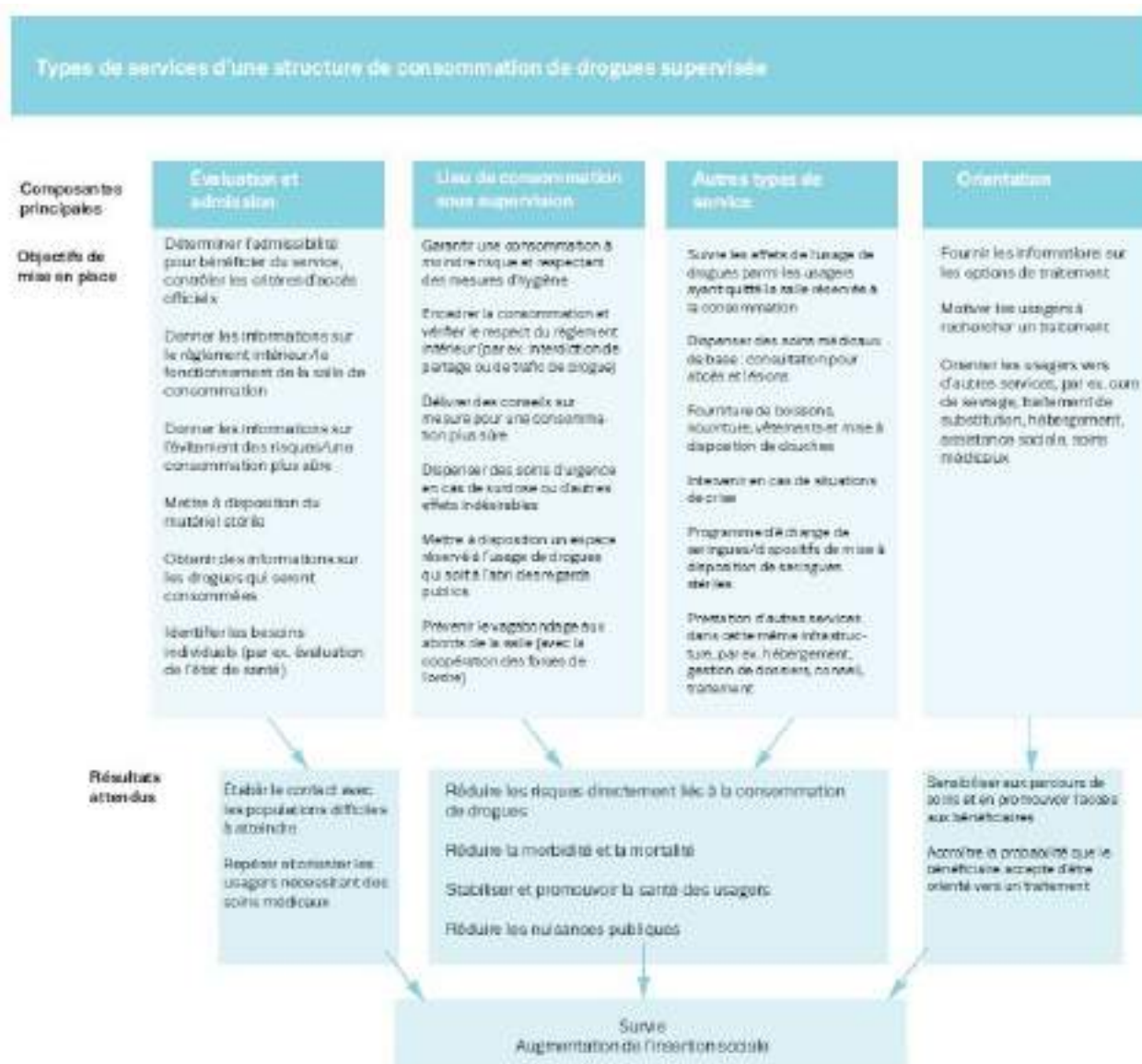
Les espaces de consommation supervisée se donnent pour objectif de répondre à des enjeux de santé des consommateurs de drogue, de santé publique et de tranquillité publique, selon un équilibre variable en fonction des lieux, des pays et des époques :

- santé des consommateurs de drogues
 - amplifier les comportements favorables à la santé en distribuant du matériel de consommation adéquat, en assurant un environnement sain, en améliorant les pratiques d'injection, en rendant l'usage de drogue plus sûr et en réduisant la transmission d'infections ;
 - détecter précocement et intervenir plus rapidement en cas de surdose pour réduire la morbidité et la mortalité liées ;
 - augmenter l'accès des usagers de drogues aux services médicaux, en particulier aux soins primaires et aux traitements en santé mentale, incluant des programmes de traitement des drogues basé sur les preuves (« evidence-based ») ;
- santé publique
 - réduire les risques aigus de transmission de maladies par des injections non hygiéniques ;
 - réduire la charge que représentent les surdoses pour les services d'urgence et de transport médical d'urgence ;
 - améliorer l'intégration sociale des usagers en promouvant un accès aux services sociaux et de santé, incluant un hébergement et des soutiens économiques et sociaux ;
- tranquillité publique et sécurité
 - préserver les équipements publics dans les zones proches des zones de vente de drogues ; diminuer les déchets ;
 - réduire les risques de transmission infectieuse en assurant un dépôt sûr d'équipements de drogue usagés ;
 - améliorer la situation des résidents en apportant des services de médiation pour répondre aux enjeux et problèmes.

Les espaces de consommation supervisée peuvent être intégrés au sein de services de « bas spectre » (avec pas ou peu de conditions permettant d'y accéder) et où la consommation supervisée est une occasion donnée à l'utilisateur de prendre conscience des risques induits par ses pratiques de consommation (c'est le cas le plus fréquent et la structure retenue pour les deux salles expérimentées en France) et d'accéder à un éventail de services médicaux et sociaux.

Les ECS peuvent également prendre la forme de services mobiles (bus ou vans configurés avec un à trois stands d'injection et/ou d'inhalation), comme en Allemagne, au Canada, en Catalogne, au Danemark, en Islande et au Portugal.

Schéma 1 : Objectifs immédiats et finaux d'une salle de consommation supervisée



Source : EUDA¹¹⁶ : perspectives sur les drogues, salles de consommation à moindre risque : un aperçu de l'offre et des réalités, 2016.

¹¹⁶ Agence de l'Union européenne des drogues (EUDA, anciennement OEDT)

1.3 Quelques exemples étrangers d'espaces de consommation supervisée

Ces éléments sont issus des contributions des conseillers aux affaires sociales des ministères sociaux qui avaient été sollicités par la direction générale de la santé, en juin 2021, pour illustrer l'expérience des pays voisins en matière d'espaces de consommation supervisée. Plusieurs questions avaient été posées aux CAS : (1) état du débat public, y compris local, autour de l'ouverture d'espaces de consommation supervisée, (2) les dispositifs spécifiques sur la prise en charge de l'addiction au crack et (3), les facteurs de réussite et points d'amélioration des dispositifs. Ils ont été mis à jour grâce aux retours adressés par les CAS à la demande de la mission, en juillet 2024. Ces éléments sont complétés, le cas échéant, des remontées des services de sécurité intérieure des ambassades, également sollicités par la mission sur le volet concernant la tranquillité et l'ordre publics.

1.3.1 La Suisse, pionnière de la consommation supervisée, continue d'adapter son dispositif de 14 salles

La Suisse a été confrontée, dans les années 1970, à des scènes de consommation de drogue massive dans l'espace public : jusqu'à 3 000 personnes consommaient de l'héroïne, dans les parcs de Zurich, générant une importante criminalité collatérale (violences, règlements de comptes, prostitution, etc.) et des problématiques sanitaires graves (explosion des surdoses mortelles), en pleine émergence du VIH-Sida.

Constatant l'inefficacité des seules mesures répressives, la Suisse a été l'un des premiers pays à s'engager dans une approche pragmatique de la problématique, privilégiant la protection du consommateur et proposant une réponse alternative au tout-répressif reposant sur la politique dite des quatre piliers : 1° prévention, 2° thérapie, 3° réduction des risques et 4° répression. C'est sur ce troisième pilier que s'est fondée l'ouverture des ECS suisses.

La Suisse est pionnière dans l'utilisation des espaces de consommation supervisée en Europe. Depuis la fin des années 1990, des espaces de consommation supervisée ont été établis dans les villes de Zurich et de Berne qui concentraient les enjeux de consommation de drogue sur la voie publique. Les espaces de consommation supervisée sont l'un des outils de la politique fédérale en matière de drogues, et ne constituent pas un point de crispation dans le débat public ; les ouvertures sont envisagées par les autorités lorsque des consommations de drogues se développent en scènes ouvertes.

Aujourd'hui, on compte 14 espaces de consommation supervisée dans 10 villes ; à Genève, la salle est installée dans un Algéco sur la place de la gare.

Le dernier espace de consommation supervisée est celle de Lausanne, ouvert en 2018 sous la forme d'un projet pilote sur trois ans. Avant ouverture, une enquête a montré que le voisinage était favorable au projet, malgré des craintes sur le fait que la salle attire des usagers non-lausannois et qu'elle génère un sentiment d'insécurité en cas de renforcement des contrôles de police ; le voisinage a souhaité être informé sur le projet (date d'ouverture, horaires, fonctionnement). Après ouverture, le débat public s'est déplacé sur la réduction de la consommation en scènes ouvertes dans le quartier.

La salle de Lausanne n'a pas donné pleine satisfaction ; en raison d'horaires insuffisamment adaptés (9h30-17h30) et d'un éloignement trop grand des lieux de consommation, tous les consommateurs de rue n'y sont pas allés et le sentiment d'insécurité de certains quartiers n'a pas diminué. Considérant le dispositif utile mais à perfectionner¹¹⁷, les autorités ont décidé de pérenniser la salle, mais également d'y adjoindre une antenne plus proche des besoins (ouverture 15h30-21h30 dans un quartier plus central), ainsi qu'une équipe sociale de rue pour orienter les consommateurs vers ces espaces, à compter de juin 2024.

En août 2024, un espace de consommation supervisée (injection/inhalation) devait ouvrir à Fribourg.

1.3.2 En Allemagne, le nombre d'espaces de consommation supervisée augmente et atteint 32 salles (dont 4 mobiles) dans 8 Länder

En Allemagne, il existe 32 salles de consommation supervisée (dont 4 salles mobiles) dans 8 des 16 Länder (Bade-Wurtemberg, Berlin, Brême, Hambourg, la Hesse, la Basse-Saxe, la Rhénanie du Nord-Westphalie et la Sarre). La ville de Berlin compte le plus grand nombre de salles de consommation, avec 4 salles fixes (dites stationnaires) et 3 salles mobiles. Viennent ensuite Hambourg et Francfort-sur-le-Main avec 4 salles stationnaires chacune, puis Cologne avec une salle stationnaire et une mobile. Quatre projets d'ouverture de salles sont actuellement à l'étude à Dortmund, Duisbourg et Leipzig.

En Allemagne, les Länder ont compétence pour réglementer l'octroi d'un permis d'installer une salle de consommation supervisée, et les communes financent et mettent en place les salles. L'installation de ces salles poursuit un double objectif : la minimisation des risques pour les consommateurs et la réduction des nuisances publiques causées par la consommation dans l'espace public. Les Länder étant responsables de leur propre politique en la matière, les éventuels débats se situent plutôt au niveau local ou régional.

Dans les villes accueillant une salle de consommation supervisée, l'initiative est plutôt bienvenue. À Berlin en particulier, les salles de consommation de drogues sont bien acceptées par la population locale, car elles permettent de réduire la consommation de drogues dans les espaces publics, notamment les parcs ou les halls d'entrée des immeubles. Pour satisfaire les demandes de la population locale dans le quartier Friedrichshain-Kreuzberg à Berlin, la maire de circonscription et le gouvernement de Berlin ont décidé une extension de l'ouverture de ces salles, 7 jours sur 7, contre 5 jours par semaine auparavant. Le retour d'expérience montre par ailleurs que la coordination avec l'environnement immédiat et une dotation suffisante en personnel sont décisives pour la réussite du projet.

A contrario, dans les Länder qui n'ont pas choisi d'ouvrir des espaces de consommation supervisée, le débat reste vif. On peut citer l'exemple de la Bavière dont le gouvernement s'oppose à l'installation de SCMR, qui y restent illégales : les gouvernements municipaux de grandes villes, comme Munich, Augsbourg et Nuremberg, et certains acteurs associatifs réclament

¹¹⁷ Centre universitaire de médecine générale et santé publique : Evaluation de l'espace de consommation sécurisé de Lausanne (ECS) – projet pilote de trois ans. Rapport final, janvier 2021 ; <https://www.lausanne.ch/apps/actualites/Next/serve.php?id=13417>

depuis plusieurs années la possibilité de mettre en place des SCMR, dans le but de faire baisser la mortalité des consommateurs.

En Allemagne, seule la possession de stupéfiants est punie par la loi, la consommation en elle-même ne fait pas l'objet d'interdiction légale. Les consommateurs venant dans les ECS, stationnaires ou mobiles, bénéficient d'un régime d'immunité pénale vis-à-vis de leur possession d'une petite quantité de stupéfiants destinée à leur consommation personnelle. La législation des Länder ayant autorisé la mise en place d'un espace inclut une disposition créant une exception à l'article §29 paragraphe 1 n°3 de la loi sur les stupéfiants (« Betäubungsmittelgesetz ») qui punit la détention de stupéfiants sans autorisation écrite d'acquisition d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement maximale de 5 ans.

1.3.3 Au Danemark, le financement des ECS par les seules communes limite l'ouverture de nouveaux espaces, alors que la consommation augmente

Depuis 2012, le Danemark a autorisé les espaces de consommation supervisée, principalement sur des objectifs de santé publique pour les consommateurs, incluant la limitation des surdoses.

Il existe actuellement 5 salles de consommation à moindre risque dans 4 communes. En plus de Copenhague qui a ouvert la première salle de consommation à moindre risque en 2012, trois autres municipalités (Aarhus, Odense, Vejle) en ont également mis en place. Les deux salles à Copenhague, Skyen et H17, sont situées dans le quartier de Vesterbro (près de la gare centrale). La salle H17 est de loin la plus grande et la plus connue du pays ; ses activités vont bien au-delà de la prise de drogue puisque les personnes s'y rendent également pour se soigner, dormir, recevoir de la nourriture ou des médicaments, ou alors tout simplement pour trouver du lien social.

La mise en place d'une salle de consommation supervisée, et donc le financement, dépendent de la commune ; ce 2^e point pose particulièrement question. Les municipalités d'Aalborg (4^e ville du pays) et d'Esbjerg (5^e ville) ont toutes deux envisagé d'ouvrir une salle, mais il semble que les coûts excessifs aient freiné ces projets. L'unité mobile qui existait à Copenhague, la Fixelance, a arrêté ses activités en septembre 2023, en partie à cause d'un manque de financement ; les professionnels dénoncent un arrêt avec des conséquences potentiellement graves, en particulier pour les femmes toxicomanes.

Le nombre de consommations augmente dans les salles de consommation supervisée danoises : en 2022, plus de 250 000 consommations de drogues ont été enregistrées, soit une augmentation de +53 % par rapport à 2021. **On note également une hausse du nombre de personnes fréquentant ces salles, avec des effets sur le débat public au sujet des moyens engagés** par les communes pour le fonctionnement de ces salles (et non par l'Etat, sommé par certains responsables locaux de financer ces salles).

Les communes danoises ont également la charge de l'accompagnement social et sanitaire des consommateurs de stupéfiants pouvant aller jusqu'à la prescription d'héroïne médicalisée. Ainsi, à Copenhague, il existe six centres dédiés, ainsi qu'une unité spécialisée dédiée à l'injection gratuite d'héroïne prescrite par un médecin (sous conditions) ; ce traitement assisté à l'héroïne pour les consommateurs d'opioïdes difficiles à traiter est disponible depuis 2010 dans cinq municipalités danoises au total : Copenhague, Odense, Glostrup (banlieue de Copenhague), Esbjerg et Århus.

1.3.4 En Espagne, 15 des 16 « centres pour addictions aux drogues » sont concentrés en Catalogne

En Espagne, les centres pour addictions aux drogues ont toujours une fonction sanitaire, initiale, à laquelle s'ajoute, de plus en plus souvent, désormais, une fonction sociale (sortir les consommateurs de la rue, les réinsérer – avec des succès, notamment s'agissant des femmes ; accueillir les utilisateurs, avec un café, une soupe). Elles deviennent donc des espaces aux missions plus larges, plus globales.

La mise en place de « salles de consommation surveillée » a commencé il y a une quinzaine d'années ; en 2023, il existe 16 espaces de ce type, avec une répartition géographique très concentrée : une au Pays basque, 15 en Catalogne. Le seul ECS de Madrid a fermé en 2011, faute d'utilisateurs (dans cette ville, peu d'héroïne blanche, qui s'injecte, un peu plus d'héroïne-base ; fermeture d'un bidonville qui générerait activité de vente et consommation de drogue).

En Espagne, l'ouverture des espaces de consommation supervisée relève d'une compétence locale (régions et villes), l'échelon fédéral n'intervenant que pour promouvoir la stratégie nationale de lutte contre les drogues et la politique de réduction des risques. Le bon fonctionnement des ECS à Barcelone repose sur des partenariats forts entre les différents acteurs locaux et municipaux.

La Catalogne a mis en place deux unités mobiles avec espace de consommation supervisée (injection uniquement), à Badalona et Tarragone, gérées par deux associations, en lien avec une équipe d'éducateurs de rue (également gérée par l'association), différents points de distribution de seringues (pharmacie, centres de soins primaires) et à Badalona, un centre de traitement et une unité mobile de distribution de méthadone. Les unités mobiles délivrent des prestations sanitaires (soins de base, échange de seringues, prévention des surdoses, supervision de la consommation, éducation sanitaire et, pour Badalona uniquement, un dépistage des maladies infectieuses et une dispensation sous observation directe de certains traitements – Tuberculose, Targa, médicaments psychiatriques) et sociales (prise en charge socio-éducative, orientation vers les services spécialisés, distribution d'aliments). L'amplitude horaire varie selon l'unité mobile (du lundi au vendredi, 25 à 29 heures par semaine) ; si la composition de l'équipe d'accueil varie entre les deux unités, une composante médicale et une composante sociale sont toujours présentes.

1.3.5 Le Canada compte 39 « sites de consommation supervisée » et les développe pour répondre à la crise des opioïdes

Le Canada compte, en juin 2024, 39 « sites de consommation supervisée » en activité ; définis comme des installations où les personnes peuvent consommer, sous la supervision de personnel formé, des drogues obtenues au préalable. Ces sites de consommation supervisée accueillent environ 2 700 visites quotidiennes (jusqu'à 400 visites par jour dans les sites les plus fréquentés), alors qu'environ 361 000 Canadiens ont fait appel aux services offerts par les sites de consommation supervisée entre 2017 et juin 2023¹¹⁸.

Afin d'aider les gouvernements provinciaux et territoriaux dans leurs efforts continus pour lutter contre les effets de la crise des surdoses d'opioïdes, chaque province et territoire a reçu une

¹¹⁸ Source : <https://sante-infobase.canada.ca/labore-de-donnees/blogue-sites-consommation-supervisee.html> consulté le 9 avril 2024.

exemption de catégorie en vertu du paragraphe 56(1) de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances qui autorisent le ministre de la Santé de chaque province et territoire à établir des sites de besoins urgents en matière de santé publique selon les besoins dans leur province ou territoire.

Les premiers sites canadiens ont ouvert leurs portes au début des années 2000 et sont au cœur des politiques canadiennes de lutte contre la crise des opioïdes (40 000 décès liés à une intoxication aux opioïdes entre 2016 et 2024)¹¹⁹. Leur développement est en cours depuis les années 2020 au Québec. L'objectif premier de cette politique n'est pas la réduction de la consommation ou des troubles à l'ordre public, mais la réduction des risques et des conséquences des surdoses mortelles.

Le premier centre, ouvert en 2002 à Vancouver, était un site d'injection supervisée (SIS), tout comme le second à Toronto en 2017. Par la suite, pour s'adapter à la consommation, qui repose davantage sur l'inhalation que sur l'injection, les SIS ont été délaissés au profit des sites de consommation supervisée.

Depuis les années 2000, six sites ont été fermés, par manque de personnel ou en raison de non-renouvellement d'autorisations ; huit sites sont actuellement en attente d'ouverture.

2 Le bénéfice sanitaire de la consommation supervisée est attesté par les évaluations internationales et françaises

2.1 Les études scientifiques internationales attestent des bénéfices sanitaires des salles de consommation supervisée pour les usagers

Les données accessibles sont majoritairement issues d'études réalisées au Canada et en Australie, alors que l'essentiel des centres se trouve en Europe. Pour réaliser cette rapide revue de la littérature scientifique internationale (environ 70 études publiées dans des revues à comité de lecture depuis le début des années 2000 portant sur l'impact individuel, communautaire ou sociétal des salles de consommation), cette annexe s'est appuyée sur plusieurs publications de référence :

- salles de consommation à moindre risque, mise en œuvre et impact, étude réalisée par l'Institut d'aménagement et d'urbanisme à la demande du Conseil régional d'Ile de France, septembre 2018 ;
- le rapport scientifique « salles de consommation à moindre risque en France » réalisé par l'Inserm à la demande de la Mildeca, mai 2021 ;
- rapport conjoint de décembre 2023 de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies et du réseau européen de réduction des dommages « Joint report drug consumption rooms ».

¹¹⁹ La toxicité élevée ainsi que l'imprévisibilité des substances fournies à partir du marché illégal continue d'être un facteur majeur de cette crise. La fourniture illégale de drogues contient des opioïdes puissants à des doses inconnues, tels que le fentanyl ou des produits analogues, ainsi que d'autres substances toxiques, entraînant des taux élevés de surdoses et de décès.

2.1.1 Les études canadiennes et australiennes ont montré que la consommation supervisée diminue les pratiques à risque et les surdoses

Plusieurs études ont montré que les salles de consommation permettaient de réduire les pratiques d'injection dangereuses. La plupart sont déclaratives, menées directement auprès des personnes qui utilisent ce type de dispositif, comme à Vancouver, où 75 % des participants déclaraient que leurs pratiques d'injection avaient changé à la suite de l'utilisation de la salle : moindre réutilisation des seringues, moins d'injections précipitées ou à l'extérieur, plus d'utilisation d'eau neuve, plus de filtration avant l'injection, plus d'injections sur une zone propre, plus de facilités à trouver une veine et une meilleure gestion des seringues usagées (utilisation d'un container spécifique) par rapport à une utilisation irrégulière (moins de 25 % des injections) de la salle.

La réduction des pratiques à risque de transmission a également été constatée. La transmission du VIH et du VHC a beaucoup été étudiée après l'ouverture des ECS, pour vérifier si le fait de les fréquenter permettait de réduire les pratiques d'échanges de matériel usagés et, *in fine*, la transmission de ces virus, comme à Vancouver¹²⁰. De plus, cette cohorte a permis une évaluation avant/après ouverture d'une salle : la réduction du partage de seringues chez les utilisateurs de la salle de consommation coïncidait avec l'ouverture du dispositif. De même, parmi une cohorte d'injecteurs recrutées au hasard à Insite, chez les personnes séronégatives au VIH l'utilisation de la salle était associée à une probabilité réduite d'emprunter des seringues (mais cet effet n'était pas trouvé pour les personnes séropositives)¹²¹.

Les études publiées montrent par ailleurs une baisse de la mortalité par surdose liée aux salles de consommation¹²². Une étude avant/après ouverture de la salle de consommation Insite à Vancouver a montré une réduction de 35 % de la mortalité par surdose à moins de 500 mètres autour de la salle, comparativement à une baisse de 9,3 % dans le reste de la ville¹²³. Une étude de modélisation a calculé que la salle avait évité entre 8 et 51 morts par surdose sur quatre ans. Toujours à Vancouver, une étude de cohorte a démontré que l'utilisation fréquente de la salle de consommation était associée à un risque de décès plus faible, indépendamment des facteurs connus de mortalité¹²⁴. A Sydney (Australie), le nombre d'appels liés à une surdose auprès des services d'urgences a diminué après l'ouverture de la salle de consommation, cette diminution

¹²⁰ Kerr, Thomas, Tyndall, M., Li, K., Montaner, J., & Wood, E. (2005b). Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users. *Lancet* (London, England), 366(9482).

¹²¹ Wood, Evan, Tyndall, M. W., Stoltz, J.-A., Small, W., Lloyd-Smith, E., Zhang, R., Montaner, J. S. G., Kerr, T., Wood, E., Tyndall, M. W., Stoltz, J.-A., Small, W., Lloyd-Smith, E., Zhang, R., Montaner, J. S. G., & Kerr, T. (2005). Factors Associated with Syringe Sharing Among Users of a Medically Supervised Safer Injecting Facility. *American Journal of Infectious Diseases*, 1(1)/

¹²² POTIER Chloé, LAPRÉVOTE Vincent, DUBOIS-ARBER Françoise, COTTENCIN Olivier, ROLLAND Benjamin, 2014, « Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review », *Drug and Alcohol Dependence*, 145.

¹²³ MARSHALL Brandon DL, MILLOY M-J, WOOD Evan, MONTANER Julio SG, KERR Thomas, 2011, « Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study », *The Lancet*, 377(9775).

¹²⁴ KENNEDY Mary Clare, KARAMOUZIAN Mohammad, KERR Thomas, 2017, « Public Health and Public Order Outcomes Associated with Supervised Drug Consumption Facilities: a Systematic Review », *Current HIV/AIDS reports*, 14(5).

étant encore plus importante durant les horaires d'ouverture de la structure et dans le quartier alentour ¹²⁵.

2.1.2 Les retours d'expérience européenne concluent à des effets sanitaires bénéfiques

Au niveau européen, l'EUDA et le C-EHRN établissent le caractère bénéfique des ECS pour réduire les décès liés à la drogue, réduire les comportements à risque en matière d'injection, aider les populations cibles difficiles à atteindre à accéder aux services de santé et aux services de réduction des risques, dans le cadre d'une revue de littérature scientifique publiée jusqu'en 2020¹²⁶.

Le tableau 1 reproduit en fin de sous-partie le résumé des conclusions de la revue de littérature scientifique citée par rapport conjoint de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies et du réseau européen de réduction des dommages de décembre 2023 qui dresse un panorama des ECS implantés dans l'UE¹²⁷.

Les auteurs soulignent également l'utilité des espaces de consommation supervisée pour collecter des indices sur les nouveaux modèles de consommation et identifier les tendances émergentes parmi les usagers les plus à risques. En méthode, ils insistent sur la nécessité de poursuivre les recherches pour dépasser plusieurs limites méthodologiques pointées (variables géographiques limitant le caractère transférable des résultats ; hétérogénéité de la terminologie, des méthodes et des approches éthiques).

Ces données sont corroborées par les remontées des services de sécurité intérieure des ambassades qui indiquent que « le bilan sanitaire est incontestablement positif »¹²⁸.

Les ECS peuvent également permettre de diminuer la quantité de produit consommée ; ainsi, en Belgique où le SSI note que les salles, en offrant des conditions de prise plus sereines, permettraient également de diminuer la fréquence des consommations, et donc, une diminution de la quantité du produit absorbé (jusqu'à 50 % en moins), ce qui constitue en soi une réduction des risques, et complète les résultats positifs sur le nombre de surdoses, l'accès aux soins et la réduction de la transmission du VIH.

¹²⁵ SALMON Allison M., BEEK Ingrid Van, AMIN Janaki, KALDOR John, MAHER Lisa, 2010, « The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia », *Addiction*, 105(4).

¹²⁶ Rapport conjoint de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies et du réseau européen de réduction des dommages réalise un panorama des SCMR implantées dans l'UE : JOINT REPORT BY THE EMCDDA AND C-EHRN : « Drug consumption rooms », décembre 2023.

¹²⁷ JOINT REPORT BY THE EMCDDA AND C-EHRN : « Drug consumption rooms », décembre 2023.

¹²⁸ Les SSI ont été interrogés par la mission en juin 2024.

Tableau 2 : Résumé des conclusions de la littérature scientifique, extrait du rapport EUDA 2023

Study Author, country (year)	Belackova et al., (2019)	Kimber et al. and EMCDDA (2018)	Pardo et al., USA (2018)	Potter et al., FR (2014)	Levenschoof et al., USA (2021)	Tran et al., AU (2021)
Study design	Systematic review	Review of reviews	Systematic review	Systematic review	Mixed methods with systematic review update of Potter et al.	Systematic review
Study aim	To synthesise and evaluate the available evidence for the impact of DCRs	To synthesise and evaluate the available evidence for the impact of DCRs	To assesses the evidence base for DCRs	To synthesise available evidence for DCR-related benefits and harms	To determine the effectiveness of DCRs	To assess the long-term impacts of DCRs
Outcomes reported on DRD	Insufficient evidence to support or discount effect on reduction of OODs at the community level, some possible signs at city level. Process data show no OODs occurred in DCRs, suggesting probable effectiveness	Non-coherent effect estimates of two included studies: (1) significant reduction in total OODs. (2) No reduction in OODs, but significant decrease in opioid-related emergency department calls	Efficacious in reducing OD frequency	Significant reductions in opioid OD morbidity and mortality	
	... DRID or injecting risk behaviour	Insufficient evidence to support or discount effect on HIV or HCV prevalence/incidence. Tentative evidence for reduced injecting risk behaviour and improvements in injecting practices and hygiene	Reduce risk of DRID transmission and other harms associated with unhygienic drug use (overall effect size uncertain)	Efficacious in promoting safer injection conditions	Significant improvements in injection behaviours and harm reduction	DCRs helped reduce injecting-related harms
	... acceptability and public nuisance			Associated with reduced levels of public drug injections and dropped syringes	No effect on crime and public nuisance (no increase)	Local residents and business owners reported less public drug use and public syringe disposal following the opening of a DCR
	... other assessments of impact	Research on DCR evaluation has used ecological, modelling and cross-sectional and cohort study designs		Scientific evidence on effectiveness of DCRs limited in terms of the quality and number of locations evaluated	Efficacious in attracting the most marginalised PWID and enhancing access to primary healthcare. Does not increase drug injecting, trafficking or crime	Significant improvements in access to addiction treatment programmes
Study limitations	Descriptive results only	Publication has not been updated. No effect measures provided	No effect measures provided	No effect measures provided. Terminology: efficacious vs effectiveness	No effect measures provided	No effect measures provided

Source : EUDA, JOINT REPORT BY THE EMCDDA AND C-EHRN : « Drug consumption rooms », décembre 2023

2.2 En France, l'Inserm a établi en 2021 la plus-value sanitaire des ECS français, les salles de consommation à moindre risque (SCMR) grâce à une approche longitudinale par groupes témoins

2.2.1 L'étude de l'Inserm a été la première à proposer une méthodologie par groupes témoins dont la robustesse a été reconnue par les pairs

L'Inserm a réalisé l'étude Cosinus sur commande de la Mildeca, conformément à l'arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges des SCMR.

Une évaluation scientifique de l'expérimentation des SCMR était prévue par l'annexe 3 de l'arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque ».

Pour « améliorer les connaissances sur les trajectoires d'usagers de drogues en particulier ceux qui présentent une grande vulnérabilité sociale, des pratiques à risque de transmission du VHC et du VIH et qui sont, pour la majorité d'entre eux, en marge du système de santé », la Mildeca a commandé à l'institut de santé publique de l'Inserm la mise en place d'une étude de cohorte d'usagers de drogues afin d'évaluer des dispositifs innovants de réduction des risques tels que les salles de consommation à moindre risque.

Le consortium de recherche mandaté pour la conduite de ce programme de recherche a ainsi été chargé d'évaluer l'impact de l'ouverture des salles de consommation à moindre risque sur la santé publique, l'ordre public et la collectivité dans le contexte français. L'évaluation devait aussi contribuer à définir les conditions nécessaires à la pérennisation du dispositif et à son insertion dans le dispositif médico-social de prise en charge des personnes présentant des pratiques addictives.

Le programme de recherche COSINUS (COhorte pour l'évaluation des facteurs Structurels et Individuels de l'USage de drogues)¹²⁹ repose sur le suivi longitudinal d'une cohorte d'injecteurs de substances psychoactives fréquentant une SCMR et de deux « groupes témoins » d'injecteurs dans des villes où les SCMR n'existent pas.

Permettant d'observer les changements à travers le temps et de mesurer l'impact d'un phénomène particulier, la méthode de l'étude de type longitudinale a été retenue, afin d'évaluer au mieux les besoins de cette population en termes d'accès à des dispositifs tels que les SCMR mais aussi pour décrire l'évolution de leurs conditions de vie, de leurs besoins, de leurs pratiques de consommation et de leur accès à la prévention et aux soins.

Cette étude était la première en France et sa valeur ajoutée résidait dans le choix de présenter un groupe témoin constitué essentiellement de personnes qui s'injectent des substances psychoactives qui n'ont pas eu accès à la SCMR puisque résidant dans une ville où il n'y a pas de SCMR. Afin de comparer un échantillon de PIS exposé à la SCMR par rapport à un groupe non exposé, les participants ont été recrutés à Paris, Strasbourg, Marseille et Bordeaux (ces deux

¹²⁹ INSERM : Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique (2021).

dernières villes ne disposant pas de SCMR). Le protocole de cette étude a été publié et elle a reçu un avis favorable du Comité d'évaluation éthique de l'Inserm (IRB00003888) et de la commission nationale informatique et libertés (CNIL)¹³⁰.

L'étude COSINUS s'appuie sur les données d'une cohorte ayant inclus 665 personnes qui s'injectent des substances psychoactives dans quatre villes (Bordeaux, Marseille, Paris et Strasbourg), suivies pendant 12 mois. Des questionnaires ont été administrés en face-à-face auprès de ces personnes à l'inclusion, 3 mois, 6 mois et 12 mois de suivi. Afin d'évaluer l'impact des SCMR sur différents critères d'efficacité (pratiques à risque VIH-VHC, abcès, surdoses non fatales, passages aux urgences, injection dans l'espace public, ...), deux groupes de participants ont été définis dans l'analyse selon leur fréquentation des SCMR : pas ou peu de fréquentation versus fréquentation moyenne ou haute. Des analyses statistiques ont été réalisées pour mesurer l'effet de l'exposition à la SCMR sur les différents critères, tout en ajustant sur les autres facteurs qui pourraient influencer ces critères et donc, apprécier l'effet de l'exposition à la SCMR « toutes choses égales par ailleurs ».

Les 665 personnes suivies par la cohorte COSINUS :

- avaient un âge médian de 38 ans ;
- 20 % étaient des femmes ;
- à l'inclusion, 43 % occupaient un logement très précaire (dans la rue, squat, voiture) et 20 % avaient un emploi ;
- 60 % des participants pratiquaient l'injection quotidienne de substances ; 18 % le partage du matériel d'injection usagé ;
- 25 % déclaraient être infectées par le VHC et 5,4 % par le VIH.

Les évaluations internes (comité scientifique international) et externes (publication dans les revues à comité de lecture) ont attesté la robustesse méthodologique de l'étude.

Le programme de recherche COSINUS prévoyait la mise en place de deux comités : un comité de pilotage associant les chercheurs et les représentants de l'Inserm et de la Mildeca et un comité scientifique externe composé de membres non impliqués dans l'évaluation, associant des experts étrangers, dont la mission était de vérifier la pertinence des questions scientifiques et la validité des méthodes utilisées pour y répondre¹³¹.

L'évaluation de l'Inserm 2021 a par ailleurs donné lieu à plusieurs publications ultérieures dans des revues à comité de lecture : sur les enjeux de réduction de la transmission infectieuse, un article dans la revue internationale *Addiction*, a été soumis en novembre 2022 et accepté le 5 juillet

¹³⁰ M Auriacombe, P Roux, L Briand Madrid, S Kirchherr, C Kervran, C Chauvin, et al. Impact of drug consumption rooms on risk practices and access to care in people who inject drugs in France: the COSINUS prospective cohort study protocol *BMJ Open*, 9 (2) (2019).

¹³¹ Le travail des équipes de recherche a été évalué par un comité scientifique indépendant composé de Christian Ben-Lakhdar (Université de Lille) et Marc Bardou (CHU Dijon) qui en ont assuré la présidence, Eric Breton (EHESP), Olivier Cottencin (CHRU Lille), Helene Donnadieu-Rigole (CHU Montpellier), Xavier Laqueille (CH Saint-Anne), Jennifer O'Loughlin (Université de Montréal), Christophe Tzourio (Bordeaux Population Health) et Frank Zobel (Addictions Suisse).

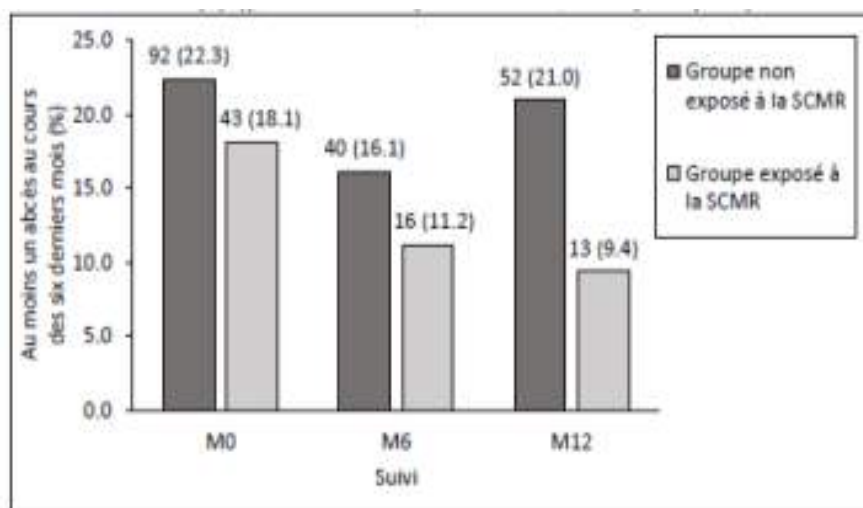
2023¹³² ; sur les enjeux d'acceptabilité sociale des SCMR, trois publications dans les revues des pairs *International Journal of Drug policy* et *American Journal of Public Health*¹³³.

2.2.2 L'étude COSINUS conclut que les injecteurs fréquentant une SCMR ont des risques sanitaires moindres que les injecteurs n'y accédant pas

L'étude Cosinus de l'Inserm est la première étude qui établit un lien entre le fait de fréquenter une SCMR et une réduction de la survenue d'abcès, de contaminations infectieuses et de fréquentation des passages aux urgences et confirment leur efficacité pour réduire les décès par surdose.

L'étude montre un effet important de la SCMR sur le risque de complication au point d'injection, relatives à l'hygiène des mains et du lieu où l'injection se passe, notamment des abcès. Un écart de quatre points au 1^{er} entretien (M0) est constaté : si 22,3 % des répondants n'ayant pas accès à une SCMR déclarent avoir eu au moins un abcès au cours des six derniers mois, cette proportion tombe à 18,1 % pour les usagers d'une SCMR. L'écart entre les deux cohortes se creuse lors de l'entretien de suivi à 6 mois (4,9 points) et singulièrement à l'entretien de suivi de 12 mois (10,6 points).

Graphique 1 : Fréquences des participants déclarant un abcès par groupe d'exposition et par suivi, étude COSINUS



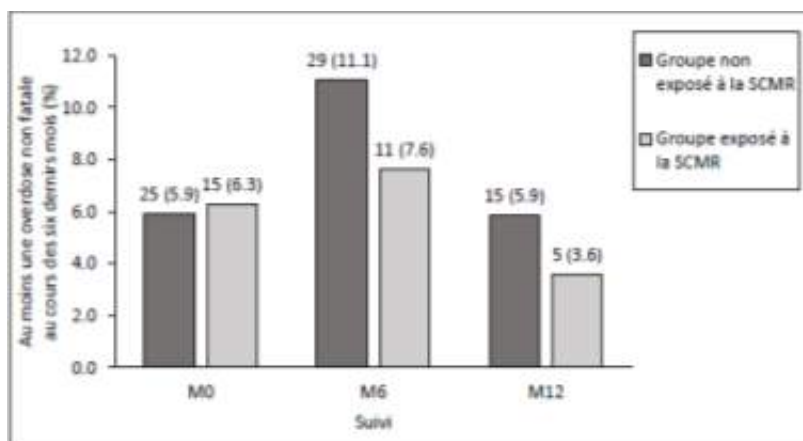
Source : Inserm, rapport scientifique sur les SCMR en France, 2021.

¹³² Drug consumption rooms are effective to reduce at-risk practices associated with HIV/HCV infections among people who inject drugs: Results from the COSINUS cohort study ; *Addiction*, 5 juillet 2023.

¹³³ Drug Consumption Rooms: Welfare State and Diversity in Social Acceptance in Denmark and in France Esben Houborg, PhD, and Marie Jauffret-Roustide, PhD ; *Different Paths and Potentials to Harm Reduction in Different Welfare States: Drug Consumption Rooms in the United Kingdom, Denmark, and France*, Marie Jauffret-Roustide, PhD, Esben Houborg, PhD, Matthew Southwell, BA, Daphnée Chronopoulou, Jean-Maxence Granier, Msc, Vibeke Asmussen Frank, PhD, Alex Stevens, PhD, and Tim Rhodes, PhD ; *American Journal of public health* ; 09/2022 . Drug consumption rooms: Comparing times, spaces and actors in issues of social acceptability in French public debate ; Marie Jauffret-Roustide,*, Isabelle Cailbaulta ; *International journal of drug policy*, Received 3 November 2017; Received in revised form 9 April 2018; Accepted 9 April 2018.

L'étude Cosinus a pointé une différence significative de surdoses non fatales dans les deux groupes grâce à l'accompagnement offert dans les SCMR et à la baisse de stress permis par un lieu d'injection sécurisé. L'écart est particulièrement marqué à l'entretien de suivi à 6 mois : 11,1 % des personnes qui ne fréquentent pas une SCMR ont connu au moins un épisode de surdose non létale au cours des 6 derniers mois, contre 7,6 % des usagers d'une SCMR.

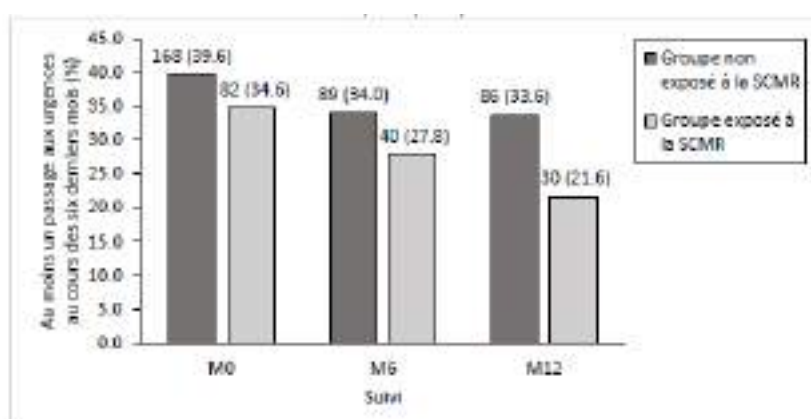
Graphique 2 : Fréquences des participants déclarant au moins une surdose non fatale au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi, COSINUS



Source : Inserm, rapport scientifique sur les SCMR en France, 2021.

La moindre prévalence des abcès et des surdoses non mortelles associée à la fréquentation d'une SCMR est accompagnée d'une baisse des passages aux urgences : 5 points de moins lors du 1^{er} entretien (M0), 6,2 points à 6 mois et 12 points à 12 mois.

Graphique 3 : Fréquences des participants déclarant au moins un passage aux urgences au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi, COSINUS



Source : Inserm, rapport scientifique sur les SCMR en France, 2021.

Sur une période de 10 ans à partir de l'ouverture des SCMR, les SCMR de Paris et de Strasbourg permettraient d'inclure, respectivement, 2 997 et 2 971 injecteurs et d'éviter :

- 6 % des infections VIH et 11 % des infections VHC,
- 69 % des surdoses mortelles,
- 71 % des passages aux urgences

- 77 % des abcès et des endocardites associées.

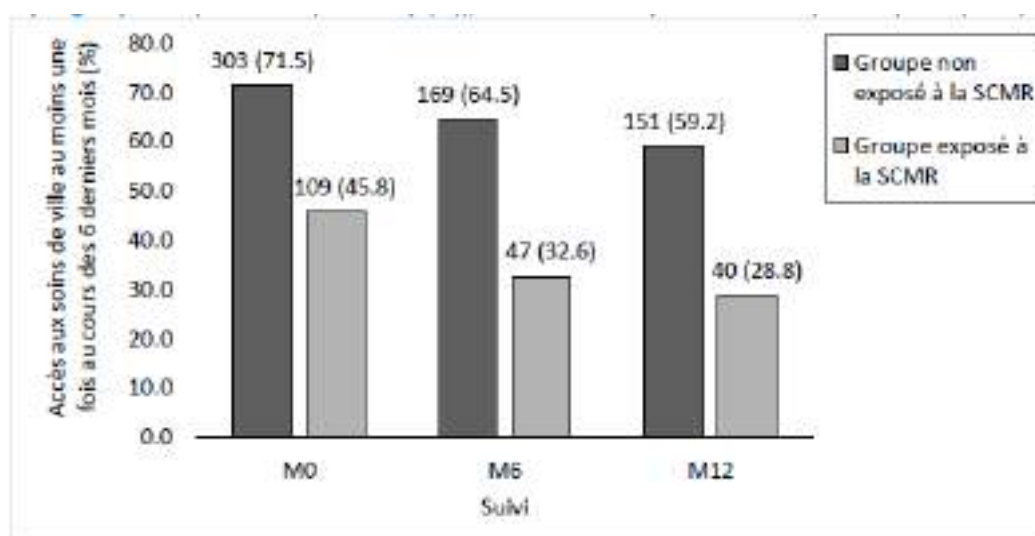
La réduction de l'incidence de ces événements se traduirait par 22 et 21 décès évités sur 10 ans pour la SCMR de Paris et de Strasbourg, respectivement¹³⁴.

2.2.3 L'accès au dépistage VHC, aux traitements de substitution aux opiacés et à la médecine de ville reste à consolider

En matière d'accès aux soins, les personnes qui fréquentent les SCMR ont moins de chances d'avoir eu une visite chez un médecin généraliste ou spécialiste (médecine de ville) au cours des 6 derniers mois par rapport au groupe non exposé au SCMR. Le profil de très grande précarité, notamment des usagers parisiens, est susceptible d'expliquer ces difficultés redoublées d'accès aux soins.

Le groupe recruté dans les SCMR et qui fréquentait régulièrement ce lieu est en effet apparu marqué par une précarité plus forte que celui qui a été recruté en dehors des SCMR. Même si cela ne constituait pas un objectif en soi, ces résultats suggèrent que la population des SCMR et notamment celle de Paris constitue une population particulière (participants nés à l'étranger, forte précarité, consommateurs de crack et de morphine). *L'annexe 4 détaille le profil sanitaire et social des usagers des haltes soins addictions.*

Graphique 4 : Fréquences des participants ayant utilisé les soins de ville au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi, COSINUS

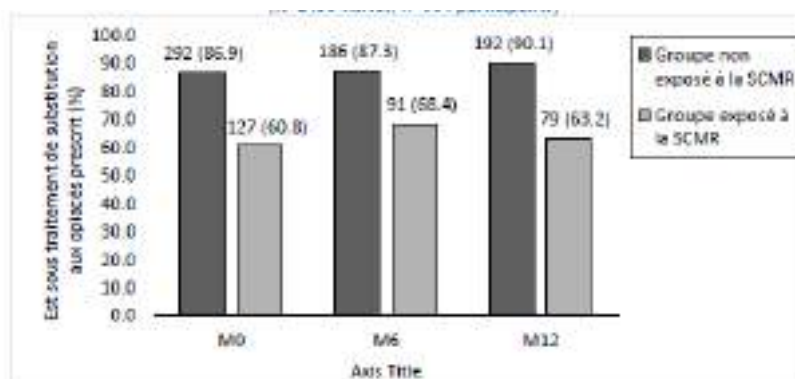


Source : Inserm, rapport scientifique sur les SCMR en France, 2021.

Les analyses ne montrent pas de différences significatives entre les groupes pour l'accès à un médicament de l'addiction aux opiacés et le dépistage du VHC, probablement également en raison de la très grande désaffiliation des usagers des SCMR relevée par l'Inserm.

¹³⁴ Projections modélisées par l'Inserm avec l'étude COSINUS-éco sur la base de l'étude COSINUS.

Graphique 5 : Fréquences des participants déclarant au moins un médicament de l'addiction aux opiacés au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi, COSINUS



Source : Inserm, rapport scientifique sur les SCMR en France, 2021.

2.2.4 L'évaluation scientifique des SCMR, devenues HSA, va être prolongée et complétée jusqu'en 2025

Une nouvelle évaluation scientifique doit être conduite à partir de juin 2024 pour nourrir le rapport que le Gouvernement doit remettre au Parlement fin juin 2025.

L'arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" » prévoit la mise en place et le financement d'une évaluation indépendante de cette nouvelle phase de l'expérimentation, placés sous la responsabilité de la Mildeca.

En cours de déploiement à compter de juin 2024, cette évaluation scientifique des haltes soins addictions à vocation à nourrir le rapport que le Gouvernement doit présenter au Parlement au plus tard 6 mois avant la fin de la prolongation de l'expérimentation, au terme de l'article 83 de la LFSS pour 2022, soit le 30 juin 2025.

Cette évaluation doit reprendre les indicateurs mis en place dans l'étude Inserm de 2021 et répondre à deux questions évaluatives relatives à l'inscription des usagers des HSA dans un parcours de soin et à l'acceptabilité sociale des HSA.

L'Inserm envisage pour sa part de poursuivre sur trois années son suivi de cohortes et d'élargir les observations à la prévalence des troubles psychiatriques.

L'Inserm souhaite poursuivre les travaux de suivi de cohorte engagés à l'occasion de l'évaluation scientifique publiée en 2021, considérant plusieurs faiblesses méthodologiques. A titre principal, le budget alloué par la Mildeca n'avait permis de suivre la cohorte d'usagers que pendant un an ; or, certains enjeux comme l'accès aux soins nécessitent un temps de suivi plus long. Par ailleurs, l'équipe de l'Inserm estime qu'une exploration des liens entre consommation de stupéfiants et troubles psychiques fait encore défaut. La cohorte a été interrogée de 2016 à 2019 : inclusions commencées en 2016, et les personnes ont été suivies jusqu'en 2019. Mais le budget de la Mildeca ne permettait le suivi que d'une année ; par ailleurs, l'étude de l'Inserm publiée en 2021 ne comportait que peu de données d'exploration des troubles psychiques ; dans la poursuite de l'évaluation, sera regardé le lien entre troubles psychiatriques et difficultés sociales, sous l'angle de l'accès aux soins.

2.2.5 L'Inserm a montré que les coûts médicaux évités sont importants mais demeurent inférieurs aux coûts de structure des SCMR

La consommation supervisée réduit les coûts médicaux liés aux passages aux urgences, aux complications somatiques et aux surdoses. Sur la base de l'étude de cohorte Cosinus, une évaluation économique des SCMR a été déclinée sous le nom de « Cosinus-éco »¹³⁵. Cette étude visait, de manière secondaire à l'impact sanitaire, à évaluer les coûts de mise en place et de fonctionnement d'une SCMR, leur coût additionnel à 10 ans par rapport aux situations où seuls des Caarud sont présents ainsi que l'efficacité d'une SMCR au regard des coûts médicaux évités (infections, surdoses, passage aux urgences et consommation de soins évitées) et années de vie gagnées et qualité de vie associée.

L'évaluation Cosinus-Eco estime ainsi les coûts médicaux évités par la SCMR sur une projection de 10 années à 6,0 millions d'euros (M€) à Paris et 5,1 M€ à Strasbourg, par ordre décroissant d'impact financier :

- passages aux urgences (Paris : 3,487 M€ ; Strasbourg : 3,078 M€) ;
- endocardites (Paris : 1,73 M€ / Strasbourg : 1,54 M€) ;
- abcès (Paris : 1,045 M€ / Strasbourg : 0,923 M€) ;
- surdoses (Paris : 0,495 M€ / Strasbourg : 0,528 M€) ;
- infections VHC (Paris : 0,306 M€ / Strasbourg : 0,321 M€).

A l'inverse, s'agissant du VIH, les SCMR entraînent un surcoût estimé sur 10 ans à 1,73 M€ pour la SCMR de Paris et à 1,54 M€ pour Strasbourg. En effet, la mortalité évitée prolonge l'espérance de vie des personnes infectées par le VIH et donc les coûts de prise en charge du VIH chez ces individus, du fait du caractère chronique de cette infection.

Les coûts de structure des SCMR sont deux fois supérieurs à l'évaluation des coûts médicaux évités. Sur la base des coûts médicaux évités, l'Inserm estime que les coûts médicaux liés à l'existence d'une SCMR restent inférieurs aux coûts projetés en l'absence de SCMR ; en revanche, en intégrant les coûts de structure, l'Inserm conclue que le scénario avec SCMR était plus coûteux que le scénario sans SCMR, le surcoût du scénario avec SCMR étant estimé sur 10 ans à 14,13 M€ à Paris et à 5,06 M€ à Strasbourg. Le coût de la SCMR rapporté aux années de vie gagnées est estimé à 24 700 € à Paris, et à 7 700 € à Strasbourg (en raison d'un coût de fonctionnement plus faible et d'une file active plus jeune).

Si la robustesse méthodologique de ces projections apparaît, de l'avis même des auteurs de l'étude, imparfaite, les ordres de grandeur et les raisonnements constituent des *proxis* utiles pour l'évaluation des SCMR.

¹³⁵ 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.

3 Si les espaces de consommation supervisée améliorent la physionomie des lieux et ne génèrent pas de délinquance spécifique, leur acceptabilité sociale varie selon les lieux

Les éléments de cette partie sont issus :

- des remontées des services de sécurité intérieure des ambassades, sollicités par la mission via la direction de la coopération internationale de sécurité du ministère de l'Intérieur et des Outre-mer ;
- de l'étude scientifique de l'Inserm sur l'évaluation des SCMR publiée en 2021, des revues de littérature scientifiques européennes réalisées par l'EUDA, et du rapport « salles de consommation à moindre risque ; mise en œuvre et impacts », réalisé par l'Institut d'aménagement urbain pour le conseil régional d'Ile de France en septembre 2018.

3.1 Sur le plan international, les salles contribuent à réduire les nuisances liées à la consommation de drogues dans l'espace public, sans augmenter la délinquance

3.1.1 Une diminution des injections dans l'espace public est constatée, tout comme une réduction des troubles liés à la consommation dans l'espace public

Objectif premier des ECS, la réduction de la consommation de stupéfiants, notamment injectés, dans l'espace public et semi-public (sanisettes, parking publics...) est attestée sur le plan international.

Dans son évaluation scientifique de 2021, l'Inserm a réalisé une revue de littérature sur l'impact des salles de consommation supervisée sur les nuisances publiques. À Sydney, les riverains constatent une diminution des injections et des seringues dans les lieux publics. Une étude autour de la salle de Vancouver (six semaines avant et douze semaines après l'ouverture du centre) fait apparaître une diminution des injections dans le périmètre de dix blocs d'immeubles autour de la salle, ainsi qu'une réduction des seringues et des détritiques liés à l'injection. A Hambourg, les salles de consommation supervisée ont joué un rôle important dans la réduction des troubles publics à proximité des lieux publics de consommation de drogue¹³⁶.

Sollicités par la mission, les services de sécurité intérieure des ambassades ont actualisé et conforté cette analyse, considérant en synthèse que « la diminution de la consommation de rue est globalement admise, même si cette dernière se poursuit dans plusieurs pays ». Ainsi :

- Au Danemark, il est admis que l'ouverture de centres diminue la consommation de rue ; ainsi dans le quartier de Vesterbro, connu pour la consommation de drogue en public

¹³⁶ Cette analyse est produite par le rapport « salles de consommation à moindre risque ; mise en œuvre et impacts », réalisé par l'Institut d'aménagement urbain pour le conseil régional d'Ile de France en septembre 2018.

(cabines téléphoniques, cages d'escalier et parfois directement dans la rue), la moitié des participants à une étude déclare avoir diminué sa consommation en extérieur ; la saturation des centres peut toutefois empêcher une plus grande diminution ;

- En Belgique, le logiciel de suivi de la salle de Bruxelles a permis d'établir, en répertoriant les réponses des usagers de la salle sur leur possible consommation en rue si la salle n'existait pas, 80 % d'entre eux auraient consommé dans la rue.

3.1.2 Les ECS participent à la réduction drastique du nombre de seringues abandonnées dans l'espace public

Si les seringues n'ont pas disparu de l'espace public, elles diminuent de façon très importante sous l'effet des ECS : -50 % à Sydney¹³⁷, -76 % à Barcelone¹³⁸, -50 % à Vancouver¹³⁹ et -83 % à Rotterdam¹⁴⁰. Les services de sécurité intérieure (SSI) des ambassades soulignent « une meilleure collecte des seringues usagées (Danemark, Luxembourg, Espagne, États-Unis). » Ainsi, au Danemark, 96 % des utilisateurs déclarant désormais se débarrasser de façon « saine » des seringues utilisées, qui ne sont donc plus jetées dans les rues.

Cette réduction a toutefois des causes multiples et n'est pas seulement imputable à la salle de consommation supervisée ; d'autres dispositifs de réduction des risques et des dommages y contribuent également, comme la systématisation des échanges de seringues, la mise en œuvre d'équipes régulières de ramassage organisée par les professionnels des salles etc. Notamment, les autorités locales sont extrêmement attentives à la propreté autour d'un CIS ; ainsi, à Copenhague, la rue en façade est nettoyée plusieurs fois par jour afin de collecter les seringues.

3.1.3 L'ouverture d'un espace de consommation supervisée n'engendre pas d'augmentation de la délinquance, même si celle-ci peut rester élevée dans des zones fortement touchées par les trafics

À Vancouver comme à Sydney, il n'y a pas eu d'augmentation de trafic de drogues, d'agressions ou de vols secondaires à l'ouverture des salles. Par ailleurs, l'examen des rapports informatisés de la police à Kings Cross (Sydney), sur onze ans (1999 à 2010), montrent qu'il n'y a pas eu de différence significative concernant les infractions liées à la drogue à proximité de la salle. Au niveau européen, les ECS sont efficaces pour réduire la consommation de drogues dans les espaces publics ainsi que pour réduire les nuisances publiques globales¹⁴¹.

¹³⁷ National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research "Sydney Medically Supervised Injecting Centre evaluation report no. 4 : Evaluation of service operation and overdose-related events" (2007) Sydney : UNSW.

¹³⁸ Vecino, Carmen, et al. "Apertura de espacios de consumo higiénico y actuaciones policiales en zonas con fuerte tráfico de drogas. Evaluación mediante el recuento de las jeringas abandonadas en el espacio público." *Adicciones : Revista de sociodrogalcohol* 25.4 (2013) : 333-338.

¹³⁹ Wood E., Kerr T., Small W., Li K., Marsh D.C., Montaner J.S.G. & Tyndall M. W., "Changes in Public Order after the Opening of a Medically Supervised Safer Injection Facility for Illicit Injection Drug Users", *171 Canadian Med. Ass'n J* (2004).

¹⁴⁰ Van der Poel, Agnes, CasBarendregt, and Dike van de Mheen. "Drug consumption rooms in Rotterdam: an explorative description." *European Addiction Research* 9.2 (2003).

¹⁴¹ Rapport conjoint de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies et du réseau européen de réduction des dommages réalise un panorama des SCMR implantées dans l'UE : JOINT REPORT BY THE EMCDDA AND C-EHRN : « Drug consumption rooms », décembre 2023.

Les retours des services de sécurité intérieure des ambassades (SSI) pointent des résultats globalement neutres des ECS sur la sécurité publique :

- en Suisse, il a aussi été démontré que ces ECS n’engendraient pas d’augmentation du trafic de stupéfiants et de la criminalité, et n’avaient pas d’effets incitatifs sur la population générale ;
- en Grèce (une salle ouverte en centre-ville d’Athènes en 2022), la salle contribuerait à réduire la criminalité et les nuisances sonores liées à la consommation de drogues, d’une part, parce que les usagers entrent dans un parcours thérapeutique qui les aiderait à réduire les comportements liés à la criminalité, et, d’autre part, parce qu’ils respecteraient le site et ne causeraient pas de troubles à proximité. Il n’y a pas d’incidents majeurs ou mineurs de violence et d’activités criminelles signalés à l’intérieur ou à proximité de la salle ;
- au Canada, la police de Vancouver ne relaie pas d’augmentation des trafics de drogue à proximité des salles (ceux qui y sont observés étant antérieurs à l’ouverture de la salle ces derniers étaient déjà installés avant et se poursuivent) et souligne le bilan neutre en termes de trafics (ni surconsommation, ni aggravation) malgré une augmentation générale de la délinquance de voie publique ;
- à New-York, il n’y a pas eu de hausse significative des crimes enregistrés par la police ou des appels aux services d’urgences dans les quartiers où se situent les deux salles de consommation supervisée.

En revanche, des difficultés localisées sont signalées localement :

- Au Luxembourg, l’opinion reste majoritairement défavorable à la salle et se plaint d’un sentiment d’insécurité renforcé par la présence des consommateurs et vendeurs de drogues ainsi que de seringues dans l’espace public ; la situation sécuritaire apparaît dégradée en centre-ville, sans qu’un lien de causalité puisse être établi entre l’ECS et l’augmentation des trafics ;
- A Toronto, la police constate également une augmentation de l’insécurité aux abords de la salle du centre-ville : vols, agressions, peur de la part du voisinage, etc., notamment la nuit, lorsque l’ECS est fermé.

3.1.4 Le degré d’acceptabilité sociale varie selon les lieux

Les espaces de consommation supervisée ont fait la preuve de leur utilité pour limiter les nuisances liées à la consommation de drogues dans l’espace public et sont globalement bien accueillis :

- en Suisse, la politique des 4 piliers (*cf. supra 1.3.1*) reçoit un accueil favorable de l’ensemble de la classe politique et de la population qui se sent plus en sécurité (moins de visibilité, moins de violences) ; en conséquence, la confiance dans la police s’améliore également, en raison de l’évolution de ses modes d’action (protection des victimes et perturbation des trafiquants) ;
- au Danemark, 70 à 80 % des riverains déclarent que leur qualité de vie s’est améliorée, et témoignent d’une impression générale positive ; 10 à 15 % d’avis négatifs parmi les riverains indiquent toutefois que certaines zones restreintes sont tout de même impactées négativement par l’implantation des salles ;

- en Belgique, l'opinion publique et les riverains, craignant que l'ouverture de ces salles attire davantage de toxicomanes et de dealers, étaient majoritairement opposés au projet lors de son lancement. Les associations ont organisé des rencontres de riverains qui ont permis de désamorcer les critiques. Au fil des mois, ces derniers, qui n'ont pas constaté de dégradation de la sécurité dans leur quartier, ont de moins en moins contesté l'ouverture de la salle. Par ailleurs, il n'y a eu, à ce jour, aucun recours en justice.

Les services de sécurité intérieure (SSI) insistent, dans leur retour sur l'acceptabilité sociale des ECS, sur le besoin de « coordination avec les différents acteurs locaux, police et riverains notamment.

- Canada, à Toronto, une étude d'impact et d'acceptabilité sociale, associant la police, est systématiquement menée, avant l'ouverture d'une salle ;
- plusieurs pays insistent sur la nécessité d'un travail de concertation et de pédagogie auprès des riverains ;
- de même que la possibilité de visiter l'établissement et de signaler toute difficulté avec une prise en compte immédiate, en Grèce.

En revanche, le débat reste vif dans certaines localités fortement touchées par la drogue :

- à Barcelone, un ECS (Baluard) fait l'objet de demandes récurrentes de déplacement par les riverains, qui dénoncent les bagarres qui se déroulent aux abords de la salle entre des consommateurs très violents, expulsés de la salle pour cette raison ; le nombre de patrouilles de police a été renforcé mais les riverains restent mobilisés pour réclamer le déplacement de la salle. Plus largement, l'augmentation des « narco-appartements » depuis 2015 a eu un impact sur la sécurité des quartiers concernés, en raison de la violence liée au trafic, et indirectement, sur l'acceptabilité de l'ECS ; l'opinion publique reste réticente à l'égard de ces espaces ;
- au Canada (Vancouver notamment), alors que le bilan sanitaire souligne un meilleur accès aux services de santé, une réduction des décès par overdose et de la transmission de maladies, en plus d'une diminution de la consommation des substances dans les lieux publics, des oppositions existent de la part des habitants des quartiers résidentiels, familiaux et aisés ; certains quartiers de Montréal concentrent les vulnérabilités (trafic de stupéfiants, implantation des dispositifs sanitaires et sociaux, notamment) : plusieurs parties prenantes réfléchissent à la mise en place de centres mobiles afin de cibler certains quartiers et de faciliter l'accès des usagers à ces lieux sécurisés.

L'acceptabilité sociale des ECS dépend par ailleurs de la qualité d'insertion dans un dispositif global. Les SSI soulignent en effet la nécessité « d'insérer la salle dans un dispositif global, incitant, de façon peut être contre-intuitive, à éviter les sites isolés, considérés par exemple par les polices canadiennes comme les plus difficiles à gérer en termes de nuisances aux abords. Ainsi, dans une approche « la plus intégrée possible », le Canada invite à sélectionner des sites offrant la proximité de services d'accompagnement. C'est également l'idée en Espagne, où les salles sont souvent associées à un établissement de santé, mais aussi en Grèce, où, dans une philosophie de regroupement des services, il a été choisi un site déjà identifié, hébergeant également un centre de jour. Enfin en Espagne, Barcelone a opté pour une stratégie qui semble avoir porté ses fruits,

en dispersant les salles dans les quartiers pour constituer un maillage permettant d'éviter un important appel d'air, redouté par les riverains. »

Enfin, les SSI insistent sur le rôle des opérateurs des ECS pour préserver la tranquillité publique aux abords de la salle. « Ainsi, en Espagne, l'exemple de Sant Adria de Besos met en valeur l'importance d'une gestion communautaire du centre, avec une offre d'activités pour canaliser les toxicomanes et ainsi, amortir les conséquences du site et éviter de susciter le rejet du voisinage. La présence d'agents de sécurité (Belgique) peut également être prévue pour disperser les attroupements ou gérer les éventuels individus problématiques. La présence de la police est plus discutée. Le Canada, par exemple, craint que la visibilité de forces de l'ordre ne dissuade les toxicomanes d'accéder aux centres. »

3.2 En France, l'étude scientifique de l'Inserm aboutit aux mêmes conclusions

3.2.1 Les SCMR de Paris et Strasbourg ont fait baisser le nombre d'injections dans l'espace public

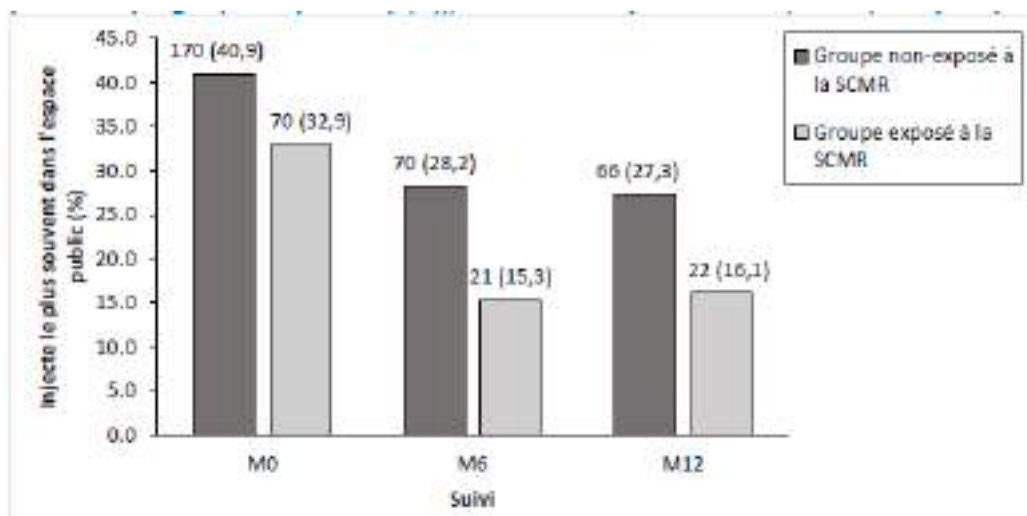
La baisse des injections dans l'espace public est un objectif direct de l'ouverture d'une SCMR, que l'Inserm a évalué en distinguant deux catégories de lieux d'injection :

- les espaces publics ou semi-publics : parkings, toilettes publiques, caves, cages d'escalier, rue, ou dans un centre médico-social (hors SCMR) ;
- les espaces privés : chez soi, chez quelqu'un, dans une SCMR.

Les personnes fréquentant une SCMR injectent moins souvent dans l'espace public que les personnes qui n'y sont pas exposées. L'Inserm estime donc que le fait d'être exposé à une SCMR plutôt que de ne pas y être exposé diminue de 15 points de pourcentage le risque d'injecter principalement dans l'espace public.

Toutefois, les résultats montrent qu'un nombre non négligeable de personnes fréquentant une SCMR continuent d'injecter principalement dans l'espace public et que les effets attendus ont été moins marqués qu'en Espagne ou au Canada, comme le souligne le rapport d'évaluation de l'Inserm, qui en déduit notamment un besoin d'adaptation des horaires d'ouverture des salles (pour rappel, les SCMR sont certes ouvertes 7 jours sur 7, mais pas 24h/24).

Graphique 6 : Fréquence d'injection majoritairement dans l'espace public par suivi et par groupe d'exposition, COSINUS



Source : Inserm, rapport scientifique sur les SCMR en France, 2021.

Le nombre de seringues abandonnées dans l'espace public a également décru autour de la SCMR de Paris, selon l'étude sociologique menée par l'Inserm dans la 3^{ème} partie de son rapport d'évaluation des SCMR de 2021. L'Inserm estime que le nombre de seringues dans l'espace public a ainsi été divisé par trois depuis l'ouverture de la SCMR. Plus de la moitié de cette baisse serait attribuable directement à la SCMR, en raison des consommations abritées où le matériel est systématiquement récupéré, et grâce aux maraudes de ramassage intégrées dans les activités des équipes de la salle.

3.2.2 Les injecteurs fréquentant une SCMR déclarent avoir commis moins de délits que les usagers n'ayant pas accès à la consommation supervisée

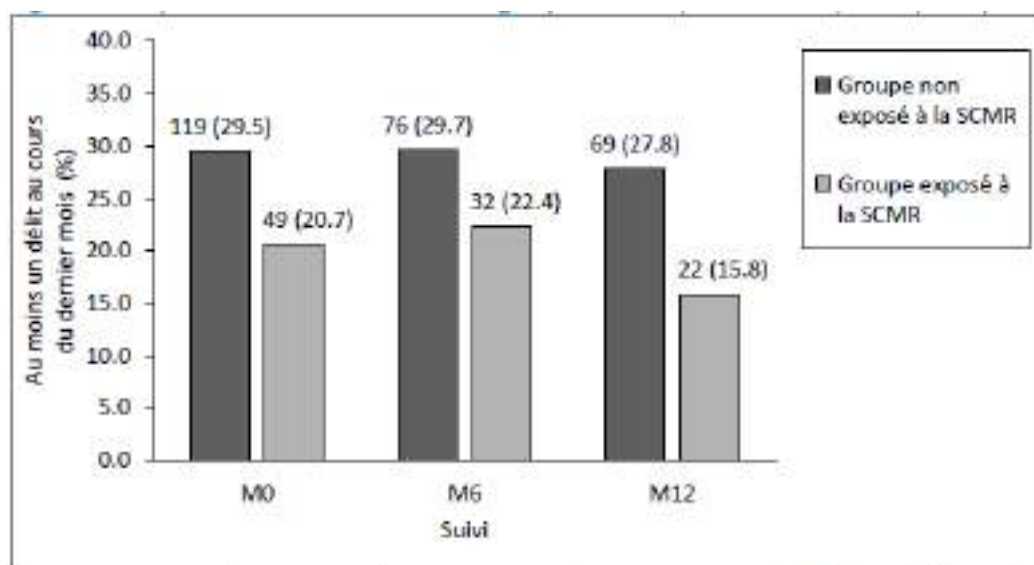
L'Inserm a interrogé les **665 personnes suivies dans l'étude longitudinale sur la fréquence de commission de certains délits** (commission et fréquence du délit). Plusieurs types de délits ont ainsi été suivis (délits relatifs à un vol ; arnaques ; recel) ; ont été exclus les délits relatifs à l'achat ou à la vente de substances psychoactives illégales, les délits relatifs à une agression ou à de la prostitution ou du racolage.

Les résultats soulignent que les délits déclarés par les injecteurs ont vu leur nombre diminuer pour les personnes exposées aux SCMR : 27,8 à 29,5 % des participants de l'étude Inserm non exposés à une SCMR déclarent avoir commis un délit au cours du dernier mois, contre 15,8 à 22,4 % des personnes fréquentant une SCMR.

Les résultats soulignent par ailleurs les facteurs associés à une probabilité plus grande de commettre un délit : être en couple, vivre dans un logement précaire ou très précaire, utiliser quotidiennement du crack, être sous médicament de l'addiction aux opiacés et injecter quotidiennement.

Si une sous-déclaration ne peut être exclue, celle-ci ne diffère probablement pas entre les cohortes exposées ou non exposées aux SCMR, ce qui ne remet pas en cause l'impact positif de la fréquentation d'une SCMR sur les délits commis par les personnes qui injectent des stupéfiants.

Graphique 7 : Fréquence des délits commis au cours du dernier mois selon le groupe et le suivi, COSINUS



Source : Inserm, rapport scientifique sur les SCMR en France, 2021.

3.2.3 La salle de Paris a contribué à l'amélioration de la tranquillité publique, même si le quartier reste marqué par des nuisances spécifiques antérieures à l'ouverture de la salle

A Paris, l'étude sociologique de l'INSERM publiée en 2021 fait état d'« une amélioration globale de la physionomie du quartier » avec la diminution des injections dans l'espace public et la baisse du nombre de seringues qui y sont abandonnées par les consommateurs. Rencontrés par la mission en juin 2024, les responsables du commissariat de police du 10^e arrondissement observent également que la HSA permet d'attirer une part importante des injecteurs « visibles » dans l'espace public parisien. Cette consommation abritée permet de basculer une partie importante des consommations qui se déroulaient, avant l'ouverture de la salle, dans des halls d'immeuble, terrains vagues ou toilettes de la gare du Nord. Désormais, la consommation s'effectue dans la structure dédiée, avec une réduction des risques en journée, permettant ainsi d'invisibiliser les scènes d'injections de rue pendant les horaires d'ouverture de la salle, contribuant ainsi à réguler et à apaiser les mésusages précédemment rencontrés dans ce secteur.

Tous les professionnels rencontrés par la mission s'accordent ainsi à dire que la physionomie du quartier s'est notablement améliorée depuis 10 ans aux abords de la salle de Paris, et que si la salle de consommation supervisée n'en est pas la seule cause, elle y a contribué et y contribue, en complément d'une gestion globale de publics divers liés à la géographie du secteur.

Le commissariat du 10^e arrondissement a ainsi observé pour 2023 une baisse significative des items de délinquance depuis 2019 (année de référence pré-COVID) :

- les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) sont stables ;

- tous les autres items (hors ILS) baissent de 10 à 20 % (vols, agressions, violences), de manière cohérente avec les chiffres de la délinquance dans le 10e qui baissent, notamment en 2023 ;
- existence de problématiques de stagnation de groupes de personnes, qui causent des nuisances, sachant que ces personnes ne sont pas nécessairement des consommateurs usagers de la salle ;
- il n'existe pas de statistiques sur le nombre d'interpellés qui fréquentent la salle, mais par empirisme et connaissance policière de terrain, il apparaît que peu d'usagers de la salle commettent des nuisances ;
- depuis le début de l'année 2024, les chiffres montrent une stabilité par rapport à 2023, avec 123 interpellations sur le périmètre de la salle (119 en 2022).

Cependant, la salle Gaïa de Paris n'a pas supprimé toutes les nuisances dans un secteur particulièrement exposé.

D'une part, une partie de la consommation dans l'espace public demeure, notamment dans les sanisettes et les parkings : la salle ne touche pas tous les publics d'injecteurs, elle n'est pas ouverte 24 heures sur 24, et doit parfois exclure à la journée des usagers violents, qui se retrouvent dans la rue.

D'autre part, la présence de la salle n'a pas vocation à régler toutes les problématiques, pour certaines très anciennes et très ancrées, du quartier. Le secteur d'implantation de la salle de Paris reste en effet très marqué par de très nombreux mouvements de population (avec la Gare du Nord et ses 750 000 voyageurs quotidiens, l'hôpital Lariboisière, les regroupements de migrants en transit etc.), par les divers trafics qui s'y déroulent (cigarettes, médicaments, ventes à la sauvette diverses...) et par le profil social très hétérogène des habitants, avec la concomitance d'une gentrification de certains quartiers (Saint Vincent de Paul) et la paupérisation d'autres, avec des phénomènes d'errance de plus en plus marqués (la Goutte d'Or, Barbès...) dans un même secteur.

L'annexe 5 présente les résultats des deux salles expérimentatrices de Paris et détaille les données relatives aux infractions sur la législation des stupéfiants et à celles liées à la consommation de stupéfiants.

3.2.4 A Strasbourg, la SCMR « n'est pas un sujet » pour la police et la justice

A Strasbourg, le commissariat central a indiqué à la mission « qu'aucune nuisance liée à l'implantation de la SCMR/HSA n'a été signalée depuis 2016. Aucun courrier d'élus ou de riverains n'est parvenu au service sur la présence voire nuisances occasionnées par cette structure ». Par ailleurs, depuis 2017, les infractions liées aux stupéfiants sont en très fort recul sur le secteur de la HSA. S'agissant des faits de délinquance potentiellement liés aux stupéfiants, l'évolution 2017-2023 témoigne d'un nombre limité d'infractions (recrudescence de vols à la roulotte sur les parkings de l'hôpital), sans toutefois qu'un lien puisse être établi avec la présence de la HSA, la procureure de la République de Strasbourg indiquant à la mission « qu'elle n'en faisait, quant à elle, aucun. »

Le suivi de la tranquillité publique a pris la forme d'un groupe local de traitement de la délinquance (GLTD) initié en mars 2016 dans le contexte de la préparation de l'expérimentation. Cette instance a très rapidement cessé de se réunir, en l'absence de sujet à traiter et a fini par disparaître.

Avant l'ouverture de la salle Argos, il n'y avait pas à Strasbourg de scènes ouvertes de consommation de drogues, les consommateurs les plus vulnérables consommaient dans les squats ou les toilettes publiques ; la plupart d'avaient aucun contact avec des structures sociales ou médicales.

ANNEXE 4 : Profils des consommateurs de drogues fréquentant les dispositifs d'accueil, notamment Caarud et HSA

ANNEXE 4 : PROFILS DES CONSOMMATEURS DE DROGUES FREQUENTANT LES DISPOSITIFS D'ACCUEIL, NOTAMMENT CAARUD ET HSA	131
1 ÉVOLUTIONS DES PROFILS DE CONSOMMATEURS DE STUPEFIANTS	132
1.1 LE PROFIL DES CONSOMMATEURS DE STUPEFIANTS A VARIE AU COURS DES ANNEES.....	132
1.2 LES PRATIQUES DES USAGERS SONT INFLUENCEES PAR LE MARCHE ET PAR LA DISPONIBILITE GEOGRAPHIQUE DES PRODUITS	133
2 LES DISPOSITIFS DE REDUCTION DES RISQUES ACCUEILLENENT DES USAGERS DONT LE PROFIL VARIE SELON LEUR ITINERAIRE DE PRISE EN CHARGE	134
2.1 QUELQUES TRAITs COMMUNS AUX USAGERS DES DIFFERENTS DISPOSITIFS.....	134
2.1.1 <i>La précarité est un marqueur commun à de nombreux consommateurs.....</i>	134
2.1.2 <i>Le produit consommé parle du chemin de l'utilisateur.....</i>	134
2.1.3 <i>La poly-consommation est de plus en plus fréquente, entraînant une aggravation mutuelle des addictions.....</i>	135
2.1.4 <i>Les femmes représentent une frange de consommateurs particulièrement exposée</i>	136
2.2 L'USAGER DE CSAPA : UN PROFIL AVANCE DANS LE CHEMIN DU SOIN ET DE LA RECHERCHE DE SUBSTITUTION.....	137
2.3 L'USAGER DE CAARUD : L'ACTION PRIORITAIRE EST LA REDUCTION DES RISQUES ET LE MAINTIEN D'UN LIEN SOCIAL	138
2.4 L'USAGER DE HSA : L'ACTION PRIORITAIRE EST L'ATTENUATION DE LA PRISE DE RISQUE INDUITE PAR UNE ERRANCE ET DESAFFILIATION FORTE ; RESTITUER AU PRETEXTE D'UNE CONSOMMATION UN LIEN SANITAIRE ET SOCIAL.....	139
2.4.1 <i>Les HSA visent un public vulnérable sur le plan social</i>	139
2.4.2 <i>Les HSA visent un public singulier sur le plan somatique et psychique</i>	142

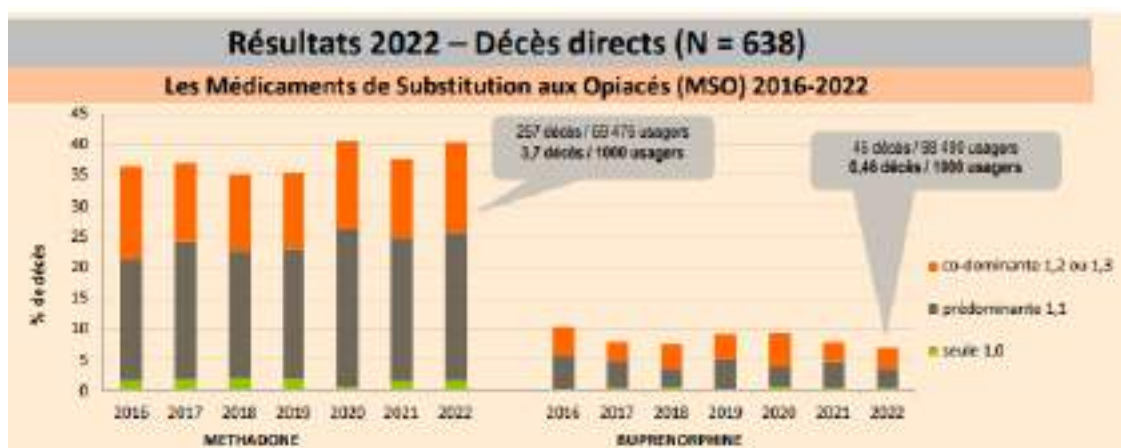
1 Évolutions des profils de consommateurs de stupéfiants

Compte-tenu des termes de la lettre de mission, visant explicitement les espaces de consommation supervisée, la mission a concentré son étude sur les produits les plus utilisés par les usagers de ces lieux, excluant les produits comme l'alcool ou le cannabis qui ne concernent pas les programmes de RDR dont il est question.

1.1 Le profil des consommateurs de stupéfiants a varié au cours des années

A partir du milieu des années 1970 et jusqu'à la fin des années 1990, existe une prédominance de la consommation d'héroïne injectable. Arrivée dans les quartiers de l'agglomération parisienne entre 1975 et 1980, l'héroïne touche majoritairement une population jeune, en échec scolaire, en proie à une ségrégation progressive de l'habitat et d'un affaiblissement des solidarités locales¹⁴². A la fin des années des 1990, un mésusage des traitements substitutifs aux opiacés (TSO) fait son apparition. L'usage non conforme aux protocoles thérapeutiques de méthadone et buprénorphine, en particulier dans sa forme haut dosage, est impliqué en 2022 dans 47 % des décès par surdose.

Schéma 1 : Décès en relation avec l'abus de médicament et de substances - 2022



Source : Enquête DRAMES 2022 Addictovigilance Grenoble

La cocaïne basée fait son apparition dans les années 90 avec un essor net depuis la dernière décennie du fait de l'effet combiné d'une production abondante et d'une accessibilité facilitée. Elle touche fréquemment des sujets déjà consommateurs de produits stupéfiants mais peut représenter l'entrée dans la consommation de drogues en particulier chez les populations en errance (voir infra). La facilité d'accès à ce produit et la baisse significative du prix de vente au cours de dernières années expliquent sa rapide et large diffusion. Cf. annexe 2, stupéfiants : état de la disponibilité des produits et de leur consommation.

¹⁴² Les mondes de la drogue. Usages et trafics dans les quartiers- Revue française de sociologie, 2001

Les années 2000 voient apparaître un nouveau mode de consommation de produits stupéfiants en lien avec le milieu festif (scènes festives, techno, « événements alternatifs »). Ces situations sont d'autant plus dangereuses que l'organisation des événements concernés n'est pas systématiquement encadrée sur le plan sanitaire, l'absence de déclaration administrative ne permettant pas la mise en place d'un dispositif d'accompagnement adapté. Par ailleurs, le jeune public mobilisé est fréquemment en proie à une poly-consommation de produits psychoactifs (cannabis, ecstasy, amphétamine, protoxyde d'azote) et d'alcool. Par ailleurs, ces usages semblent se *diffuser progressivement vers des lieux festifs légaux et commerciaux (bars, discothèques, clubs, salles de concert, festivals) touchant des populations plus nombreuses, plus diversifiées et moins familières des usages de drogues.*¹⁴³

Enfin, de nouveaux usages de drogues sont dernièrement apparus dans les milieux combinant pratiques sexuelles et prise de drogue (« chemsex »).

1.2 Les pratiques des usagers sont influencées par le marché et par la disponibilité géographique des produits

Au cours de la dernière décennie, la plus grande accessibilité des produits a permis de toucher un plus large panel d'usagers, notamment du fait de :

- une baisse du prix d'achat en lien avec une surproduction mondiale, certains produits comme la cocaïne n'étant plus réservés aux consommateurs aisés ;
- une adaptation des modalités de vente, le principe « d'unité de vente de produit » ayant remplacé l'achat au détail par unité de masse. Concrètement le consommateur achète pour 10 € de produit, la quantité et la qualité variant selon les disponibilités du marché. Tout est mis en œuvre pour permettre l'accès à une consommation y compris en faveur des usagers ne disposant que de peu de ressources ;
- une extension des zones de chalandise, y compris dans les zones rurales et les villes moyennes, et une sorte « d'uberisation du trafic », *les trafiquants ayant recours à des méthodes de vente habituellement observées dans les domaines du marketing et de la publicité [...] (cartes de fidélité, offres promotionnelles placardées en bas des tours d'immeuble abritant des points de deal, logos parodiant des marques connues)*¹⁴⁴ ;
- l'essor d'internet et des réseaux sociaux qui participe à une accessibilité nouvelle des produits et une banalisation des transactions.

Les pratiques des usagers sont également influencées par la disponibilité géographique des produits : les consommateurs adaptent leurs habitudes aux réalités de leur situation géographique et de la disponibilité des marchés locaux. Ainsi, en dehors de l'alcool et du cannabis, dont la facilité d'accès est largement étendue, quelques caractéristiques locales se dessinent¹⁴⁵ :

¹⁴³ Etude TREND

¹⁴⁴ 2024 - Rapport sénatorial n°588 de sur l'impact du narcotrafic en France et les mesures à prendre pour y remédier

¹⁴⁵ 1999-2019 : Les mutations des usages et de l'offre de drogues en France - OFDT

- en région marseillaise, usage de médicaments en lien avec une filière d'approvisionnement venue du Maghreb où ces usages ont cours ;
- en région parisienne, usage de cocaïne basée en particulier en faveur des consommateurs très précaires et/ou des personnes migrantes ;
- en région lilloise, disponibilité facilitée d'héroïne en lien avec la proximité des Pays-Bas et de la Belgique ;
- à Lyon et Bordeaux, usage de sulfate de morphine facilité par la présence locale de marchés illégaux structurés.

2 Les dispositifs de réduction des risques accueillent des usagers dont le profil varie selon leur itinéraire de prise en charge

2.1 Quelques traits communs aux usagers des différents dispositifs

2.1.1 La précarité est un marqueur commun à de nombreux consommateurs

Quelle que soit la nature du produit consommé, les usagers des Caarud, des HSA ou du centre de repos établi porte de la Chapelle, partagent très fréquemment une grande vulnérabilité sociale et sanitaire.

Majoritairement sans emploi, et parfois même dans l'impossibilité de tenir une quelconque activité professionnelle¹⁴⁶, ces consommateurs se retrouvent dans un cercle vicieux dans lequel la dépendance aux substances psychoactives aggrave la situation sociale (éloignement de l'accès au logement et aux droits), dégrade l'état sanitaire (risques somatiques et majoration des troubles psychiatriques) et expose à un environnement empreint de violence.

La consommation devient le moyen de supporter la rudesse de leur quotidien, souvent « à la rue », et d'en apaiser les conséquences les plus immédiates comme les troubles anxieux, l'insécurité ou la faim. Pour surmonter ces conditions de vie, ces usagers s'insèrent fréquemment dans une dynamique de consommations collectives dont l'effet pernicieux est d'entretenir le cycle de l'addiction. Comme le décrit l'anthropologue P. Jamouille : *ils organisent une part essentielle de leur vie personnelle et sociale autour de la recherche et de la consommation d'un ou plusieurs produits psychotropes.*

2.1.2 Le produit consommé parle du chemin de l'usager

Sans qu'une règle générale puisse être tirée, les choix de consommation pouvant varier ou être associés, le profil du consommateur peut parfois expliquer le choix du produit consommé.

¹⁴⁶ A titre d'exemple, seuls 11 % des usagers de la file active de la HSA parisienne et 15 % des usagers strasbourgeois disposent d'un revenu d'emploi en 2023

- Le consommateur injecteur de produits opiacés est installé dans le « paysage de consommation » depuis une cinquantaine d’années. *Volontiers marginal et marginalisé disposant de peu de ressources pour entretenir sa consommation par rapport à laquelle il a du mal à garder une distance pour rester intégré dans les rouages de la société, il est en proie à une « toxicomanie de pauvreté »*¹⁴⁷. La consommation de produits injectables relève d’une certaine intimité -l’injection se faisant préférentiellement seul à l’écart d’un groupe- ce qui prive l’usager de recours médical en cas de surdose.
- Le consommateur de cocaïne basée est volontiers marqué par un chemin d’errance et/ou de migration dont la violence est à l’origine de psycho-traumatismes. Ce produit stimulant se veut être une réponse de court terme à la faim, au froid et à la violence. Contrairement à d’autres pratiques, sa consommation est le plus souvent collective dans une dynamique de solidarité et de partage communautaires.

2.1.3 La poly-consommation est de plus en plus fréquente, entraînant une aggravation mutuelle des addictions

Les habitudes de consommation sont de plus en plus évolutives : l’addiction initialement ciblée sur un produit unique s’étend peu à peu à des modes alternatifs, voire combinés. L’association de plusieurs substances psychoactives vise à en limiter les effets les plus négatifs au risque d’une toxicité accrue, inhérente au cumul d’effets secondaires et à la potentialisation des intoxications aiguës (opiacés, alcool, benzodiazépines). Cette tendance à la consommation multiple concerne préférentiellement des publics précaires comme les :

- consommateurs dépendants aux opiacés suivant un traitement de substitution ;
- consommateurs présentant des troubles psychiatriques ;
- jeunes en errance ;
- groupes de migrants en provenance d’Europe centrale et orientale ;
- usagers appartenant aux différents milieux fréquentant l’espace de la fête¹⁴⁸.

La poly-consommation est une tendance qui concerne bon nombre de consommateurs de substances psychoactives, légales ou non, prescrites ou non : l’alcool, le cannabis et quelques médicaments sédatifs à visée anxiolytique ou hypnotique (comme les benzodiazépines) sont fréquemment associés à la consommation de sulfates de morphine, de cannabis, ou de cocaïne¹⁴⁹.

L’abus simultané d’alcool et de drogues psychoactives, est l’association la plus fréquente : un tiers des usagers en consomment tous les jours dont la moitié dès le réveil, signal en faveur d’une dépendance alcoolique (données 2019). Cette association peut concerner, selon les études, jusqu’à 90 % des consommateurs de cocaïne¹⁵⁰, l’alcool venant diminuer l’anxiété et les manifestations physiques apparaissant secondairement à l’arrêt des effets du produit. La

¹⁴⁷ OFDT 2005 - Dommages sociaux liés à l’usage de drogues – D. Sansfaçon

¹⁴⁸ Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages, M Reynaud, 2013

¹⁴⁹ Sur la base des déclarations des concernés, la consommation d’alcool concerne 25 % des usagers et jusqu’à 35 % pour ce qui concerne la consommation de cannabis.

¹⁵⁰ La Presse Médicale Mars 2010 - Cocaïne et alcool : des liaisons dangereuses

consommation simultanée de cannabis concerne, quant à elle, les trois quarts des consommateurs de drogues illicites, la moitié rapportant un usage quotidien.

Ces associations doivent être prises en compte en termes de comorbidités psychiatriques et somatiques, en particulier pour les risques de potentialisation ou de majoration des effets neurologiques et/ou déprimeurs respiratoires (risque de surdose mortelle).

Enfin, au cours de ses entretiens avec un centre expert¹⁵¹, la mission a pris connaissance des effets délétères des associations concernant l'héroïne et/ ou la cocaïne avec les psychotropes comme le gamma-hydroxybutyrate (GHB) ou le gamma-butyrolactone (GBL), les cathinones de synthèse ou les amphétamines, pouvant conduire à de graves complications neurologiques ou cardiaques.

2.1.4 Les femmes représentent une frange de consommateurs particulièrement exposée

La proportion de femmes fréquentant les espaces de consommation supervisée restant inférieure à 15 % chez celles âgées de moins de 30 ans. Sa part est toutefois plus importante chez les consommateurs âgés de moins de 25 ans. En 2017, les publics féminins représentaient 19 % des populations accueillies dans les locaux des Caarud.

Tableau 1 : Proportion de femmes fréquentant les haltes soins addictions

Proportion de femmes	24-30 ans	30-50 ans	% de nouveaux usagers jusque-là non inclus
HSA Paris 2023	25 %	13 %	14 %
HSA Strasbourg 2020	20 %	14 %	12 %

Source : informations transmises à la mission

La part des femmes parmi les nouveaux usagers recensés annuellement dans les deux HSA, est globalement stable (moins de 15 % à Paris et Strasbourg en 2023).

Les femmes usagères de centres d'accueil sont très sévèrement touchées par la désinsertion sociale et sont exposées à des risques multiples dont celui de la prostitution et de la violence. Une étude conduite en 2010 relevait parmi les facteurs plus fréquemment observés chez les « femmes toxicomanes » que chez les usagers masculins :

- la maltraitance physique et sexuelle durant l'enfance et l'adolescence ;
- la violence ultérieure avec les partenaires ;
- l'anxiété et la dépression¹⁵².

L'itinéraire de prise en charge des consommateurs de produits psychotropes varie significativement selon la nature et la profondeur de l'addiction mais aussi selon la situation sociale et d'accès aux droits.

¹⁵¹ Service de réanimation médicale et toxicologique – hôpital Lariboisière, Paris

¹⁵² Les femmes toxicomanes. Ça n'existe pas – Pascal Courty - Vie sociale et traitements - 2010

2.2 L'utilisateur de Csapa : un profil avancé dans le chemin du soin et de la recherche de substitution

Les centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) répondent à un public, plus inséré socialement que celui des HSA et conscient de son addiction : leur intervention ne peut s'envisager qu'après la prise de conscience d'une dépendance et la manifestation d'une volonté de trouver l'itinéraire de sortie d'une liaison dangereuse avec un produit : « *l'accompagnement en addictologie remet en scène cette thématique du lien, de la relation au produit, de la relation à l'autre, et de la séparation. Le travail de (re)valorisation de l'image de soi et d'individuation est au cœur de l'accompagnement et des soins* »¹⁵³.

Les 500 Csapa répartis sur le territoire national (métropole et Outre-mer) s'adressent aux usagers dont les ressorts psychologiques et sociaux permettent, dans un cadre ambulatoire, une évaluation des pratiques addictives, l'évaluation de la dimension médico-psychologique de la dépendance et la proposition de différents protocoles de prise en charge, incluant notamment le traitement des états de manque inhérents à la dépendance et la prise en compte des comorbidités, la proposition d'un sevrage thérapeutique et son accompagnement¹⁵⁴.

Graphique 1 : Répartition des personnes fréquentant les Csapa en 2019 et 2020 selon leur consommation



Source : caractéristiques des personnes prises en charge dans les Csapa en 2020 - OFDT

En 2020, 267 Csapa ont participé à un dispositif d'évaluation¹⁵⁵ (basé sur questionnaire) des addictions et des prises en charge visant à dresser le « profil type » de l'utilisateur de Csapa. Il en ressort les caractéristiques suivantes :

- l'âge médian des usagers accueillis est de 40 ans ;
- 75 % des usagers sont des hommes ;
- plus de 50 % d'entre eux consultent pour une consommation d'alcool et/ou de tabac ;
- 28 % consultent pour des substances illicites autres que le cannabis. Parmi eux, 41 % prennent de l'héroïne et 29 % de la cocaïne.

¹⁵³ Etapes d'accompagnement et de soins en Csapa : temporalité et fin de suivi – mai 2019

¹⁵⁴ Décret n° 2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions des Csapa

¹⁵⁵ dispositif RECAP : Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge

La prise en charge en Csapa peut être une étape d’achèvement d’un parcours initié précédemment en HSA. Ainsi, en 2024, 51 % des usagers de la salle de consommation de Paris déclarent avoir été aidés par la HSA à accéder à un Csapa pour ce qui concerne la prise en charge de leur addiction.

2.3 L’usager de Caarud : l’action prioritaire est la réduction des risques et le maintien d’un lien social

Les centres d’accueil et d’accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (Caarud) s’adressent à des usagers dont la temporalité n’est pas nécessairement ou prioritairement celle du sevrage mais celle de la diminution des effets collatéraux d’une consommation. Concrètement, en matière de consommation de drogues illicites, les Caarud représentent une ligne de d’accueil inconditionnel en faveur d’un public en quête d’un accompagnement dans sa conduite addictive : recueillir du matériel stérile, s’informer, accéder à des soins primaires et maintenir un niveau d’hygiène minimum.

Dans son enquête publiée en 2020, l’OFDT observe :

- un vieillissement des usagers (l’âge moyen passe de 33 ans à 41 ans entre 2006 et 2019) ;
- un isolement plus prononcé (près d’un usager sur sept vit seul) ;
- une dégradation des conditions d’hébergement (seul un usager sur deux vit dans son propre logement ou chez des proches, ils étaient 58 % en 2015) ;
- une hausse de la part des usagers se déclarant sans domicile fixe (23 % en 2019) ;
- une baisse du taux de couverture par la sécurité sociale (de 90 % en 2012 à 73 % en 2019).

Tableau 2 : Socio-démographie des usagers de Caarud 2015-2019 (en %)

Année		2015	2019
Sexe	Homme	82	82
	Femme	19	17
Âge	Age moyen (ans)	39	41
Conjugalité / cohabitation	Vit seul	63	69
	En couple	18	15
	Avec d’autres personnes	17	13
Logement	Chez soi ou des proches	58	50
	En institution	10	8
	Autres (camion, caravane, hôtel)	15	7
	Sans domicile fixe	16	23
Revenus	Revenu d’emploi, retraite, chômage	18	17
	Revenus sociaux	54	48
	Autres ressources (y compris illégales)	8	6
	Sans revenu	15	21
Protection sociale	Sans couverture sociale	13	14

	Avec couverture sociale	81	73
	Aide médicale d'Etat	5	5

Source : OFDT décembre 2020

L'OFDT estime qu'il existe en France 342 000 « usagers problématiques de drogues », dont 129 000 ont pratiqué une injection intraveineuse au moins une fois dans l'année, alors que 638 décès par surdose ont été enregistrés en 2022. Les études publiées depuis 2020 constatent une importante progression des usages de la cocaïne, avec un phénomène nouveau : le retour à l'injection ou des initiations tardives chez les consommateurs âgés de plus de 35 ans. Il est relevé la part importante des « injecteurs de méthadone » touchant dorénavant 10 % des usagers des Caarud.

2.4 L'usager de HSA : l'action prioritaire est l'atténuation de la prise de risque induite par une errance et désaffiliation forte ; restituer au prétexte d'une consommation un lien sanitaire et social

2.4.1 Les HSA visent un public vulnérable sur le plan social

Parmi les ressorts principaux des haltes soins addictions, figurent la volonté d'atteindre un public singulier, caractérisé par une triple fragilité : l'addiction, la désaffiliation sociale et la précarité sanitaire.

Au-delà d'une volonté de réduction des risques et des dommages, les HSA visent à rétablir un contact avec des consommateurs désocialisés, replacer progressivement les usagers dans un parcours de soins élémentaires et rétablir leurs droits sociaux.

Il s'agit donc d'atteindre un public usager de drogues, âgé de plus de 18 ans¹⁵⁶, sans suivi médical, marginalisé et sans droit sociaux qui cumule les risques de pathologies infectieuses ou thrombo-emboliques, de perte d'estime de soi, de désinsertion sociale et de décompensation psychique.

Comme pour les Caarud, les usagers accueillis dans les HSA, sont très majoritairement des hommes, les femmes représentant tout au plus 20 % de cette population¹⁵⁷. Ce ratio est toutefois plus élevé dans les tranches d'âges les plus jeunes. L'analyse des âges médians au cours des dernières années met en évidence un vieillissement progressif de cette population.

Tableau 3 : Evolution des âges médians au cours des années

	2019	2022
Hommes (années)	40	42
Femmes (années)	38	39

Source : informations transmises à la mission

¹⁵⁶ La minorité est un critère d'exclusion des HSA

¹⁵⁷ Les données parisiennes de 2023 montrant un sex-ratio encore plus déséquilibré : 87 % d'hommes vs 13 % de femmes de la file active.

Les HSA permettent l'accueil d'usagers jusque-là non identifiés : la majorité des usagers accueillis dans les espaces de consommation supervisée est marquée par une forte précarité, toutes tranches d'âges confondues, qui éloigne des ressources médico-sociales. A l'occasion de l'entretien d'inclusion d'un usager en salle de consommation, la situation administrative est abordée (sur une base déclarative) : en 2023, la HSA de Paris comptabilisait 21 % de nouveaux usagers ne disposant pas de titres administratifs à jour. La HSA est donc une occasion d'accéder à des publics en difficulté administrative et de les insérer dans un parcours d'accès aux droits (à l'occasion d'une enquête actuellement réalisée à Paris auprès des usagers de la salle de consommation, 10 % des usagers interrogés déclarent avoir été aidés par les équipes de la salle dans leur démarche de régularisation administrative).

Tableau 4 : Profil des usagers des HSA en 2023

	HSA Gaïa Paris	HSA Argos Strasbourg
Nombre de personnes ayant fréquenté la salle au moins une fois dans l'année	781	824
<i>Part des femmes dans cette file active</i>	14 %	14,2 %
Âge moyen des consommateurs au moment de l'inscription (inclusion)	42 ans	41,4 ans
Part des usagers résidant hors agglomération au moment de l'inclusion	35 %	20,4 %
Part des usagers en logement précaire au moment de l'inclusion	79 %	65,3 %
<i>dont en situation de rue ou en squat</i>	52 %	35,2 %
Part des usagers sans couverture sociale de base au moment de l'inclusion	51 %	27,3 %
Part des usagers sans ressources ni minima sociaux au moment de l'inclusion	65 %	29,9 %
Part des usagers ne disposant pas de titre administratif au moment de l'inclusion	21 %	14 %

Source : Mission à partir des bilans des deux HSA expérimentatrices.

- difficulté d'accès à un hébergement stable¹⁵⁸

L'errance est un point commun d'une majorité de consommateurs fréquentant les deux HSA françaises. A Paris, une étude conduite conjointement avant l'ouverture de la salle de consommation Lariboisière par la préfecture de Police, la Mairie, la SNCF et les services sociaux¹⁵⁹ souligne la forte concentration de population en errance à proximité des deux gares du 10^{ème} arrondissement : majoritairement âgés de moins de trente ans, ces usagers se distinguent par leurs origines, leurs moyens de subsistance et leurs modes de consommation. Ainsi, se côtoient des trentenaires sans domicile fixe injecteurs de produits psychoactifs, dont une part est en errance migratoire, des jeunes issus des milieux festifs (en particulier du mouvement techno ou pour les plus âgés de groupes punks) et d'autres fuyant leur domicile familial.

¹⁵⁸ Une personne est dite sans-domicile un jour donné, si la nuit précédente elle a été dans l'une ou l'autre des deux situations suivantes : soit elle a eu recours à un service d'hébergement, soit elle a dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) - Insee-Méthodes n°116, 2006

¹⁵⁹ Conduites addictives, errance, prostitution à l'intérieur et aux abords des gares du Nord et de l'Est, Paris, 10^{ème} arrondissement – 2008 - Reynaud-Maurupt, Amaouche, Halfen, Rimbart.

Tableau 5 : Comparaison des profils d’usagers de Caarud avec ceux des HSA de Paris et Strasbourg (en %)

	2019	HSA Strasbourg 2023	HSA PARIS 2023
Accès à un logement personnel ou familial	50	34	24
Sans domicile (à la rue)	16	25	47
Accès à un logement temporaire ou précaire	24	29	19

Source : Comparaison des données issues de l’étude Profils et pratiques des usagers reçus en Caarud en 2019 et des données HSA 2023

La comparaison des situations de vie entre les usagers de Caarud et de HSA met en évidence une plus grande précarité des usagers des haltes et une dégradation des situations relevées au cours des dernières années (+ 26 % de sans domicile fixe entre 2019 et 2022 dans la HSA de Paris). Cette situation d’errance, souvent couplée à celle de l’isolement, constitue un marqueur fort de ces publics peu en capacité d’initier une démarche administrative ou médicale : la possibilité qui est offerte de consommer de manière supervisée permet de faire venir une population que les Caarud attirent peu ou pas.

En 2020, la HSA de Paris a tenu plus de 600 consultations sociales en faveur de 188 usagers essentiellement pour des problématiques de domiciliation d’hébergement ou de logement.

Près de 40 % des usagers de la salle parisienne déclarent y avoir été aidés (ou être aidés) dans leur accès à un logement ou un hébergement (dispositif ASSORE, hébergement en institution, séjour de répit en hôtel, etc.).

Les situations identifiées dans l’espace de consommation de Strasbourg sont comparables. Ainsi, 65 % des usagers déclarent connaître en 2023 une situation d’hébergement précaire : 25 % sont dans la rue, 10 % vivent dans un squat, 18 % sont hébergés chez un proche et 11 % sont à l’hôtel. Cette notion de recherche d’un abri stable constitue une motivation fréquente des usagers rejoignant la HSA.

- dégradation de l’accès à la protection sociale

La faiblesse des ressources économiques est également une caractéristique forte des usagers des deux haltes françaises. Qu’il s’agisse des comparaisons entre Caarud et HSA ou de l’évolution des tendances observées entre 2019 et 2022, tous les indicateurs soulignent la précarité et la détérioration des situations sociales de usagers fréquentant les haltes addictions.

Tableau 6 : Comparaison des ressources dont disposent les usagers de la HSA de Paris en 2021 à celles de l’étude Caarud publiée en 2020 (en %)

	Caarud	HSA Strasbourg 2023	HSA Paris 2023
Aucune ressource	21	30	34
RSA	32	17	12

Source : informations transmises à la mission

L'étude comparative de ces deux populations met en évidence une part plus faible d'usagers disposant de ressources parmi ceux fréquentant les HSA et une part plus ténue de bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA, 7 points d'écart en 2109) avec une tendance à la baisse (perte de 7 points entre 2019 et 2021).

Ainsi, seule la moitié (51 %) des usagers de la salle parisienne déclare bénéficier d'une couverture sociale à l'occasion de leur entretien d'admission (ils sont 72 % à Strasbourg) et 39 % des usagers fréquentant cet espace disent être aidés (ou avoir été aidés) pour l'obtention de droits auprès de la sécurité sociale.

- incidence possible d'une incarcération

Certains usagers des salles de consommation ont connu une condamnation pénale en amont de leur entretien d'admission : selon les années et la ville, 12 % à 24 % des usagers ont vécu une incarcération dans les douze mois qui précèdent l'admission dans la salle. Ces événements sont susceptibles d'avoir une incidence administrative (le « marquage pénal » pouvant avoir un effet préjudiciable dans certaines démarches) et sanitaire, l'incarcération pouvant en pratique être l'occasion d'une prise de risque (partage de matériel d'injection, consommation de produits à risque).

2.4.2 Les HSA visent un public singulier sur le plan somatique et psychique

- Les fragilités somatiques sont multiples et aggravées par l'addiction et l'errance

Compte-tenu des fragilités rappelées supra et des éventuelles pratiques à risque, les usagers des espaces de consommation supervisée sont exposés à des risques somatiques de différents ordres :

- risques liés aux pratiques de consommation (contaminations virales, abcès, endocardites, gonflement des mains et/ ou des pieds en lien avec des injections répétées au niveau des membres) ;
- risques organiques liés aux produits consommés (pulmonaires, hépatiques, neurologiques) ;
- risques liés aux conditions de vie et d'hébergement (malnutrition, affections cutanées, troubles du sommeil).

L'accès aux HSA, est une occasion de proposer et d'initier des actes de prévention et de soins (40 % des usagers n'ont pas de suivi médical au moment de leur inscription). Comme a pu le mettre en évidence l'étude INSERM publiée en 2021, ces structures favorisent la baisse des infections virales (VIH et hépatites) et les complications bactériennes cutanées secondaires aux injections. Par ailleurs, la supervision de la consommation permet une nette réduction des surdoses, en particulier celles conduisant au décès du consommateur. S'ajoute enfin une diminution du nombre de passage aux urgences¹⁶⁰.

¹⁶⁰ INSERM – Mai 2021 : cohorte pour l'évaluation des facteurs structurels et Individuels de l'usage de drogues

A la HSA de Paris, lors de leur inclusion, 38 % des personnes déclarent un statut sérologique positif pour l'hépatite C et 6 % pour le VIH. Pour 47 % des personnes incluses, le dernier dépistage remonte à plus de 6 mois.

Dans ce cadre, la place des éducateurs et des infirmiers est essentielle puisqu'ils s'efforcent de nouer un lien de confiance avec les usagers et de repérer les situations nécessitant une prise en charge (soins primaires). Cette relation est également mise à profit pour promouvoir des actions de prévention comme les vaccinations, la détection précoce d'une fibrose hépatique (Fibroscan®) ou la réalisation de tests rapides d'orientation et de diagnostic (TROD).

Les usagers sont ainsi accompagnés, y compris physiquement, dans leurs rendez-vous médicaux et sociaux, en particulier lors des entrées en hospitalisation. Chaque année, près de 200 accompagnements de ce type sont réalisés à Paris.

- les fragilités psychiques sont très fréquentes, parfois au premier plan

La comorbidité psychiatrique est très fréquente chez les usagers de drogues. Comme pour les risques somatiques, les usagers des HSA cumulent des facteurs de risques psychiatriques liés :

- à leur histoire personnelle et leurs antécédents propres ;
- à leurs conditions de vie précaire et à la violence à laquelle ils sont exposés (comme évoqué précédemment, ce risque est aggravé chez les femmes) ;
- aux conséquences des produits psychotropes consommés.

Les conduites addictives et la vie en rue peuvent favoriser l'émergence d'une pathologie psychiatrique ou en provoquer la décompensation lorsqu'elle préexiste. Le choix du produit consommé s'inscrit parfois en réponse à la psychopathologie sous-jacente : les anxieux auront tendance à consommer de l'alcool, des opiacés ou du cannabis, là où les sujets à tendance dépressive pourront préférer les drogues psycho-stimulantes comme la cocaïne, le crack ou les amphétamines. La consommation de drogue masque fréquemment les pathologies psychiatriques initiales dont les manifestations peuvent ne se dévoiler qu'à l'occasion d'un arrêt brutal de la consommation.

Bien souvent, l'abus de substances psychoactives peut induire des complications psychiatriques, leur nature et leur intensité variant selon :

- le type de produit utilisé,
- les modalités de consommation,
- la durée d'exposition à la substance,
- l'âge d'entrée dans la consommation,
- l'existence d'un trouble de personnalité préalable,
- l'usage concomitant d'autres substances psychoactives,

- les antécédents familiaux d'affections psychiatriques¹⁶¹.

Les décompensations psychotiques, la dépression majeure et les réactions anxieuses représentent les pathologies les plus fréquemment rencontrées chez les usagers.

Cas particulier des consommateurs de cocaïne basée inhalée.

La diffusion rapide du crack inhalé parmi les usagers de drogue participe à l'apparition de troubles liés à la très forte dépendance psychique observée avec ce produit : si à court terme et lors des premières prises, la consommation de crack peut induire une sensation de bien-être et d'euphorie, associée à un effet psychostimulant, son administration prolongée entraîne, outre ses effets neurologiques délétères, des complications psychiatriques souvent caractérisées par des troubles psychotiques paranoïaques ou des troubles violents du comportement¹⁶².

La rencontre de ce produit avec une population marquée par une souffrance psychique née de traumatismes subis dans l'enfance, ou liée à une histoire d'errance et/ou de migration, participe à aggraver l'isolement, la dépréciation de soi et entretient une « toxicomanie de pauvreté » avec les conséquences psychiques qui l'accompagnent.

Les troubles psychiatriques sont difficiles à diagnostiquer lorsqu'ils coexistent avec les conduites addictives. La consommation de crack ou d'autres psychotropes altère l'état de conscience et le comportement des usagers. Lorsque ces consommations sont chroniques et quotidiennes, il est difficile d'établir un diagnostic psychiatrique caractérisé étant donné que l'utilisateur est en permanence sous l'influence des substances ou présentant des symptômes de sevrage, de manque ou de *craving* (envie irrépressible)¹⁶³.

La prise en charge de ces souffrances psychiques et psychiatriques sont d'autant plus difficiles pour les personnels des HSA que les effectifs médicaux ou paramédicaux dédiés à ces problématiques au sein de chaque halte sont en nombre restreint.

Tableau 7 : Médecins et de psychiatres dans les HSA de Paris et Strasbourg (en équivalents temps plein, ETP)

ETP médecin	2019	2023
HSA Paris ETP médecin	0,58	1,5
HSA Paris ETP psychiatre		0,5
HSA Strasbourg	0,32	0,32
HSA Strasbourg		Psychologue 0,20 Psychiatre 0,20(*)

(*) Médecin addictologue, médecin psychiatre et psychologue présents lors de permanences hebdomadaires et bihebdomadaires

Source : informations transmises à la mission

¹⁶¹ Complications psychiatriques et addictions – Revue médicale de Liège 2013

¹⁶² Point sur l'addiction à la cocaïne et au crack - Septembre 2009 Crack - Anales médico-psychologique, revue psychiatrique

¹⁶³ Evaluation du dispositif ASSORE – Hospices civils de Lyon Novembre 2022

Pour la prise en charge des souffrances psychiques ou psychiatriques, les HSA agissent en partenariat avec des associations, comme Médecins du Monde, ou des services hospitaliers de psychiatrie et prise en charge des addictions (hôpital universitaire Fernand Widal, hôpitaux universitaires de Strasbourg). Toutefois l'insuffisance des ressources disponibles au sein de ces structures limitent les capacités d'accueil et de prise en charge (consultations externes, hôpital de jour, hospitalisation).

ANNEXE 5 : Les HSA expérimentatrices de Paris et Strasbourg

ANNEXE 5 :LES HSA EXPERIMENTATRICES DE PARIS ET STRASBOURG	146
1 LA HALTE SOINS ADDICTIONS DE PARIS 10E	148
1.1 LA SALLE A ETE IMPLANTEE A PROXIMITE D'UN LIEU DE CONSOMMATION DE DROGUE DANS L'ESPACE PUBLIC ET D'UN CENTRE HOSPITALIER IMPLIQUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS.....	148
1.1.1 <i>La consommation de drogue dans le quartier de la Gare du Nord a précédé l'ouverture de la salle</i>	<i>148</i>
1.1.2 <i>Les hôpitaux Fernand Widal et Lariboisière sont engagés depuis plus de 30 ans dans la prise en charge des addictions</i>	<i>148</i>
1.2 LA HSA DE PARIS EST FREQUENTEE PAR UN PUBLIC TRES PRECAIRE DONT LE NOMBRE AUGMENTE ET LES MODES DE CONSOMMATION EVOLUENT	149
1.2.1 <i>L'activité est croissante depuis l'ouverture.....</i>	<i>149</i>
1.2.2 <i>Le public accueilli est précaire et insuffisamment pris en charge par les autres dispositifs de réduction des risques.....</i>	<i>150</i>
1.2.3 <i>Les modes de consommation évoluent</i>	<i>152</i>
1.3 LE BILAN DE LA HSA EST POSITIF AU REGARD DES OBJECTIFS FIXES PAR L'ARRETE DE JANVIER 2022	153
1.3.1 <i>Des bénéfiques tangibles en matière d'accès aux droits et de logement</i>	<i>153</i>
1.3.2 <i>Des bénéfiques avérés en matière de santé individuelle.....</i>	<i>153</i>
1.3.3 <i>Des bénéfiques pour la collectivité.....</i>	<i>156</i>
1.3.4 <i>Des bénéfiques en matière de veille sanitaire</i>	<i>156</i>
1.3.5 <i>Des bénéfiques en matière de tranquillité publique</i>	<i>157</i>
1.4 LES RELATIONS AVEC LES ACTEURS DE PROXIMITE ET LES RIVERAINS DEMEURENT CLIVEES MALGRE L'ENGAGEMENT DES SERVICES DE POLICE	163
1.4.1 <i>Des relations de voisinages assez clivées</i>	<i>163</i>
1.4.2 <i>La préfecture de police se mobilise pour répondre aux spécificités de du quartier et aux attentes des riverains.....</i>	<i>164</i>
1.4.3 <i>La salle de consommation tisse des liens avec les acteurs institutionnels de proximité</i>	<i>165</i>
1.5 LA HSA DE PARIS DOIT RELEVER LES DEFIS INHERENTS A UNE ACTIVITE SOUTENUE ET DES RESSOURCES SPECIALISEES CONTRAINTES	166
1.5.1 <i>Les effectifs mobilisés à la HSA sont en hausse depuis 2016.....</i>	<i>166</i>
1.5.2 <i>Les budgets consacrés à la HSA sont en hausse depuis 2016.....</i>	<i>167</i>
1.5.3 <i>Perspectives pour la HSA de Paris</i>	<i>168</i>
2 LA HSA DE STRASBOURG.....	169
2.1 UNE EXPERIMENTATION QUI A BENEFICIE D'UNE CONJONCTION D'ELEMENTS FAVORABLES	169
2.1.1 <i>Un projet consensuel au niveau local.....</i>	<i>169</i>
2.1.2 <i>Un suivi attentif des services de l'Etat</i>	<i>170</i>
2.1.3 <i>Une implantation opportune</i>	<i>170</i>
2.1.4 <i>Un dimensionnement et des moyens adaptés.....</i>	<i>171</i>
2.1.5 <i>Des partenariats solides.....</i>	<i>173</i>
2.2 FILE ACTIVE ET CONSOMMATIONS	174
2.2.1 <i>Une file active en progression et de plus en plus précarisée</i>	<i>174</i>
2.2.2 <i>Les consommations</i>	<i>177</i>
2.3 LES RESULTATS AU REGARD DES OBJECTIFS DE L'ARRETE DU 26 JANVIER 2022	179
2.3.1 <i>Les résultats en termes de réduction des risques.....</i>	<i>179</i>
2.3.2 <i>Les résultats en termes d'accompagnement sanitaire et social</i>	<i>180</i>
2.3.3 <i>La veille en matière de mode de consommation et d'analyse des produits</i>	<i>182</i>
2.3.4 <i>Les résultats en termes de réduction des atteintes à la tranquillité publique.....</i>	<i>183</i>

2.4	UNE EXPERIMENTATION SUPPLEMENTAIRE DE VINGT LITS D'HEBERGEMENT DEPUIS JUIN 2021	186
2.4.1	<i>Une montée en puissance progressive</i>	187
2.4.2	<i>L'extension de l'accès à l'espace de consommation</i>	188
2.4.3	<i>Une durée moyenne d'hébergement longue</i>	189
2.4.4	<i>Un coût significatif en termes de budget et de RH.....</i>	189
2.4.5	<i>Le bilan en termes d'accès aux soins et aux droits</i>	189
2.4.6	<i>Des perspectives encourageantes de maîtrise des consommations.....</i>	190

1 La halte soins addictions de Paris 10e

1.1 La salle a été implantée à proximité d'un lieu de consommation de drogue dans l'espace public et d'un centre hospitalier impliqué dans la prise en charge des addictions

1.1.1 La consommation de drogue dans le quartier de la Gare du Nord a précédé l'ouverture de la salle

Avec près de 700.000 voyageurs quotidiens, la gare du Nord est la plus fréquentée d'Europe, la troisième au niveau mondial. Cette haute fréquentation s'accompagne, depuis de nombreuses années de trafics multiples, souvent à ciel ouvert (vente à la sauvette, cigarettes de contrebande, stupéfiants), et d'une consommation de substances illicites dans l'espace public.

Ces trafics, et la possibilité d'achat à proximité de la gare du Nord, participent à l'attractivité du quartier depuis une trentaine d'années : *la gare agit comme un pôle d'attraction et comme lieu de rencontre et de sociabilité permettant notamment aux personnes de pratiquer la mendicité*¹⁶⁴.

Mais ces trafics participent également à une perception négative des usagers des transports en commun à l'égard de ce site, la gare du Nord occupant la première place dans l'enquête conduite en 2019 sur les peurs vécues dans les transports franciliens¹⁶⁵. « *C'est une gare en proie aux incivilités, entre les vendeurs à la sauvette, les ivrognes, les punks à chien, les vendeurs de cigarettes, les trafiquants de crack, les voleurs de valise... S'ajoutent à cela le contexte bruyant des alentours, la physionomie et le contexte du quartier qui regroupe des populations différentes que celles qui utilisent la gare* ». ¹⁶⁶

C'est dans cet environnement, à toute proximité de Barbès et de la gare, et à trente minutes à pied de la Porte de la Chapelle et de Chatelet-Les-Halles, que s'est installée en 2016, dans un espace de 435 m², la salle de consommation à moindre risque portée par l'association Gaïa. Avant cette ouverture, l'association conduisait dans ce quartier, via une antenne mobile, des actions d'accueil (Caarud) et de réduction des risques (programme d'échange de seringues) permettant d'accompagner près de 2.800 personnes par an et de distribuer 190.000 kits d'injection stériles ; la salle de consommation supervisée a complété ces dispositifs qui demeurent.

1.1.2 Les hôpitaux Fernand Widal et Lariboisière sont engagés depuis plus de 30 ans dans la prise en charge des addictions

La salle de consommation portée par Gaïa a pris place au sein d'un tissu médical historiquement tourné vers l'addiction et la toxicologie :

- Situé à 800 mètres de la HSA, l'hôpital Fernand Widal est spécialisé en toxicologie (il héberge le centre anti-poisons francilien) et dans la prise en charge des troubles psychiatriques en

¹⁶⁴ Entretien avec l'association Gaïa, gestionnaire de la HSA Paris.

¹⁶⁵ Institut Paris-Région : sentiment d'insécurité dans les transports franciliens - enquête 2019

¹⁶⁶ Institut Paris-Région : agir sur le sentiment de sécurité dans les transports collectifs franciliens – Septembre 2020

lien avec les addictions. Il a été l'un des premiers centres de référence pour les traitements substitutifs aux opiacés dans les années 1990 (cf. annexe 1). L'association Gaïa est liée par une convention à cet établissement depuis 1999¹⁶⁷ : F. Widal est le partenaire principal de la salle de consommation en matière de prise en charge psychiatrique. Les experts psychiatres rencontrés par la mission estiment à 20 % - 25 % la proportion de troubles psychiatriques graves parmi les usagers de la salle parisienne.

- L'hôpital Lariboisière héberge un service de réanimation médicale spécialisé dans la prise en charge des intoxications médicamenteuses et toxicologiques. L'espace de consommation supervisé parisien est adossé à l'enceinte de cet établissement tout en conservant d'une entrée distincte.

1.2 La HSA de Paris est fréquentée par un public très précaire dont le nombre augmente et les modes de consommation évoluent

1.2.1 L'activité est croissante depuis l'ouverture

L'espace de consommation parisien proposait initialement de douze postes d'injection et six postes d'inhalation. L'inhalation était possible, mais uniquement pour des personnes par ailleurs injectrices ; les consommateurs qui n'injectaient pas n'avaient pas accès à la salle¹⁶⁸. L'épidémie de coronavirus et les risques inhérents aux transmissions aériennes a imposé la fermeture des espaces d'inhalation dès mars 2020 (fumer nécessitait de retirer le masque et la salle ne disposait que d'un seul extracteur d'air). La salle de Paris étant le seul lieu proposant d'accueillir des usagers inhalateurs de crack, l'association Gaïa, par crainte de débordements, a fait le choix de ne pas rouvrir ces espaces depuis.

Initialement ouverte sur des plages d'après-midi et de soirée (13h30 à 20h30), les horaires ont été modifiés fin 2019 pour permettre l'accueil des usagers, 7 jours/7 dès 9h30 : jusqu'à 250 passages par jour sont ainsi observés en 2023, les usagers trouvant un espace d'accueil, de consommation supervisée, de repos et un poste de soins infirmiers proposant des actes de dépistage et de soins primaires.

Tableau 1 : Evolution de la file active de la HSA de Paris de 2017 à 2023

	2017	2019	2023
File active (nombre de personnes suivies)	838	933	781
Nombre d'inclusion	431	242	132
Inclusions dans le programme d'échange de seringues	42 137	30 623	25 219

Source : Gaïa Paris.

¹⁶⁷ La convention a été actualisée en 2016 pour l'évaluation psychiatrique, la prise en charge addictologique et les hospitalisations.

¹⁶⁸ Le cahier des charges des SCMR du 22 mars 2016 prévoyait que seuls les consommateurs injecteurs pouvaient accéder à la salle. La possibilité d'y être accueillis également pour les consommateurs inhalateurs a été introduite par l'arrêté modificatif du 15 juillet 2019 (voir annexe 7) .

En 2023, 86 193 passages ont été enregistrés dans la salle parisienne pour un total de 70 866 consommations (toutes sous forme d'injections). Les tendances observées début 2024 soulignent le maintien d'un haut niveau de fréquentation avec une moyenne de 210 consommations quotidiennes représentant jusqu'à 400 usagers différents par mois.

La file active connaît une certaine stabilité depuis 2017, aux alentours de 800 usagers par an, certains consommateurs fréquentant la salle quotidiennement, d'autres de manière plus ponctuelle.

Tableau 2 : Tableau d'activité 2018 – 2023 de la HSA de Paris

	Injections	Inhalations	File active
2018	43 161	14 226	877
2019*	55 046	16 870	933
2020	41 384	5 648	801
2021	49 396	0	702
2022	59 185	0	753
2023	70 866	0	781

* l'année 2019 représente un pic d'activité qu'il convient de relier à la dernière année complète où la salle autorisait les consommations inhalées et à l'extension des horaires d'ouverture dès 9h30.

Source : Gaïa Paris

Depuis 2016, le nombre d'injections annuelles n'a cessé d'augmenter pour atteindre 70 866 en 2023. L'analyse des données permet de mettre en évidence une certaine stagnation des consommations annuelles depuis 2019, entre 70 000 et 71 000. Toutefois, en 2019 ce montant avait été atteint en cumulant des consommations injectées et inhalées, en 2023, le même montant a été atteint par les seules consommations injectées.

Parallèlement, le programme de ramassage de seringues sur la voie publique porté par le Caarud de l'association a vu son activité chuter depuis l'ouverture de la HSA en 2016 : de 150 seringues ramassées quotidiennement aux alentours de la gare du Nord, l'association estime ne trouver plus qu'une dizaine de seringues ramassée chaque jour dans l'espace public aujourd'hui.

1.2.2 Le public accueilli est précaire et insuffisamment pris en charge par les autres dispositifs de réduction des risques

Plus de la moitié des usagers de la salle parisienne sont sans hébergement ou en hébergement précaire : l'accès au soin est rendu difficile soit du fait de difficultés administratives inhérentes à l'absence d'hébergement, soit du fait d'une marginalisation progressive. Près de 60 % des personnes n'ont pas de suivi addictologique, et 60 % ne bénéficient d'aucun suivi médical, alors qu'elles connaissent souvent un cumul de pathologies.

1.2.2.1 Une précarité administrative

La plupart des usagers de la salle sont en errance géographique et administrative : *au fil des échecs et des exclusions ils se construisent une existence en dehors de tout lien et de tout contact avec les institutions (absence de domiciliation, de pièce d'identité, de couverture maladie, de revenus)¹⁶⁹*. A leur inscription, l'âge moyen oscille, selon les années, entre 40 et 42 ans (en augmentation d'environ 10 à 12 mois chaque année), les âges extrêmes variant de 18 à 71 ans.

Tableau 3 : Situation administrative des usagers de la HSA de Paris, de 2017 à 2023

	2017	2019	2023
% d'utilisateur disposant de titres administratifs à jour	86 %	89 %	79 %
% d'utilisateur disposant d'une couverture sociale de base	54,5 %	47 %	51 %

Source : Gaïa Paris

Lors de leur inclusion dans la salle, près de la moitié des nouveaux usagers ne disposent pas de couverture sociale de base. Dans ce contexte, la salle a ouvert dans ses murs une permanence de la caisse primaire d'Assurance maladie : elle a conduit 314 consultations en 2023 (vs 199 en 2019), pour ouvrir des droits à la complémentaires de santé solidaires (139 consultations), à l'aide médicale d'Etat (57), les demandes de cartes vitales (118), la réactivation des droits ou des demandes d'attestations.

1.2.2.2 Une précarité de logement

Dans 52 % des cas, les usagers de la HSA parisienne déclarent à l'occasion de leur inclusion vivre dans la rue ou dans un squat, 27 % déclarent vivre sans certitude d'hébergement au-delà des six prochains mois. Dans ce contexte, la halte offre la possibilité d'accéder à des conditions d'hygiène satisfaisantes pour une consommation, sécurise leur environnement et limite les risques de surdoses. L'association Gaïa participe, en partenariat avec l'association Aurore, à la mise à l'abri d'usagers dans la cadre du dispositif ASSORE (650 personnes déjà mises à l'abri).

Tableau 4 : Précarité de logement des usagers de la HSA de Paris, de 2017 à 2023

	2017	2019	2023
% d'usagers à la rue ou vivant en squat	34 %	35 %	52 %
% d'usagers sans possibilité de rester dans leur lieu d'hébergement dans les 6 prochains mois	22 %	23 %	27 %

Source : Gaïa Paris.

Il convient de souligner que 20 % des usagers déclarent à l'admission disposer d'un logement indépendant : leur fréquentation de la salle est à mettre en lien avec la facilité d'approvisionnement en produits stupéfiants dans le quartier de la gare du Nord et la nécessité de consommer à proximité du lieu d'acquisition du produit en particulier lorsque les symptômes

¹⁶⁹ Entretien avec de la mission avec l'association Gaïa

de manque (pour les opiacés) ou le *craving*¹⁷⁰ (pour les dérivés de la cocaïne) apparaissent ; potentiellement, il s’agit aussi de personnes ne pouvant consommer dans leur logement, notamment en présence de tiers. L’enquête menée par les Hospices de Lyon en 2022 auprès des usagers hébergés du dispositif ASSORE souligne le rôle bénéfique d’un hébergement stable en faveur d’une diminution de la consommation de produits psychotropes mais précise combien il est difficile pour les usagers de couper tout lien avec les lieux de rencontre et de consommation de rue¹⁷¹.

1.2.3 Les modes de consommation évoluent

Depuis l’évolution du cahier des charges des salles de consommation supervisée en 2019, tous les types de consommations sont en principe autorisés dans la HSA. Il convient toutefois de souligner que l’espace parisien retient comme condition d’inclusion l’injection du produit. Dans ce contexte, la salle de consommation parisienne observe une certaine stabilité quant aux produits consommés par les usagers au cours des dernières années. En tout premier lieu, il s’agit de sulfate de morphine sous sa forme médicamenteuse (Skénan®) qui représente à lui seul plus de deux tiers des injections¹⁷². Il convient de souligner que la majorité des usagers de la salle sont poly-consommateurs, associant leur consommation d’opiacés à celle d’alcool, de benzodiazépines, de crack ou d’autres psychostimulants.

Tableau 5 : Consommations relevées dans les 30 derniers jours lors de l’inclusion dans la HSA de Paris (déclaratif)

Données 2021	Produit consommé	%
Opiacés	Héroïne	45 %
	Buprénorphine	14 %
	Méthadone	21 %
	Sulfate de morphine	68 %
Stimulants	Cocaïne	37 %
	Crack	45 %

Source : Gaïa Paris.

Le recours à la cocaïne injectée dans la salle est en hausse, atteignant 12 % des consommations en 2023. Cette ascension est à mettre en lien avec une plus grande disponibilité de la cocaïne, sous toutes ses formes, sur le marché national (cf. annexe 2) et la vente par « unités de consommations » adaptées à la mesure du budget des usagers. Enfin, quoiqu’encore marginale, la consommation de cathinones substituées¹⁷³ est apparue au cours des dernières années.

¹⁷⁰ Le « *craving* » est la manifestation anxieuse et l’irritabilité majeure observées dans le cadre d’une dépendance à la cocaïne exprimant une impulsion irrésistible de consommer à nouveau.

¹⁷¹ Evaluation du dispositif ASSORE – Hospices civils de Lyon - Novembre 2022

¹⁷² Cette proportion semble s’expliquer par la préexistence d’un marché de revente de médicaments opioïdes aux alentours de la gare du Nord.

¹⁷³ Dérivé de produit naturel extrait du khat

1.3 Le bilan de la HSA est positif au regard des objectifs fixés par l'arrêté de janvier 2022

1.3.1 Des bénéficiaires tangibles en matière d'accès aux droits et de logement

Selon une enquête flash menée par l'association Gaïa en 2023, 10 % des usagers interrogés déclarent avoir été aidés dans leur démarche de régularisation par l'équipe de la salle ; 39 % des usagers fréquentant la salle déclarent être aidés (ou avoir été aidés) à faire valoir leurs droits auprès des organismes de sécurité sociale.

Par ailleurs, 39 % disent avoir été (ou être aidés) par le personnel de la HSA dans leur accès à un logement, 29 % sont hébergés via le dispositif ASSORE.

1.3.2 Des bénéficiaires avérés en matière de santé individuelle

1.3.2.1 Diminution des risques somatiques

L'évaluation scientifique publiée par l'Inserm en 2021 montre que les risques d'infection par VIH ou l'hépatite C, les risques d'abcès cutanés ou ceux de surdoses graves sont significativement diminués chez les usagers fréquentant la salle de consommation en comparaison de ceux ne pouvant y avoir accès (cf. annexe 3). Les usagers inscrits dans un espace de consommation supervisée sont moins susceptibles de se recourir à un service d'urgences (diminution de 20 % de fréquentation). La salle de consommation représente une première étape de prise de conscience des risques inhérents à la consommation et une porte d'entrée vers les soins : près de 2 250 consultations pour des soins ont été comptabilisées dans la HSA de Paris en 2023.

Tableau 6 : Accompagnement vers le soin à la HSA de Paris

	2017	2019	2023
% d'usagers ayant bénéficié sur l'année de soins IDE ou médicaux	IDE : 31 % MED : 16 %	IDE : 56 % MED : 37 %	IDE : 44 % MED : 29 %
% d'usagers ayant bénéficié sur l'année d'au moins un RDV social	17 %	55 %	29 %
Accompagnement vers les services extérieurs	Pas de données	186	184
Accompagnement vers une hospitalisation	Pas de données	Pas de données	84
Inclusions programme d'échange de seringues	42.137	30.623	25.219

Source : Gaïa Paris.

L'ensemble des professionnels de la salle, infirmiers ou éducateurs sont formés aux techniques *d'aller vers* et de *relation d'aide*¹⁷⁴ permettant de mobiliser et soutenir les usagers dans leurs démarches et initiatives. Des permanences de consultations infirmières, médicales et sociales, sans rendez-vous, sont proposées quotidiennement dans une logique d'adaptation aux besoins

¹⁷⁴ L'approche centrée patient : histoire d'un concept – HAL Pen Sciences Juin 2023.

des consommateurs. Dans le même esprit, les usagers sont accompagnés physiquement à leurs rendez-vous médicaux et sociaux notamment lors des entrées en hospitalisation : près de 200 accompagnements de ce type sont réalisés chaque année.

En 2023, 86 hospitalisations ont été comptabilisées pour des besoins somatiques ou pour sevrage. Six hospitalisations sous contrainte en psychiatrie ont été initiées. Les usagers de la salle hospitalisés sont visités et accompagnés en vue de favoriser leur maintien dans les soins et préparer les orientations de sorties. Ces initiatives sont conduites en partenariat avec les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) de l'hôpital Lariboisière.

Tout au long de l'année sont organisées des semaines de sensibilisation aux modes de transmission des maladies virales (hépatites B, C et VIH) et des incitations aux dépistages (test rapide d'orientation diagnostique).

Des initiatives sont prises pour limiter les risques liés à l'injection : comprenant du matériel d'injection, de filtration ou de désinfection et des formations à l'utilisation de la naloxone : 150 kits d'antidote ont ainsi été distribués en 2023 à l'occasion de ces formations dédiées.

Tableau 7 : Prise en charge d'urgence à la HSA de Paris

	2017	2019	2023
Incidents de surdose nécessitant l'intervention du personnel de supervision	Pas de données	44	116 surveillances simples 27 mises sous oxygène
Incident de surdose justifiant d'une hospitalisation	Pas de données	10	4

Source : Gaïa Paris

Enfin, les équipes de supervision de la salle permettent la détection précoce des risques de surdose et la mise en œuvre de mesures de soins et/ou gestes de réanimation. En 2023, plus d'une centaine de consommations ont nécessité une surveillance particulière (avec recours d'oxygène pour certaines), quatre usagers ont été hospitalisés suite à une surdose.

1.3.2.2 Inclusion dans un parcours de prise en compte de l'addiction

En matière de prise en charge des addictions, les équipes de la HSA s'appuient sur une *approche motivationnelle* basée sur les motivations personnelles de l'utilisateur pour l'accompagner dans les changements qu'il souhaite apporter à sa situation : *sur les questions de parcours de soins en addictologie, la HSA agit en espace pré-thérapeutique, comme une marche intermédiaire, visant à réduire la distance entre le monde médical et un public largement marginalisé et désaffilié*¹⁷⁵.

¹⁷⁵ Entretien avec de la mission avec l'association Gaïa

Tableau 8 : Part des usagers bénéficiant d'un traitement de l'addiction à la HSA de Paris

	2019	2023
% d'usagers en TSO	45 %	19 %
% d'usagers entrés dans une démarche de sevrage	Pas de données disponibles	5 %

Source : Gaïa Paris.

De manière générale, l'entrée dans un parcours de substitution depuis la HSA se fait grâce à un Csapa après stabilisation de la situation médicale et administrative. En juin 2024, 51 % des usagers fréquentant la salle déclarent avoir été aidés par la HSA pour accéder à un Csapa. Les thérapeutiques qui y sont proposées peuvent comporter des traitements substitutifs aux opiacés mais également des traitements annexes (psychiatriques, cardiologiques, infectieux etc.), voire un suivi psychologique, des thérapeutiques de groupe et un suivi social.

Ces démarches peuvent s'associer à celles portées par d'autres acteurs comme :

- les narcotiques anonymes (NA), qui regroupent des usagers de drogues abstinents qui assurent une permanence mensuelle au sein de la salle (groupes d'auto-support centrés sur l'entraide et l'abstinence) ;
- l'association Agir pour la santé et les droits des femmes (ADSF) en binôme avec des sage-femmes et des infirmières ;
- le Csapa de l'espace Murger (Fernand Widal), le Caarud de L'espoir Goutte d'Or.

Une des causes majeures d'exclusion des soins addictologiques est la problématique psychiatrique associée. Les usagers de la HSA parisienne connaissent des pathologies entremêlées à l'addiction qui rendent la prise en charge complexe. *Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes chez les usagers réguliers de drogues : les troubles de la personnalité, la dépression, les troubles anxieux et les troubles psychotiques peuvent préexister ou être consécutifs à la consommation des produits. Parmi les usagers réguliers de drogues, 40 à 60 % présentent une comorbidité psychiatrique¹⁷⁶.*

Un projet de soins peut prendre plusieurs formes comme¹⁷⁷ :

- Introduction d'un traitement de substitution aux opioïdes avec objectif d'abstinence ou de réduction des consommations (pour mémoire, il n'existe pas de substitution à la cocaïne et ses dérivés) ;
- Adaptation d'un traitement de substitution opioïde (posologie, type, fréquence de délivrance) ;
- Sevrage hospitalier qui vise le plus souvent plusieurs produits : alcool, opiacés, cocaïne. L'hospitalisation représente un moment privilégié pour faire un bilan des complications somatiques, dépister des maladies infectieuses, remettre en place un suivi de maladie chronique ;

¹⁷⁶ Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues - Inserm, 2010

¹⁷⁷ Entretien avec de la mission avec l'association Gaïa

- Demande d'hébergement adapté au long cours via les lits halte soins santé (LHSS) ou les appartements de coordination thérapeutique (ACT) lorsqu'une pathologie chronique est associée ;
- Demandes de sevrage en province, la facilitation de l'accès aux structures de post cures en région ayant permis de proposer des périodes de sevrages plus ou moins courtes pour des personnes très ancrées dans la consommation en espace public (dispositif coordonné par l'ARS Ile de France).

Un médecin psychiatre a été recruté en novembre 2022 au sein de la HSA permettant de répondre sans retard aux demandes formulées par les usagers (*saisir toutes les occasions quand elles se présentent*).

1.3.3 Des bénéfiques pour la collectivité

Outre les indicateurs retenus par l'étude de l'Inserm publiée en 2021 mesurant la quantité de déchets de consommation de drogue sur la voie publique dans le secteur de la HSA avant et après sa création, l'association Gaïa propose trois indicateurs pour mesurer l'impact du service rendu par le HSA :

- nombre de consommations évitées dans l'espace public. Il s'agit d'un indicateur de l'impact de la HSA sur son environnement. Depuis 2016, plus de 470.000 injections se sont tenues sous abri, dans la HSA de Paris. Parmi elles, un grand nombre se tenaient antérieurement dans l'espace public¹⁷⁸ ;
- nombre de seringues ramassées quotidiennement par les équipes de maraudes (selon les équipes de Gaïa, le nombre de seringues ramassées a été divisé par 15 entre 2016 et 2023) ;
- baisse globale des signalements par les riverains de situations problématiques en lien avec la présence d'usagers ou de matériels usagés dans les immeubles ou les espaces publics.

1.3.4 Des bénéfiques en matière de veille sanitaire

Plusieurs occasions sont saisies pour identifier les habitudes des usagers :

- à l'occasion de son entretien d'inclusion, il est interrogé sur les produits consommés au cours des trente derniers jours et sur celui avec lequel il rencontre le plus de difficultés.
- avant chaque passage, l'usager présente au personnel de la salle le produit qu'il souhaite consommer : une base de données est spécifiquement renseignée.

Les personnels de la salle participent également à :

- des discussions avec les usagers sur les produits présentés (en particulier quand il s'agit de produits nouveaux) ou sur la composition des produits circulants. Le cas échéant, ces

¹⁷⁸ A titre d'exemple, les 70 866 injections réalisées « sous abri » au sein de la salle parisienne en 2023 ont représenté 235 080 seringues (certaines consommations pouvant nécessiter jusqu'à trois seringues).

constats peuvent faire l'objet d'alertes transmises à l'Observatoire français des drogues et tendances addictives (OFDT) ;

- l'observation, en salle, des méthodes de préparation des produits consommés (produits, quantité consommée et gestes de préparation). En 2023, plus de 500 entretiens se sont tenus autour des pratiques d'injection, de consommation et de prévention des surdoses.

Par ailleurs, toute consommation ayant conduit à un malaise ou une surdose fait l'objet d'un suivi spécifique transmis centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance et addicto-vigilance (CEIP-A) de Paris.

Enfin, une collecte de produit dans un but d'analyse chimique peut avoir lieu à la salle de consommation : certains personnels de la salle sont formés, sur la base d'un référentiel national validé par la direction générale de la santé (DGS), pour collecter de manière sécurisée une quantité de produit avant envoi à des laboratoires d'analyse dédiés. Les résultats sont transmis à l'équipe ainsi qu'aux personnes ayant cédé les échantillons.

Les *espaces de dialogue* bimensuels organisés en présence de l'Agence régionale de santé (ARS), de la préfecture de région d'Ile de France, des commissariats du XVIII^{ème} et XIX^{ème} e arrondissement et des associations de réductions des risques du Nord Est Parisien sont l'occasion de partager les nouvelles tendances de consommation observées ou l'apparition de nouveaux produits.

Membre du European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) de l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA), la HSA Parisienne transmet annuellement l'ensemble de ses données d'activité dans le cadre de programmes de suivi des salles de consommation. Les données partagées par la HSA participent également au système d'alerte précoce européen EWS (Early Warning System).

En revanche, la HSA ne participe que partiellement aux deux dispositifs de veille sanitaire relative à la consommation de drogue pilotés par l'OFDT¹⁷⁹ : elle participe indirectement à TREND, mais n'est pas associée à SINTES.

1.3.5 Des bénéfiques en matière de tranquillité publique

S'agissant de la salle Gaïa, plusieurs séries de données sont disponibles pour évaluer les résultats de la HSA sur la réduction des atteintes à la tranquillité publique.

1.3.5.1 La HSA n'a pas dégradé la physionomie du quartier mais la toxicomanie y reste visible comme dans tout l'arrondissement

Le commissariat du 10^{ème} arrondissement observe que la HSA joue pleinement son rôle sur le plan capacitaire (jusqu'à 250 passages/ jour) et attire une part importante des consommateurs « visibles » dans l'espace public parisien. Avant l'ouverture de la salle, ces derniers consommaient en extérieur ou dans des lieux semi-publics ou privés (halls d'immeuble, terrains vagues ou toilettes

¹⁷⁹ Il s'agit du dispositif TREND qui vise à identifier l'évolution des tendances et des phénomènes émergents liés aux produits psychotropes illicites ou détournés de leur usage et du dispositif SINTES qui a pour objectif la surveillance de la composition de produits psychoactifs collectés au plus près des usagers de drogues.

de la gare du Nord). Désormais, la consommation s'effectue dans la structure dédiée, avec une réduction des risques en journée, permettant ainsi d'invisibiliser les scènes d'injections de rue pendant les horaires d'ouverture de la salle, contribuant ainsi à réguler et à apaiser les mésusages précédemment rencontrés dans ce secteur.

Pour autant, la salle engendre aussi quelques difficultés. La proximité immédiate de la gare du Nord, de Barbès ou de Stalingrad contribue à fixer à ses abords un public en errance (SDF, toxicomanes, dont consommateurs de crack), assimilé parfois à tort aux usagers de la salle. Cette confusion contribue à faire de la salle un point de crispation pour certains riverains, dans un quartier par ailleurs en forte gentrification (accroissement du prix de l'immobilier, évolution des catégories socio-professionnelles des résidents).

Qui plus est, des consommateurs stagnent aux abords de la HSA, rue Guy Patin notamment. Il s'agit des toxicomanes trop désocialisés pour accepter les règles de fonctionnement de la HSA et qui en sont refoulés, ou des inhalateurs de crack qui n'y sont pas acceptés.

Un phénomène de report des toxicomanes est également signalé du fait de la présence policière aux abords de la HSA. La plupart des consommateurs de stupéfiants se déportent, notamment vers la cour des taxis de la gare du nord. Les travaux de rénovation en cours de la cour des taxis pour les Jeux Olympiques de Paris 2024 ont entraîné un report des consommateurs sur la rue de Maubeuge.

Un autre phénomène de report, vers la HSA cette fois, est noté par le commissariat en raison des refoulements de consommateurs de crack organisés quotidiennement au niveau de la place de la bataille de Stalingrad et qui ont pour conséquence un déport sur le 10^{ème} arrondissement sur le haut du faubourg Saint-Denis, les abords de la HSA et les abords de l'église Saint-Vincent de Paul.

S'agissant des actes de délinquance induits par la présence de toxicomanes, le commissariat constate des deals dits « de dépannage », sans notion de trafic de stupéfiants, des vols à la roulotte et quelques recels. La physionomie s'est toutefois améliorée depuis 2019 malgré une hausse des délits en 2022. Depuis le mois d'août 2022, il est recensé quelques affaires de consommation et cession de crack aux abords de la salle et dans la gare de Nord, même si les quantités découvertes restent néanmoins faibles (cinq interpellations en 2023 contre huit en 2022). Trois interpellations pour détention de crack ont été recensées depuis le début 2024.

Le recel se pratique également car il permet aux toxicomanes d'acheter ou troquer de la matière stupéfiante ou des médicaments : 66 interpellations ont ainsi été réalisées en 2023 (contre 76 pour la même période en 2022). Une dégradation est constatée entre janvier et juin 2024 puisque 15 interpellations pour recel ont déjà été réalisées. Des actes de violences sont notés, en général des bagarres entre toxicomanes, même si celles-ci sont quasi stables (24 en 2023 contre 27 pour la même période en 2022, 4 au premier semestre 2024).

Les faits de vols simples ou avec violences sont en baisse (35 en 2023 contre 51 pour la même période 2022). Huit faits sont constatés en 2024.

En termes d'incivilités, la consommation d'alcool et les nuisances sonores provoquées par les attroupements et le mode de vie de toxicomanes souvent désocialisés cristallisent les mécontentements de certains voisins. Les mictions et usage abusif des sanisettes, notamment celle d'Ambroise Paré sont aussi dénoncées. Sur le périmètre de la HSA, 28 verbalisations pour

consommation d'alcool sont largement en baisse en 2023 (contre 60 en 2022). Depuis le début de l'année 2024, huit verbalisations ont eu lieu.

1.3.5.2 Le secteur de la HSA connaît globalement moins d'infractions à la législation sur les stupéfiants que le reste du 10^e arrondissement

Encadré méthodologique

En compléments des éléments d'appréciations transmis à la mission par les services de police locaux, on trouvera ci-après trois tableaux reprenant les principales données relatives à la délinquance et aux nuisances dans le 10^e arrondissement ; dans l'arrondissement limitrophe du 18^e souvent mentionné comme pouvant constituer une zone source ou de déport des infractions ; et dans le secteur de la HSA.

S'agissant de la délinquance dans le 10^e arrondissement (tableau 9 et graphique), il s'agit des données agrégées des infractions constatées par tous les services de police, c'est-à-dire non seulement celles constatées par les services de police du commissariat du 10^e arrondissement, mais également celles enregistrées suite à des dépôts de plaintes recueillis en dehors de l'arrondissement ou celles constatées par l'activité locale d'autres services de police que la sécurité publique, les services de police judiciaire notamment.

Pour sérier le sujet, la mission a estimé pertinent de retenir trois types d'agrégat, celui des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS), en y joignant depuis 2021 le chiffre des amendes forfaitaires délictuelles. Le second agrégat retenu est celui des délits de voie publique dont les services de police estiment qu'ils sont fréquemment en lien avec la consommation de stupéfiants (vols simples, vols liés à l'automobile, cambriolages, vols violences, destructions et dégradations de biens et violences physiques crapuleuses). Enfin, s'agissant du secteur de la HSA, les données d'activité de la main courante de la police nationale ont été intégrées à l'analyse pour identifier les nuisances ne donnant pas lieu à dépôt de plainte.

Depuis 2016, les infractions constatées sont toutes orientées à la baisse, hormis les agrégats relatifs à la législation sur les stupéfiants¹⁸⁰

Tableau 9 : Evolution des infractions dans le 10^e arrondissement

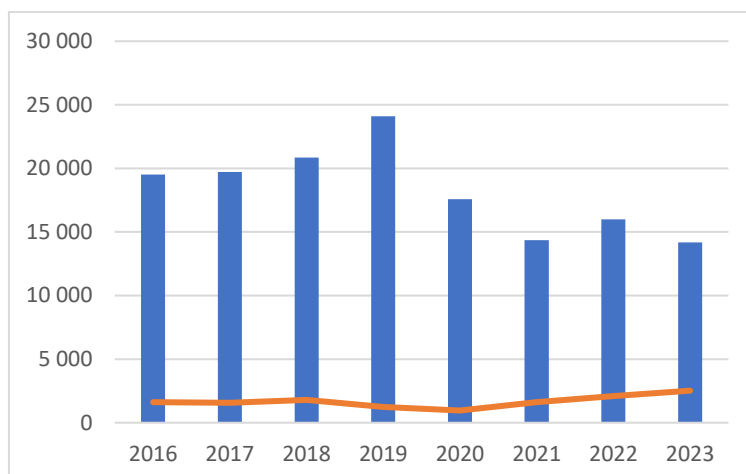
Commune des faits : Paris 10 ^e	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution 2016-2023
Vols simples	12 704	12 953	13 488	15 838	10 947	8 682	10 646	9 618	-24 %
Vols liés au véhicule à moteur	1 530	1 543	1 644	1 604	1 536	1 471	1 222	1 059	-31 %
Cambriolages	749	862	948	1 082	863	720	739	710	-5 %
Vols Violences	1 766	1 706	1 855	2 293	1 666	1 284	1 265	1 076	-39 %
Destructions et dégradations de biens	999	942	1 066	993	907	906	862	642	-36 %
Violences physiques crapuleuses	1 766	1 708	1 857	2 294	1 666	1 285	1 265	1 077	-39 %
Total infractions en lien avec la consommation de stupéfiants	19 514	19 714	20 858	24 104	17 585	14 348	15 999	14 182	-27 %

¹⁸⁰ Ces données sont à considérer sous une double précaution méthodologique (cf. annexe 3 : celui de l'activité des services, l'augmentation ou la baisse de ces infractions étant directement liée à l'activité des services de police et celui de la mise en œuvre de l'AFD qui, en facilitant la constatation et la verbalisation des infractions à la consommation de stupéfiants, a mécaniquement fait progresser le nombre des ILS.

Infractions à la législation sur les stupéfiants (sans les AFD)	1 612	1 578	1 797	1 244	860	1 019	964	920	-43 %
Stupéfiants (AFD)					101	608	1124	1600	
Total infractions stupéfiants (ILS)	1612	1578	1797	1244	961	1627	2088	2520	56 %

Source : Données DSPAP/PP retraitées par la mission

Graphique 1 : ILS et infractions en lien avec les ILS – Paris 10ème



Source : Données DSPAP/PP retraitées par la mission.

Par comparaison, le tableau 10 et le graphique 1 montrent la situation dans l'arrondissement limitrophe du 10ème le plus important, le 18ème arrondissement. **Là aussi, l'agrégat des infractions généralement considérées comme liées à la consommation de stupéfiants est orienté à la baisse.** Quant à la progression des infractions à la législation sur les stupéfiants, hors amendes forfaitaires délictuelles, elle ne paraît pas s'expliquer par les conséquences de la création d'une HSA dans le 10ème arrondissement dans la mesure où ces infractions sont demeurées stables jusqu'en 2020 et ont fortement progressé à partir de cette date. Il semble qu'il faille plutôt y voir le résultat de l'activité plus forte des services de police locaux en lien avec la répression de la consommation du crack dans ce secteur de la capitale.

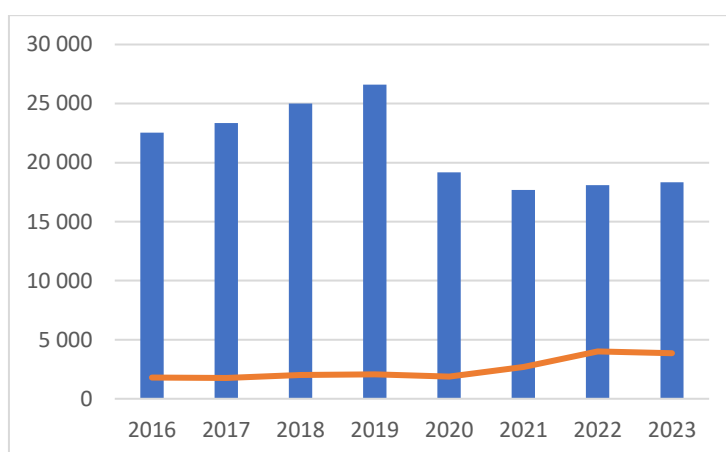
Tableau 10 : Evolution des infractions dans le 18ème arrondissement

Commune des faits : Paris 18ème	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution 2016-2023
Vols simples	11 853	12 551	12 963	14 290	9 348	9 328	10 085	10 166	-14 %
Vols liés au véhicule à moteur	2 751	2 374	2 803	2 744	2 564	1 930	2 117	2 015	-27 %
Cambriolages	1 123	1 324	1 429	1 801	1 900	1 292	1 447	1 917	71 %
Vols Violences	2 582	2 654	2 886	2 883	1 920	1 861	1 644	1 592	-34 %
Destructions et dégradations de biens	1 652	1 789	2 025	1 997	1 531	1 421	1 156	1 063	-36 %
Violences physiques crapuleuses	2 583	2 657	2 888	2 883	1 924	1 864	1 646	1 595	-38 %

Total infractions en lien avec la consommation de stupéfiants	22 544	23 349	24 994	26 598	19 187	17 696	18 095	18 348	-19 %
Infractions à la législation sur les stupéfiants (sans les AFD)	1 807	1 763	2 025	2 078	1 750	2 221	3 257	2 931	62 %
Stupéfiants (AFD)					143	474	753	917	
Total infraction stupéfiants (ILS)	1807	1763	2025	2078	1893	2695	4010	3848	113 %

Source : Données DSPAP/PP retraitées par la mission.

Graphique 2 : ILS et infractions en lien avec les ILS – Paris 18ème



Source : Données DSPAP/PP retraitées par la mission.

Il y a peu d’infractions ou de nuisances relevées dans le secteur de la HSA par rapport au total de celles qui sont relevées dans l’arrondissement.

Le tableau 11 ci-dessous met en évidence les chiffres de constatation et d’activité du seul commissariat du 10^{ème} arrondissement sur la base des extractions de la main courante de la police nationale (MCPN). Elles intègrent donc non seulement les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) et les infractions en lien avec la consommation de stupéfiants constatées par ces services, mais aussi les nuisances qu’ils ont constatées ou celles qui ont été déclarées auprès d’eux par les riverains. Les extractions de la MCPN permettent également de faire un focus précis sur un quartier concerné. Il a paru pertinent de comparer sur une échelle de temps plus courte (2022-2023), les évolutions des trois agrégats ILS, infractions liées à la consommation de stupéfiants et nuisances en mettant côte à côte les chiffres de l’arrondissement et ceux du secteur de la HSA.

Les agrégats infractions liés à la consommation de stupéfiants et nuisances sont orientés à la baisse dans les deux ressorts et la progression des ILS est moins forte dans le secteur de la HSA que dans l’ensemble de l’arrondissement.

Graphique 3 : Secteur HSA concerné par l'extraction MCPN



Tableau 11 : Extraction secteur HSA – Paris 10ème arrondissement

Extractions MCPN 10ème arrondissement et secteur HSA	2022		2023	
	10ème	dont secteur HSA	10ème	dont secteur HSA
Recherches / découvertes de stupéfiants	28	7	43	9
Infractions à la législation sur les stupéfiants	432	41	799	57
Extraction ILS	460	48	842	66
Vols à la tire	197	5	153	1
Vols avec effraction ou par escalade	556	7	531	7
Vols avec violences	219	8	203	3
Vols simples	299	1	356	1
Extraction infractions en lien avec ILS	1271	21	1243	12
Ivresses publiques et manifestes (IPM)	161	23	117	14
Perturbateurs – indésirables	1593	94	1798	1
Tapages	781	4	460	92
Troubles causés par sans domicile fixe (SDF)	54	1	48	1
Extraction nuisances	2589	122	2423	108

Source : Données DSPAP/PP retraitées par la mission.

1.3.5.3 Selon la préfecture de police, la HSA permet un emploi plus efficace des effectifs de police

La préfecture de police de Paris estime, la HSA de la rue Ambroise Paré ne pose pas de problème particulier, notamment pas en termes d'augmentation de la délinquance, au-delà des polémiques que suscitent systématiquement l'ouverture de lieux de prise en charge des consommateurs de drogue et que ses services prennent en compte par un partenariat renforcé avec tous les acteurs.

Les services de police soulignent qu'ils ont intérêt à ce que des espaces de consommation supervisée existent car ils permettent de prendre en charge des toxicomanes dont la gestion sur la voie publique est très coûteuse en effectifs et pour lesquels les possibilités de l'action policière sont limitées.

Interrogé sur l'éventualité de l'ouverture de nouveaux espaces de ce type à Paris, la préfecture de police de Paris indique être favorable à tout ce qui peut contribuer à mieux prendre en compte ces publics en grande difficulté sanitaires et sociales car cela lui permet de récupérer les forces pour les réaffecter à la lutte contre la délinquance.

1.4 Les relations avec les acteurs de proximité et les riverains demeurent clivées malgré l'engagement des services de police

1.4.1 Des relations de voisinages assez clivées

1.4.1.1 Certains riverains s'opposent à la présence de la salle de consommation

Certains riverains s'opposent historiquement à l'installation d'une salle de consommation supervisée dans le quartier de la gare du Nord et dénoncent les conséquences néfastes dans l'espace public qu'ils imputent à sa présence. La mission a pu rencontrer une association de riverains dont les représentants soulignent :

- la difficile cohabitation des habitants du quartier avec des personnes ayant perdu tous les codes et usages de vie collective et à l'origine de nuisances publiques (cris, bagarres, dégradations) même si ces personnes ne sont pas toujours en lien avec la HSA ;
- la présence d'usagers de drogue le long des rampes de parking souterrains, dans les toilettes publiques, parfois même au pied des portes d'immeubles ;
- la présence quotidienne de scènes de trafics, notamment de produits stupéfiants.

Ils critiquent le choix d'une implantation au milieu d'un quartier d'habitation et soulignent les *bénéfices du choix de Strasbourg où l'implantation plus à distance du quartier et dans une enceinte hospitalière a permis de réduire très significativement ces nuisances.*

Enfin, tous regrettent *une certaine forme d'abandon*, manifestée selon eux par :

- le manque de réactivité des personnels de la salle lorsque des situations de nuisance publique sont signalées via le numéro d'appel dédié ;
- la présence insuffisante de patrouilles de Police dans le quartier ;
- l'absence de réunion entre mars 2021 et avril 2024 du comité de voisinage par la mairie du 10^{ème} arrondissement¹⁸¹.

1.4.1.2 D'autres soutiennent sa présence dans le quartier

A l'inverse d'autres associations de riverains¹⁸² expriment leur soutien à la présence de la HSA à proximité de la gare du Nord, estimant que les nuisances observées dans l'espace public ont significativement diminué depuis 2016 et que les nuisances résiduelles ne sont pas toutes à relier à la salle, le quartier de la gare du Nord restant plus mouvementés que d'autres quartiers de Paris.

¹⁸¹ La charte du comité de voisinage signée en 2016 prévoit une réunion toutes les 6 à 8 semaines.

¹⁸² Notamment, association action Barbès, collectif de *parents* habitants SCMR, collectif du 41 rue d'Alsace, Ensemble nous sommes le 10^{ème}.

Ces riverains, dont la mission a pu rencontrer les représentants, reprennent à leur compte les effets positifs rapportés dans le rapport Inserm publié en 2021 en matière de tranquillité publique et de réduction des nuisances dans le quartier, en particulier la diminution significative du nombre de seringues usagées et de déchets associés à la consommation publique. Sans nier l'existence de nuisances liées à l'errance et aux trafics, ils soulignent l'antériorité de ces situations et font crédit à la salle des effets bénéfiques observés.

1.4.1.3 La salle de consommation multiplie les occasions d'échanges avec les riverains et les commerçants

Afin de maintenir un lien avec son environnement immédiat, la HSA a mis en place plusieurs canaux de communication avec les riverains et les commerçants :

- Appels sur une ligne téléphonique dédiée, échanges par mails ou groupe WhatsApp ;
- Échanges verbaux avec les équipes de la salle à la porte de la HSA, à l'occasion des maraudes quotidiennes ou lors des maraudes de « médiation » (rencontres spécifiquement dédiées aux commerçants, gardiens d'immeubles et habitants) ;
- Participation aux comités de voisinage et au groupe de partenariat opérationnel mis en place par le commissariat du 10^{ème} ;
- Réunions au sein de la HSA pour évoquer les possibilités d'amélioration de la vie du quartier avec les acteurs de proximité comme la police nationale ou la mairie d'arrondissement.

Tableau 12 : Nombre d'appels annuels sur la ligne téléphonique dédiée de la HSA de Paris

2018	2019	2020	2021	2022	2023
13	13	47	80	59	41

Source : Gaïa Paris.

En 2022, la HSA a pris à 59 actes de médiation réalisés avec les habitants du quartier (appels téléphoniques, mails).

1.4.2 La préfecture de police se mobilise pour répondre aux spécificités de du quartier et aux attentes des riverains.

Environ 125 patrouilles sont effectuées chaque jour à l'intérieur et autour de la gare du Nord : policiers, gendarmes et agents de sécurité ferroviaire s'attachent à sécuriser les 80 000 m² du site. Environ 4 000 contrôles sont réalisés chaque année à proximité du site, en particulier à la recherche d'infractions à la législation sur les stupéfiants.

Pour répondre de manière plus spécifique à la présence de la salle de consommation, un dispositif *ad hoc* s'est mis en place : articulé autour de patrouilles quotidiennes en tenue sur le site et à ses abords immédiats, et de vidéo-patrouilles réalisées depuis le commissariat, il permet d'orienter des opérations ponctuelles, en lien avec la police municipale qui renforce également sa vigilance.

Une action judiciaire spécifique est également conduite en lien avec le parquet concernant l'usage de stupéfiants hors de la salle, la détention hors périmètre et la possession de matières ou quantités non-autorisées par les instructions de parquet sur le périmètre d'immunité. Les infractions caractérisées donnent lieu à placement en garde à vue systématique. Des interdictions de paraître sont sollicitées par le parquet.

En 2023, 123 interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants ont été réalisées aux abords immédiats de la HSA (contre 119 pour l'année 2022). Depuis début 2024, 25 interpellations ont été réalisées. *Ces données doivent être considérées avec précaution, car les interpellations reflètent l'activité des services de police, dont les priorités peuvent légitimement varier dans le temps et dans l'espace, cf. annexe 3 sur les impacts sanitaires et de tranquillité publique des HSA.*

Ces mesures s'accompagnent d'un dispositif partenarial dédié avec les responsables et personnels de la HSA, les autorités municipales et les riverains et leurs représentants. Toutes les doléances et signalements font l'objet d'un suivi, en particulier ceux émanant du collectif « Riverains Lariboisière / Gare du Nord ». Le commissaire indique que les mails adressés par cette association à la cellule « écoute 10 » du commissariat restent assez élevés notamment concernant les injections dans l'espace public, incivilités diverses (miction, alcool...), présence fixe de SDF.

Par ailleurs, le sujet de la HSA et ses abords est régulièrement inscrit à l'ordre du jour de la cellule d'écoute et de traitement des doléances animée chaque mois par le commissaire central, en présence de la mairie et de la police municipale.

Le commissariat s'inscrit également dans une démarche de médiation et d'apaisement entre les riverains et le personnel de la HSA. Ses responsables étaient ainsi présents lors d'une réunion réalisée en novembre 2023 au sein de la HSA avec les membres de la copropriété du 154 Boulevard de Magenta, se plaignant des mésusages générés par la salle.

Enfin, la préfecture de police de Paris a mis en place un groupe de partenariat opérationnel (GPO), dédié aux problématiques inhérentes aux deux gares (Nord et Est), englobant la HSA. À l'issue des huit réunions tenues depuis cette date, les échanges et enjeux apparaissent plus fluides et les actions policières mieux acceptées par les différents partenaires sur l'ensemble des sujets.

La mission a également rencontré le référent du parquet de Paris en matière de poursuite des infractions liées à la consommation des stupéfiants. L'impact positif de la HSA sur la régression de la consommation dans l'espace public ou semi public sur le secteur a été mentionné ainsi que la mise en œuvre des instructions relatives à l'immunité pénale qui ne pose pas de problème particulier. Sans approfondir le propos, cet interlocuteur s'est par ailleurs montré ouvert à l'idée d'espaces de consommation supervisée mobile dans le cadre du plan crack.

1.4.3 La salle de consommation tisse des liens avec les acteurs institutionnels de proximité

L'association Gaïa travaille en partenariat étroit avec les acteurs de proximité de la gare du Nord. Plusieurs conventions ont pu être signées, en particulier avec :

- la SNCF pour la mise en place de maraudes en faveur des usagers de drogues à proximité et dans l'enceinte de la gare du Nord et pour le ramassage de matériel usagé ;

- la RATP pour la mise en place de maraudes communes RATP-Caarud dans certaines stations des lignes 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12 et 13 du métro ;
- le groupe JC.Decaux, pour les sujets ayant trait aux toilettes publiques (le nombre de seringues recueillies en 2023 montre une légère augmentation par rapport à 2021, passant de 3/ 4 seringues par jour à 5/ 6 seringues sur les 11 sanisettes dans le périmètre de la salle) ;
- le groupe Indigo, pour l'intervention d'équipes de maraudes dans les parkings aux abords immédiats de la gare.

Le personnel de la HSA participe à des actions de sensibilisation et de formation en faveur des partenaires incontournables que sont les policiers municipaux et les agents SNCF à qui une sensibilisation aux modalités d'usage des drogues est proposée. Des stages d'immersion au sein de la salle sont également organisés, comme en mai 2024 où 140 policiers municipaux en ont bénéficiés.

1.5 La HSA de Paris doit relever les défis inhérents à une activité soutenue et des ressources spécialisées contraintes

1.5.1 Les effectifs mobilisés à la HSA sont en hausse depuis 2016

Les effectifs de la salle parisienne ont augmenté de 75 % entre 2017 et 2023 (+22 % entre 2019 et 2023) entraînant le doublement des dépenses de personnel. Cette valeur est à rapporter aux :

- Plus de 70 000 injections réalisées en 2023. Si ces valeurs de consommations ont été approchées par le passé en valeur absolue, il s'agit d'une première en termes de consommations injectées : sur les 72 000 consommations observées en 2019, 25 % étaient inhalées ;
- 781 usagers dans la file active en 2023 ;
- 166 mesures de surveillance médicale mises en œuvre après constatation de signes de surdose (mesures nécessitant la présence d'un personnel infirmier ou médical, éventuellement le recours à une oxygénothérapie) ;
- à l'obligation de présence d'au moins un personnel infirmier sur l'ensemble de la plage horaire d'ouverture de la salle ;
- 2550 consultations, 143 accompagnements physiques vers consultations externes (Csapa, hôpitaux, laboratoires) et 84 hospitalisations (44 % des usagers de la file active bénéficient de soins infirmiers et 29 % de consultations médicales).

Tableau 13 : Évolution des effectifs entre 2017 et 2023 à la HSA de Paris (en ETP)

	2017	2019	2023
Direction et administratifs	1,5	1,5	2,59
Personnel médical et paramédical	5,42	9,12	7,29*
Travailleurs sociaux	9,12	12,62	18,48
Total	16,04	23,24	28,36

* se décomposant de la manière suivante : IDE = 6,79 ETP ; PSY = 0,5 ETP

Source : Gaïa Paris.

Ce nombre conséquent de salariés nécessite d'interroger :

- l'attractivité des ressources, les niveaux des rémunérations dans la secteur médical et social n'offrant que peu de latitude dans un secteur en crise (de fortes difficultés de recrutement d'infirmières signalées depuis mars 2021) ;
- la spécificité des profils recherchés, la relation avec les usagers de drogue requérant une appétence initiale pour le sujet et des formations spécifiques (usages des drogues, risques et surdoses, principes d'addiction et de réduction des risques et des dommages, errance et troubles psychiatriques) ;
- les amplitudes horaires et les situations de violence parfois associées aux situations d'errance et d'addiction ;
- la pérennité des ressources, la stabilité des ressources humaines au sein de l'équipe étant un gage de compétence et d'acceptabilité par les usagers.

La HSA parisienne souhaite renforcer les effectifs dévolus aux soins et à la prise en charge psychiatrique : il s'agit de répondre aux évolutions du cahier des charges de 2022 dans lequel les soins occupent une part significative et prendre en compte la prévalence des pathologies psychiatriques notamment liées à l'addiction et/ou consécutives aux années passées dans la rue.

1.5.2 Les budgets consacrés à la HSA sont en hausse depuis 2016

L'augmentation des coûts de fonctionnement observés entre 2017 et 2023 (+180 %) est principalement portée par l'augmentation des dépenses afférentes à la structure (loyers, maintenances diverses) dont les montants ont quintuplé. La HSA parisienne justifie cette augmentation par des reports de dépenses des années précédentes (provisions non consommées des années précédentes) : en 2023, le total du groupe 3 est de 1 704 066 € dont 1 352 922 € de provisions.

Concernant des dépenses afférentes au personnel, il convient de prendre en compte l'élargissement des plages d'ouverture depuis 2019 (dès 9h30) : pour l'année 2023, l'association Gaïa estime le coût induit par l'ouverture des matinées à 1 100 000 €.

Tableau 14 : Évolution du coût de fonctionnement total entre 2017 et 2023 (en €)

	2017	2019	2022	2023
dépenses afférentes à l'exploitation courante (frais de fonctionnement, achat de matériel, yc médical)	203 530	312 636	284 255	295 972
dépenses afférentes au personnel (salaires et cotisations sociales)	892 650	1 304 241	1 774 876€	1 864 064
dépenses afférentes à la structure (loyer, maintenances diverses)	335 562	262 335	1 614 350	1 704 066
Coût de fonctionnement total	1 431 742	1 879 212	3 673 481	3 864 102

Source : Gaïa Paris

1.5.3 Perspectives pour la HSA de Paris

1.5.3.1 En matière d'infrastructures

De manière générale, l'association Gaïa estime insuffisantes les infrastructures de la HSA parisienne pour répondre à l'ensemble de la problématique des consommations injectables dans l'espace public. Une seule HSA pour une région de 12 millions d'habitants participe aux difficultés de gestion d'un flux devenu trop important pour le quartier, l'équipe et le lieu. Par ailleurs, l'association cherche des solutions pour répondre à trois défis :

- l'absence d'espaces d'inhalation dans l'agglomération parisienne alors que 80 % usagers seraient poly-consommateurs, selon Gaïa ;
- la fréquentation de l'espace de repos par des usagers venant en dehors de toute consommation notamment le matin¹⁸³ (ce constat soulignant le manque d'espaces d'accueil et de repos) ;
- le besoin d'un espace d'hygiène (douches et machines à laver) et la possibilité d'accéder à un couchage.

Selon les acteurs associatifs rencontrés, il conviendrait de préférer des structures de plus petite taille, réparties sur Paris et son agglomération plutôt qu'un seul site attirant à lui toutes les difficultés inhérentes à l'activité et aux usagers accueillis.

1.5.3.2 En matière de ressources humaines

Au-delà de l'adaptation du nombre d'ETP à celui des consommations (+20 % en 2023), le défi principal est celui de l'attractivité et de la pérennité des ressources. A ce jour, l'association Gaïa indique ne jamais avoir réussi à honorer 100 % des postes portant budgétés.

¹⁸³ En 2023, alors que la file active est restée plutôt stable, la HSA parisienne a connu une augmentation d'environ 20 % du nombre de consommations et un doublement de fréquentation de l'espace de repos.

1.5.3.3 En matière d'activité

L'association indique à la mission vouloir :

- poursuivre et intensifier ses opérations « d'aller-vers » à l'égard de deux publics distincts, (1) les consommateurs de drogues non encore inclus dans la file active du fait d'une désocialisation top importante, (2) les résidents de proximité. A cet égard, Gaïa travaille à la mise en place d'un collectif d'échanges entre les usagers du service et les habitants du quartier ;
- élargir les plages d'ouverture en faveur d'une fermeture plus tardive afin de limiter les consommations nocturnes de rue et les nuisances publiques qui y sont associées ;
- réfléchir à l'opportunité (et la faisabilité) d'ouvrir la HSA 24h/24 afin de garantir un l'accueil et une mise au repos inconditionnels des usagers. Dans cet esprit, les équipes de la HSA parisienne souhaitent renforcer leurs interactions avec les structures de lits halte soins santé (LHSS) et les structures de sevrage ;
- obtenir des places en structures de type LHSS et réduire le délai pour accéder à des lits de sevrage et l'entrée ou le retour dans les soins psychiatriques en centres médico-psychologiques ou lors d'hospitalisation ;
- poursuivre les projets de recherche scientifique auxquelles la salle parisienne est associée, parmi lesquels,
 - projet SEMID-EU (Services for Vulnerable Migrants who Use Drugs in the EU) ;
 - projet de base de données en éducation et promotion de la santé conduit par l'institut pour la recherche en santé publique (IRESP) ;
 - étude relative à l'expérimentation des HSA, conduite par les Hospices Civils de Lyon.

2 La HSA de Strasbourg

2.1 Une expérimentation qui a bénéficié d'une conjonction d'éléments favorables

2.1.1 Un projet consensuel au niveau local

La salle de consommation à moindre risque de Strasbourg, baptisée Argos, a vu le jour en novembre 2016. Sa création a bénéficié de la conjonction de plusieurs éléments favorables :

- L'exemple des salles allemandes et suisses visitées par une délégation municipale ;
- un diagnostic partagé sur le besoin de prendre en charge les usagers les plus en difficulté et ce, en dépit de l'absence de scène ouverte de consommation à Strasbourg ;
- un consensus politique large parmi les élus ;
- des échanges étroits, dès 2011, entre la mairie, notamment l'adjoint à la Santé et l'association Ithaque, gestionnaire de la salle et engagée sur les questions de toxicomanie et

de réduction des risques depuis sa création en 1993. L'association a une solide expérience de la réduction des risques avec, entre autres, un engagement sur le programme d'échange des seringues et des relations suivies avec les usagers. Elle compte aujourd'hui 130 salariés et 40 bénévoles ;

- et, point essentiel, l'existence d'un lieu particulièrement opportun pour accueillir le projet.

2.1.2 Un suivi attentif des services de l'Etat

- l'Agence régionale de santé (ARS) accompagne le projet de manière positive, en veillant plus particulièrement aux questions de maîtrise des coûts de la salle et d'évaluation de l'expérimentation de l'hébergement ouvert depuis juin 2021.
- La procureure de la République et le directeur interdépartemental de la police nationale ont indiqué à la mission que la salle ne suscitait pas de difficultés particulières de leur point de vue.
- En revanche, la préfète de la région Grand-Est a fait valoir son opposition au dispositif en mettant en avant des arguments à la fois de cohérence des politiques publiques, la priorité étant aujourd'hui donnée à la fermeté sur la consommation de stupéfiants, de risque d'un effet d'attractivité de la salle parmi d'autres services d'accueil strasbourgeois, et, enfin, de coût de la salle par rapport aux besoins qui sont ceux des services hospitaliers.

2.1.3 Une implantation opportune

La HSA Argos se situe au 21, Quai Ménachem-Taffel, face au parc du Heyritz, au sein des hôpitaux universitaires de Strasbourg (HUS), dans un pavillon de chirurgie thoracique désaffecté. Cette implantation est un atout à plusieurs titres.

- Proche du centre-ville, la salle est pourtant isolée du milieu urbain, tout particulièrement des riverains (absence de voisinage ou d'infrastructure pouvant drainer un public sensible). Par ailleurs, le parc Heyritz situé de l'autre côté du quai n'est pas impacté par la présence des usagers. De plus, l'hôtel de police est situé à quelques centaines de mètres permettant une bonne observation de la physionomie et, le cas échéant, une intervention rapide.
- Isolée des riverains, le pavillon qui abrite la salle est également isolé du reste de l'hôpital universitaire, facteur important d'acceptabilité par le milieu hospitalier.
- Par ailleurs, le fait que la salle n'ait pas été implantée à proximité des lieux de consommation de rue, à défaut de scènes ouvertes à Strasbourg, n'a pas été un obstacle. Le positionnement central, dans un lieu identifié et bien desservi par les transports en commun, a facilité l'implantation.
- S'agissant des craintes que certains pouvaient avoir que les usagers hésitent à se rendre dans un hôpital, l'accès à la salle est discret et se fait indépendamment de celle de l'hôpital, par une petite porte qui longe les quais.

- Enfin, située dans une enceinte hospitalière, la HSA Argos est proche des services de soin, qu'il s'agisse des urgences, du service de psychiatrie de la consultation d'addictologie, de l'unité de sevrage ou du Csapa.

2.1.4 Un dimensionnement et des moyens adaptés



2.1.4.1 Dimensionnement

La salle est abritée dans un pavillon d'une surface totale de 325 m², comprenant l'accueil, les postes de consommation (12 postes, dont 4 d'inhalation), un espace de repos, un bureau médical, une salle de soins infirmiers dédiée ainsi qu'une partie réservée à l'administration. Le premier étage est occupé par les 10 chambres d'hébergement, spécificité de la HSA de Strasbourg.

Ithaque souhaiterait pouvoir utiliser la friche qui se situe devant le pavillon pour développer les activités proposées aux usagers (espace de repos, jardinage...). Des échanges sont en cours avec l'Eurométropole de Strasbourg et l'hôpital sur ce point.

Globalement, les locaux occupés par la HSA paraissent suffisants, y compris après le réaménagement rendu nécessaire par la création de l'espace d'hébergement. S'agissant des espaces de consommation, quatre postes d'inhalation peuvent s'avérer parfois un nombre limité au regard de la progression de ce mode d'administration de la cocaïne basée à Strasbourg. La saturation des postes nécessite parfois un travail de gestion des flux par l'équipe.

Une réflexion est toutefois toujours en cours au sein de l'équipe de direction concernant le bon dimensionnement de la salle par rapport à la situation strasbourgeoise. Elle s'appuie d'abord sur l'idée que les horaires de la salle, établis de 13h à 20h sur le modèle de Genève, sont sur un créneau plus étroit que la salle de Paris et qu'ouvrir un peu plus permettrait d'accueillir plus d'usagers. Qui plus est, les gestionnaires de la salle font observer que la création de la salle en 2016 a permis de découvrir et de faire venir un public d'usagers jusque-là « sous les radars » et qu'une augmentation de la capacité pourrait, le cas échéant, en attirer d'autres.

Pour autant, Ithaque ne formule pas de demande en ce sens, notamment en raison des coûts que cela pourrait représenter. L'idée d'un poste mobile en complément de la salle Argos est évoqué, mais le projet n'est pas formulé au-delà des échanges entre l'association porteuse et la ville. D'autant que le dispositif mobile d'échange de seringues d'Ithaque au Neuhoff a rencontré des difficultés : le bus amenait les usagers à se manifester ; cette mise en visibilité n'était souhaitée ni par eux-mêmes, ni par les revendeurs, ni par les riverains.

2.1.4.2 Budget et RH

Tableau 15 : Coûts de fonctionnement de la HSA Strasbourg

	2017	2019	2022	2023
dépenses afférentes à l'exploitation courante (frais de fonctionnement, achat de matériel, y compris médical)	135 999 €	161 109 €	156 240 €	119 978 €
dépenses afférentes au personnel (salaires et cotisations sociales)	797 350 €	831 725 €	916 287 €	914 362 €
dépenses afférentes à la structure (loyer, maintenances diverses).	73 003 €	105 167 €	87 796 €	107 004 €
Coût de fonctionnement total, en euros	1 006 352 €	1 098 001 €	1 160 323 €	1 141 344 €

Source : Ithaque

La salle Argos génère des coûts de fonctionnement en légère augmentation depuis sa création, essentiellement en raison de la progression des dépenses de personnels et de celles afférentes à l'immeuble (loyers, maintenances diverses).

S'agissant des ressources humaines, la progression est mesurée, de 14,5 équivalents temps plein (ETP) et 1,76 mis à disposition en 2017, à 15,37 ETP et 1,67 mis à disposition en 2023. Le gestionnaire indique toutefois que 2 ETP supplémentaires pourraient être nécessaires (1 ETP infirmier et 1 ETP travailleur social) eu égard à la progression de la file active et au besoin d'accompagnement des plus précaires.

L'association rencontre des difficultés pour recruter les deux postes de médecin généraliste et d'infirmier dédiés à l'espace d'hébergement, à la fois en raison de la tension du marché et des horaires de nuit et de week-end de ces postes.

Enfin, la salle bénéficie de vacations hebdomadaires d'un personnel psychiatre mis à disposition qui peut intervenir en cas de problème de décompensation et qui facilite le lien avec les structures extérieures et d'un personnel psychologue qui peut recevoir les usagers à la demande.

Tableau 16 : Ressources humaines de la HSA de Strasbourg en 2023 (ETP)

Personnels salariés		Vacataires / mises à disposition
2,0	Directeur, coordonnateur, chef de service	
0,5	Secrétariat et personnel administratif	
0,9	Personnel logistique (entretien)	
0,32	Médecin	
5,82	Infirmier	1
1	Personnel de sécurité	0,45
4,63	Educateur	
0,2	Psychologue	
	Psychiatre	0,16
15,37	Total	1,61

Source : Ithaque

2.1.5 Des partenariats solides

Au fil des années, la salle Argos a développé des liens étroits et confiants avec l'ensemble de ses partenaires : Eurométropole, ARS, services hospitaliers, services de police, parquet, riverains. Le comité de pilotage local se tient chaque année ce qui permet à chacun de connaître le bilan de la salle et de faire part de ses propres observations.

On mentionnera plus particulièrement les échanges quotidiens entre les équipes de la salle et celles des services de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital de Strasbourg, dont la cheffe est elle-même très engagée dans les travaux conduits par l'Inserm sur l'évaluation des salles de Paris et de Strasbourg. Ces relations vont de l'accompagnement facilité vers le Csapa de l'hôpital à des échanges concernant l'évolution des consommations et des pratiques.

La HSA a également développé des liens forts avec les deux autres Csapa de Strasbourg, dont celui géré par Ithaque avec lequel un circuit court de prise de rendez-vous a été mis en place au profit des usagers de la salle Argos.

Les liens sont également très bons avec le commissariat de police, dont un officier est plus particulièrement chargé du suivi de la HSA, ainsi qu'avec le parquet qui a donné les instructions concernant le périmètre d'immunité pénal dans l'environnement immédiat de la salle. Un protocole a été mis en place pour signaler toute difficulté dans l'application de ces instructions. Il n'est quasiment plus sollicité aujourd'hui.

Enfin, compte tenu de sa proximité avec les HUS, la HSA Argos entretient des liens directs avec les services de sécurité de l'hôpital ainsi qu'avec le centre des troubles du sommeil, pour être le plus réactif possible lorsque les situations le nécessitent.

2.2 File active et consommations

2.2.1 Une file active en progression et de plus en plus précarisée

2.2.1.1 Une file active en progression

Tableau 17 : File actives des usagers de la HSA de Strasbourg

	2017	2019	2023
File active (en nombre de personnes suivies)	410	662	824
Part des femmes dans la file active (%)	25,1 %	17 %	14,2 %
Nombre d'inclusion	257	298	285
Part des femmes dans les inclusions (%)	24,5 %	13 %	11,9 %
Nombre de consommations annuelles	6621	8816	8958
Nombre de passages annuels sans consommation	3843	10770	8883

Source : Ithaque

La file active de la HSA Argos, c'est-à-dire le nombre de personnes différentes ayant fréquenté la salle, à quelque titre que ce soit, pour consommer, simplement obtenir du matériel ou bénéficier d'une consultation, s'est élevé à 824 personnes en 2023. C'est un chiffre qui a doublé depuis la création de salle (410 en 2017 et 662 en 2022).

Confirmant cette évolution, le nombre de passages dans la HSA, tous motifs confondus, est passé de 10 464 en 2017 à 17 841 en 2023.

La salle comptabilise également le nombre des inclusions de nouveaux usagers se présentant dans les locaux chaque année. Ces chiffres sont stables (285 inclusions en 2023, contre 257 en 2017).

La part des femmes dans la file active est en baisse sensible sur la période 2017-2023. La période récente montre cependant qu'elles ont été plus nombreuses à venir en 2023 qu'en 2022 (14,2 % de la file active contre 11,5 % en 2022). Les femmes représentent ainsi 11,9 % des nouvelles inclusions en 2023 contre 8,5 % en 2022.

Tableau 18 : Âge moyen des usagers de la HSA de Strasbourg

	2017	2019	2023
Age moyen du consommateur	37 ans	38,4 ans	41,4 ans

Source : Ithaque

L'âge moyen du consommateur a progressé.

Tableau 19 : Part des usagers de la HSA de Strasbourg vivant hors agglomération

	2017	2019	2023
% d'utilisateur hors agglomération	32,8 %	34,1 %	20,4 %

Source : Ithaque

Les chiffres ci-dessus correspondent à la part des usagers qui mettent plus d'une demi-heure pour se rendre à la HSA, telle que la question est posée au moment de leur inclusion. Ils renvoient à la file active dans son ensemble pour toutes les personnes qui sont venues au moins une fois dans l'année.

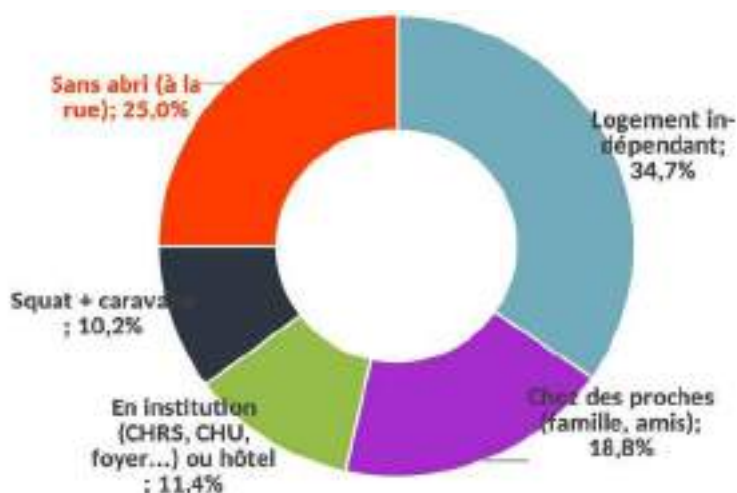
Cela démontre néanmoins que la majorité des personnes, et empiriquement celles qui la fréquentent le plus, vivent à moins d'une demi-heure de la HSA qui doit nécessairement être implantée à proximité des lieux de vie des personnes.

Par ailleurs, Ithaque a mesuré la durée dans le temps de fréquentation de la salle par ses usagers. Au total 2 080 personnes différentes ont fréquenté la HSA depuis sa création. Parmi elles :

- 56,5 € l'ont fréquenté pendant moins d'un an ;
- 21 % pendant une période de 1 à 3 ans ;
- 22,5 % pendant plus de 3 ans, soit un noyau dur de 471 usagers, sans que cela préjuge de la fréquence des visites ou des consommations.

2.2.1.2 Des profils de plus en plus précaires

Graphique 4 : Situation des usagers de la HSA de Strasbourg vis à vis du logement (2023)

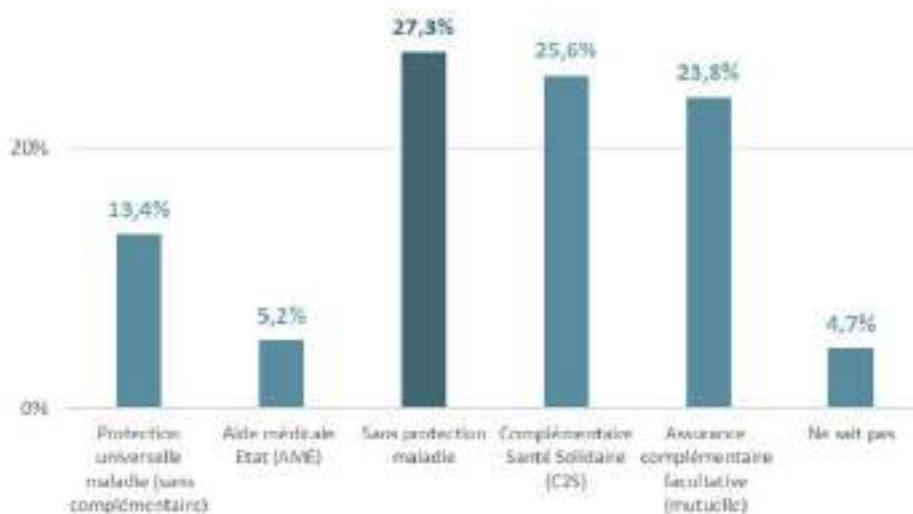


Source : Ithaque

Concernant les conditions de vie, 65,3 % des usagers déclarent un logement précaire, soit dans la rue (25 %), soit dans un squat (10,2 %), soit chez un proche (18,8 %) ou en institution ou hôtel (11,4 %). Cette donnée confirme la précarisation croissante des personnes déjà observée en 2022 (64,8 %), et en 2021 55,3 %, de la même manière que les années antérieures. La abri constitue un argument fort de l'intérêt de la salle.

Mécaniquement, de moins en moins de personnes déclarent vivre dans un logement indépendant (34,7 % contre 34,6 % en 2022 et 44,7 % en 2021). Pour ces usagers déclarant avoir un logement stable, c'est l'argument de la sécurisation des pratiques et du lien avec des professionnels de la réduction des risques et de santé qui est mis en avant.

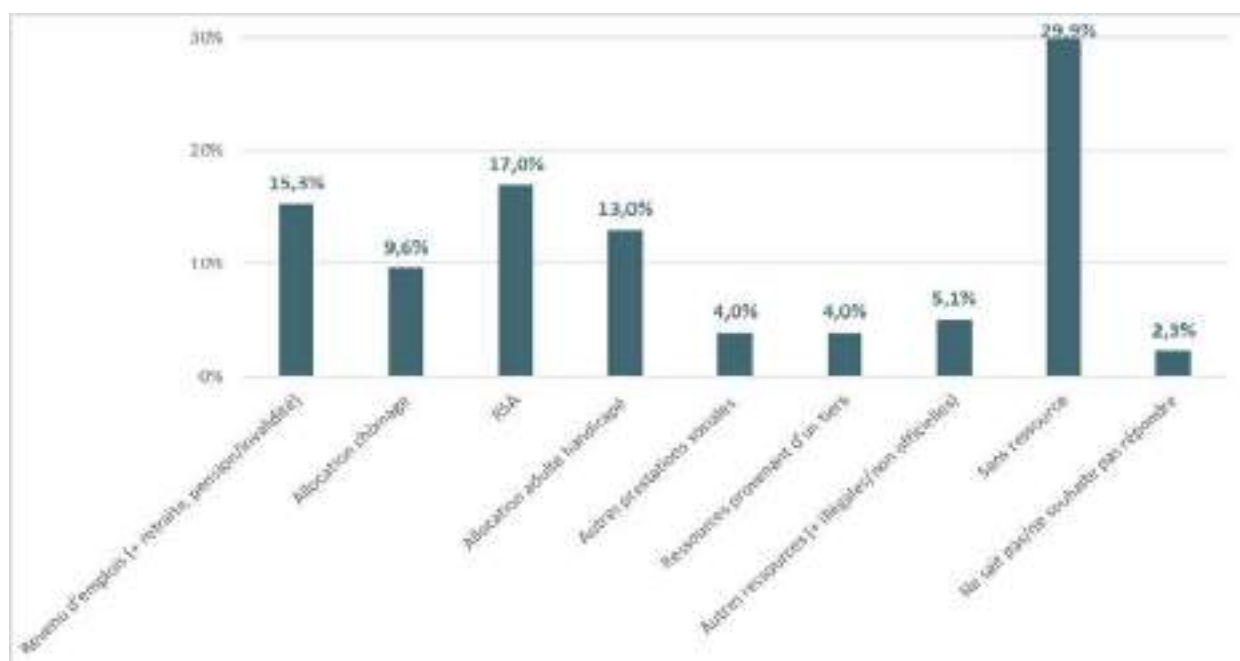
Graphique 5 : Situation des usagers de la HSA de Strasbourg vis-à-vis de la protection sociale (2023)



Source : Ithaque

Un peu plus de la moitié des personnes (54,7 % vs 54,8 % en 2022) déclarent bénéficier de droits à protection sociale complets, alors que 27,3 % (28,4 % en 2022) d’entre elles n’en ont pas du tout (16,9 % en 2021), ce qui indique une forme de stabilisation après une dégradation observée précédemment au plan de la protection sociale des usagers d’Argos au moment de leur inclusion.

Graphique 6 : Sources de revenus des usagers de la HSA de Strasbourg (2023)



Source : Ithaque

S’agissant des ressources, malgré une légère amélioration, là aussi, l’écart observé depuis 2022 par rapport à la période antérieure se confirme en 2023. Seuls 15,3 % des usagers d’Argos bénéficient de revenus d’emplois (12,2 % en 2022 et 24,7 % en 2021), alors que 33,9 %, d’entre eux bénéficient de minima sociaux (35,4 % en 2022 et 51,5 % en 2021) et que 29,9 % déclarent être sans aucune ressource (33,5 % en 2022 et 16 % en 2021). Les sources de revenus peuvent se combiner entre elles.

Selon les gestionnaires de la salle, les écarts significatifs observés depuis 2022 témoignent d’une précarisation toujours plus importante des usagers, comme le montre également la question de l’accès aux droits présentée plus haut.

Ceci s’explique en partie par l’inclusion croissante de nouveaux usagers connaissant des parcours migratoires et parfois récemment arrivées sur le territoire national.

Si Ithaque indique que les usagers de la salle sont majoritairement de nationalité françaises, une progression sensible de personnes migrantes, statutaires ou déboutées, est observée depuis les quatre dernières années, dont de nombreux ressortissants Géorgiens non francophones pour lesquels le recours à un interprète est nécessaire (entretien d’inclusion, accompagnement dans les démarches d’obtention des droits, consultations médicales...) ce qui est assez lourd à gérer pour la HSA.

Les deux autres dominantes dans le profil des usagers sont, d’une part, des parcours de vie très chaotiques avec beaucoup de profil issus de l’ASE et, d’autre part, des pathologies psychiatriques de plus en plus fortes que les limites capacitaires de l’offre hospitalière reportent dans la rue. Cf. annexe 4 sur les profils des usagers des HSA.

2.2.2 Les consommations

Graphique 7 : Produits et modes de consommations observés à la HSA de Strasbourg en 2023



Source : Ithaque

2.2.2.1 Les consommations progressent proportionnellement moins fortement que la file active

La part de la file active qui s'est rendue en 2023 à la HSA pour consommer, représente 74.9 % de la file active totale, soit 617 usagers (574 en 2022). 235 personnes (259 en 2022) s'y sont présentées pour la première fois.

Au total 8 958 sessions de consommation ont été comptabilisées en 2023¹⁸⁴, contre 6 621 sessions en 2017. Sur la période 2017-2023, la progression des consommations (+35,3 %) est donc proportionnellement moins forte que l'augmentation de la file active (+101 %). Récemment, le nombre de sessions de consommation a même légèrement baissé puisqu'il était de 9 987 en 2022.

2.2.2.2 Une progression significative de l'inhalation de cocaïne

Au bilan de l'année 2023, l'injection reste la pratique majoritaire des usagers en espace de consommation (72,8 % des sessions), bien que sa part relative dans les consommations baisse depuis trois ans (76,4 % en 2022 et 84 % en 2020) au profit de l'inhalation qui poursuit parallèlement sa progression (24,6 % contre 18,7 % en 2022 et 12 % en 2020).

L'inhalation concerne la cocaïne basée (46,6 % des sessions de consommation de ce produit) et l'héroïne (37,6 % des sessions de consommation d'héroïne), même si, pour chacun de ces deux produits l'injection demeure le mode de consommation majoritaire.

Désormais, un usager sur quatre a recours à l'inhalation dans la salle ce qui pose la question de l'adaptation de la réduction des risques, historiquement liée aux risques de l'injection (VIH, VHC, abcès), à ce mode de consommation. Cf. *annexe 1 sur la politique publique de réduction des risques et des dommages*.

2.2.2.3 Une augmentation préoccupante des injections de fentanyl

Les trois premiers produits consommés dans la salle sont, la cocaïne (45,4 % des sessions), le fentanyl (29,5 % des sessions) et l'héroïne (11 % des sessions).

L'importance de la consommation de cocaïne dans la salle n'est pas surprenante, elle s'inscrit dans une tendance nationale de forte progression de cette substance et de son inhalation sous forme de cocaïne basée. Les opioïdes sont quant à eux la famille de molécules la plus représentée avec 54,2 % des consommations en salle en 2023 (59,6 % en 2022). Après une inversion progressive du recours à la cocaïne au profit des opioïdes, dans un contexte d'apparition du fentanyl en 2021, cette tendance a marqué le pas en 2023 à travers un rebond significatif de l'utilisation de cocaïne (39 % en 2022), alors que les opioïdes connaissent une baisse liée à un usage toujours plus faible de buprénorphine (11,6 % en 2022) et de sulfates de morphine (Skénan®) (11,4 % en 2022).

S'agissant du fentanyl, opioïde de synthèse responsable de dizaines de milliers de surdoses mortelles aux Etats-Unis, mais dont la pénétration sur le territoire national n'avait, jusque-là, été signalée que de manière très limitée. La situation strasbourgeoise est donc très singulière. Selon les interlocuteurs de la mission, le Fentanyl consommé dans la salle provient du Durogesic®, un

¹⁸⁴ Certains usagers de la HSA pouvant consommer plusieurs produits lors d'une session, le nombre de sessions de consommation est inférieur à l'addition des produits consommés figurant dans le tableau ci-dessous.

antalgique très puissant. Pour éviter le risque de mésusage, le Durogesic® est délivré sous forme de patchs à diffusion lente (72h). Malgré cela, certains usagers ont réussi à extraire le fentanyl des patchs pour se l'injecter.

Cette progression pourrait n'être que conjoncturelle car lié à des prescriptions locales incontrôlées de Durogesic® sur lesquelles des investigations sont en cours, médicales aussi bien que judiciaires. Les gestionnaires de la salle observent d'ailleurs une inflexion du fentanyl à partir du second semestre 2023, possiblement corrélée à une moindre disponibilité de la molécule consécutive aux modalités de prescription et de délivrance.

2.3 Les résultats au regard des objectifs de l'arrêté du 26 janvier 2022

Les principaux objectifs de l'arrêté du 26 janvier 2022 portant cahier des charges des HSA (cf. annexe 7) seront évoqués ici. Un développement à part sera consacré à l'objectif de faciliter l'accès des usagers à un hébergement compte tenu de l'expérimentation en cours à la HSA Argos en ce domaine.

2.3.1 Les résultats en termes de réduction des risques

2.3.1.1 La délivrance de matériel

Une augmentation significative du matériel délivré est constatée. Cette hausse, amorcée en 2021, est corrélée à l'augmentation de la file active. Elle concerne aussi bien les injections (196 698 seringues délivrées en 2023 contre 187 190 en 2022) que les pipes pour inhalation dont les délivrances progressent d'année en année (9 307 pipes en 2023 contre 6 232 en 2022). Le recours de plus en plus fréquent à ces dernières confirme la diffusion de la consommation de cocaïne basée par inhalation.

Les gestionnaires de la salle mettent en avant le fait que cette progression des distributions de pipes d'inhalation est aussi le résultat du travail de réduction des risques mené auprès des usagers de plus en plus enclins à utiliser du matériel adapté, parfois adoptée comme une alternative à l'injection.

Selon les déclarations des usagers, ces distributions portent leurs fruits, ceux qui ont répondu au questionnaire déclaraient avoir, dans les trente derniers jours, réutilisé leur propre matériel pour 36 % d'entre eux contre 40 % en 2022, dont leur seringue pour 21,8 % d'entre eux (31,5 % en 2022).

2.3.1.2 La prévention des surdoses

Depuis novembre 2016, la HSA a pris en charge 48 surdoses en espace de consommation. Sept d'entre elles ont eu lieu en 2023, ainsi que deux problèmes médicaux hors surdoses. À une reprise, cela a conduit à une hospitalisation.

Le fentanyl est notamment mis en cause une seule fois, tandis que la cocaïne est impliquée à six reprises, parfois dans des situations de poly-usage et d'interactions entre produits.

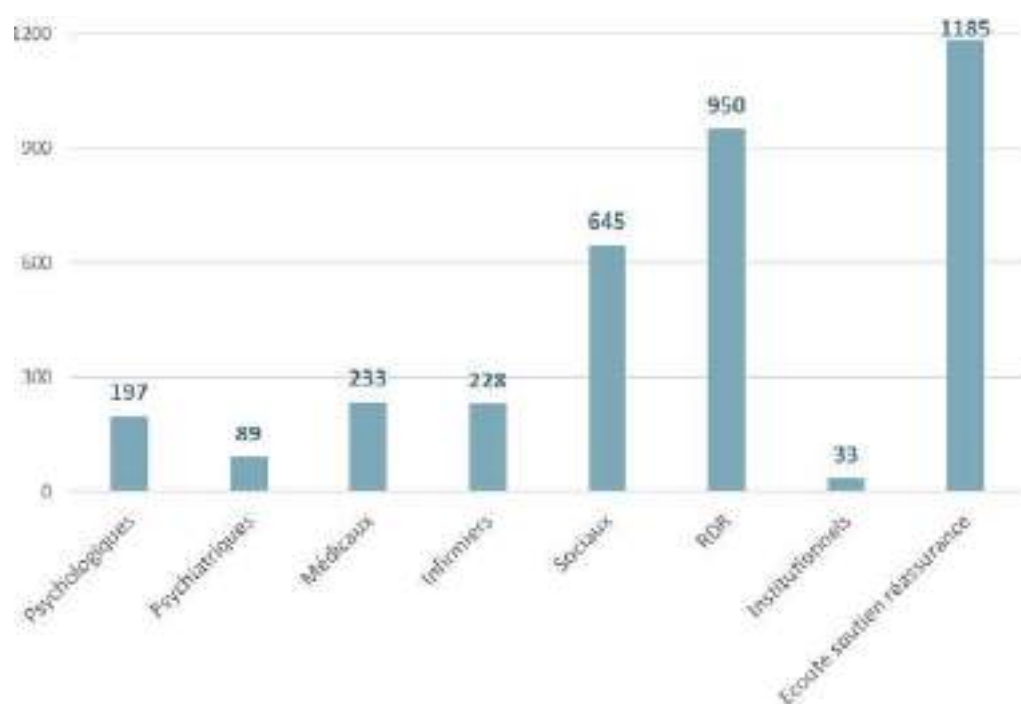
Les kits de naloxone, sous leur forme de pulvérisation nasale, ou par voie intramusculaire, sont de plus en plus délivrés et demandés des usagers (462 kits en 2023 contre 384 kits en 2022 et 221 en 2021).

Là aussi, le déclaratif usager montre des progrès sensibles puisque 21,8 % déclarent avoir fait une surdose dans les douze derniers mois contre 27,9 % en 2022. Pour 5,3 % des répondants, celle-ci a donné lieu à une prise en charge médicale (9 % en 2022).

2.3.2 Les résultats en termes d'accompagnement sanitaire et social

2.3.2.1 Les entretiens et les suites données

Graphique 8 : Actes d'accompagnement sanitaire et social réalisés à la HSA de Strasbourg en 2023



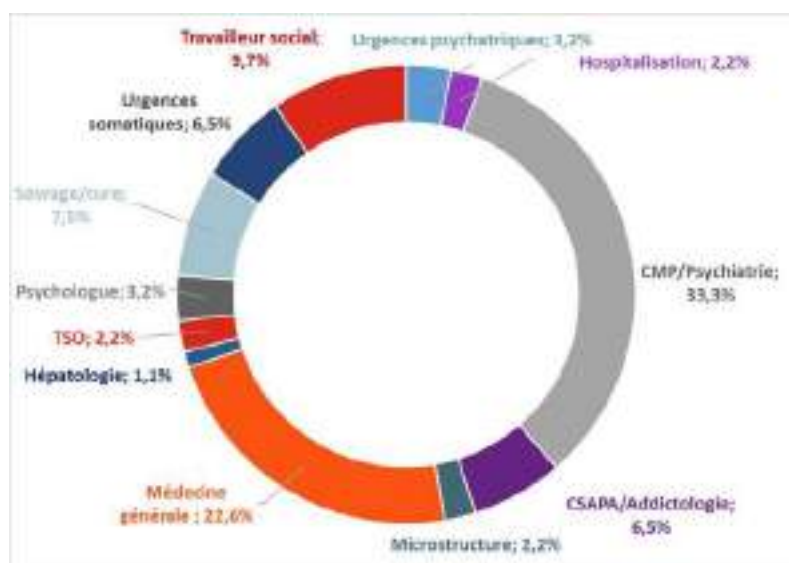
Source : *Ithaque*

Les permanences d'accès aux soins, tenues par médecins, psychiatres et psychologue, toujours plus sollicitées d'année en année depuis l'ouverture du dispositif, connaissent une certaine stabilité en 2023.

Les entretiens sociaux, quant à eux, poursuivent la hausse significative observée depuis deux ans (262 en 2022, 124 en 2021). L'augmentation globale du nombre d'entretiens suit celle de la file active.

Ces différents professionnels, au-delà de leurs champs d'interventions respectifs, et à partir de leurs regards singuliers et croisés, sont amenés à réaliser des entretiens de réduction des risques et de réassurance toujours plus nombreux.

Graphique 9 : Structures d'orientation des usagers de la HSA de Strasbourg (2023)



Source : Ithaque

La médecine générale et la psychiatrie sont les principaux partenaires vers lesquels sont orientées les usagers de la HSA.

La mission a pu constater que les acteurs travaillent très bien ensemble sur des projets communs. Les quatre Csapa sont très sollicités, d'où un travail quotidien pour optimiser les files actives.

Dans ce cadre, la HSA Argos interagit de manière très proche avec le service d'addictologie situé dans le service de psychiatre de l'hôpital.

Ce service est monté en puissance au cours des dernières années : jusqu'en 2016, il y avait un Csapa à l'hôpital de Strasbourg. A partir de cette date et en lien avec l'expérimentation de la HSA, la consultation d'addictologie a été créée. En 2018, elle a bénéficié de quatre lits, puis de 10 lits à compter de décembre 2023.

Désormais, le projet est d'ouvrir un hôpital de jour en combinant les différentes approches, particulièrement psychiatriques et somatiques, y compris avec une sage-femme qui aujourd'hui passe en service d'addictologie pour transmettre des informations claires sur le sevrage.

2.3.2.2 Le travail de rue

Le cahier des charges des HSA prévoit que des professionnels se déploient en rue. L'objectif consiste à aller à la rencontre des personnes afin de répondre à leurs besoins en lien avec les missions de l'association. Le travail de rue à Ithaque est réalisé par trois professionnels qui mêlent regards infirmier et éducatif vont à la rencontre des personnes deux fois par semaine. Les rencontres se font essentiellement au centre-ville et dans le quartier gare, principaux lieux de socialisation et de mendicité des personnes.

Les chiffres pour l'année 2023 :

- 1091 rencontres avec des usagers ;
- 4 réunions entre partenaires ;

- 5 pharmacies visitées afin de présenter les missions d'Ithaque et du travail de rue ;
- 2 sorties en squat ;
- 5 visites de structures partenaires.

2.3.3 La veille en matière de mode de consommation et d'analyse des produits

Par rapport à un Caarud, la HSA Argos présente l'avantage d'être un observatoire des consommations et des pratiques des usagers ce qui, entre autres, a permis de confirmer l'importance de la cocaïne, notamment inhalée, ainsi que l'apparition du Fentanyl par mésusage du Durogésic®.

Au-delà des échanges avec les usagers de la salle, l'association Ithaque, dans le cadre de sa mission de réduction des risques, participe à deux dispositifs d'analyse de drogues : le dispositif de veille sanitaire SINTES piloté par l'OFDT, ainsi que les techniques de la chromatographie sur couche mince (CCM) et de la chromatographie liquide à haute performance (HPLC) au sein du réseau national « Analyse ton prod' » piloté par la Fédération Addictions.

Ces deux dispositifs sont complémentaires. Le premier, dispositif de veille sanitaire, permet une analyse quantitative, mais avec des délais de réponse longs et une collecte limitée aux produits nouveaux et rares ou ayant généré des effets inattendus chez la personne en ayant fait usage. Le second, dispositif de réduction des risques, prévoit des motifs de collecte plus larges et permet possiblement aux usagers d'y recourir avant consommation.

2.3.3.1 SINTES

Ithaque participe et coordonne en Alsace le dispositif SINTES qui, au niveau national, permet le recueil et l'analyse de produits par des professionnels et des laboratoires habilités. Dans ce cadre, 14 analyses ont été effectuées. La majorité des analyses demandées concernait des échantillons de cocaïne. Les résultats confirment la présence observée depuis plusieurs années de poudres très fortement dosées pouvant aller ici jusqu'à 95 % de principe actif, avec un minimum de 63 % pour l'échantillon présentant la plus faible teneur. Deux échantillons d'héroïne présentaient également des taux de pureté élevés de 70 % et 43 %.

2.3.3.2 Réseau « Analyse ton prod' »

Depuis 2021, Ithaque est également partenaire du réseau national d'analyse de produits « Analyse ton prod' » piloté par la Fédération Addictions à la suite de Médecins du Monde.

D'abord envoyés au laboratoire des Caarud Sida Paroles et Oppelia Charonne en Ile-de-France, les échantillons sont désormais acheminés vers le Cchecklabs porté en région Grand Est par le centre « les Wads du CMSEA ». Ces partenariats ont permis d'effectuer 14 analyses supplémentaires, là encore essentiellement pour de la cocaïne, dont un nouveau produit présenté comme « cocaïne rose » contenant de la MDMA à 25 % et de la kétamine à 43 %. Trois autres échantillons ont montré une discordance entre le produit présumé et le contenu effectif : de la 4CMC pour de la MDMA, du paracétamol pour de la cocaïne et du CBD pour de la kétamine.

Ces écarts peuvent entraîner des dommages majeurs et montrent l'importance de l'accès à l'analyse de drogues pour les usagers qui sont en demande d'informations sur les produits qu'ils consomment, a fortiori dans un espace de consommation supervisé, dans un contexte de transformation du marché des drogues où se mêlent produits fortement dosés et multiplication des nouvelles molécules de synthèse.

2.3.4 Les résultats en termes de réduction des atteintes à la tranquillité publique

Pour mesurer l'évolution des atteintes à la tranquillité public, l'Inserm s'est appuyé à Paris sur une étude concernant les déchets de consommation de drogue sur la voie publique, notamment la présence de seringues dans le secteur de la HSA avant et après sa création.

Cette étude n'a pas été réalisé pour Strasbourg en l'absence de scène ouverte comparable à Paris et de comptabilité préexistante des déchets de consommation sur la voie publique. La mission n'a, de fait, pas recueilli d'observations, dans un sens ou dans l'autre, de la part de ses interlocuteurs sur ce point.

Par ailleurs, alors qu'à Paris plusieurs associations et collectifs se sont créés autour de l'expérimentation de la salle Ambroise Paré, suscitant entre eux des clivages importants, notamment sur les sujets de tranquillité publique, aucune mobilisation autour de cette thématique n'a été observée à Strasbourg. Ainsi, les services de la police nationale ont indiqué à la mission n'avoir jamais été destinataires de courriers de particuliers ou d'élus dénonçant des atteintes à la tranquillité ou ordre public.

Dans ce contexte, pour évaluer l'impact de la HSA Argos sur la tranquillité publique, la mission a rencontré les représentants du parquet de Strasbourg et de la police nationale.

2.3.4.1 Le parquet de Strasbourg

En prévision du projet d'expérimentation de la salle, un protocole tranquillité et sécurité publique de la salle a été établi le 12 décembre 2016 entre les différents partenaires (préfecture, police nationale, mairie, association gestionnaire, hôpital), sous l'égide du procureur de la République de Strasbourg.

Ce protocole confirmait la création d'un groupe local de traitement de la délinquance (GLTD) initié en mars 2016 dans le contexte de la préparation de l'expérimentation. Cette instance a très rapidement cessé de se réunir, en l'absence de sujet à traiter et a fini par disparaître.

Par ailleurs, conformément aux instructions de la direction des affaires criminelles et des grâces du ministère de la Justice, le parquet de Strasbourg a diffusé le 4 octobre 2016 ses instructions concernant le périmètre d'immunité et les quantités et catégories de produits stupéfiants dont la détention est tolérée.

Le périmètre délimité est :

- la rue Humann depuis son croisement avec la rue des frères Mathis
- les Quais Louis Pasteur et Menachem Taffel
- la rue de la Porte de l'Hôpital depuis la place R. Weitz

La tolérance quant à la détention des produits stupéfiants porte sur :

- 2 grammes d'héroïne ou de cocaïne
- 7 comprimés de Skénan® ou de Subutex® accompagnés d'une ordonnance
- 5 flacons de gélules de méthadone sans ordonnance

La mission a rencontré la procureure de la République de Strasbourg qui a pris ses fonctions fin août 2017. Elle a indiqué que le dossier était suivi dans ses services par un magistrat référent et que la salle ne suscitait aucun sujet en matière de tranquillité ou de sécurité publique. Plus globalement, elle estime qu'elle apporte une réponse bien adaptée, notamment en raison de son emplacement et qu'elle constitue un observatoire intéressant en permettant d'anticiper sur de nouvelles pratiques des usagers (fentanyl).

2.3.4.2 La police nationale

La direction interdépartementale de la police nationale du Bas-Rhin (DIPN 67) est un interlocuteur régulier de la HSA. Un officier de police en est le correspondant désigné.

Témoignant de bonnes relations dès le début de l'expérimentation, la DIPN avait réalisé en septembre 2016 une étude de sûreté sur les locaux prévus pour la future salle. Des prescriptions et des conseils avaient été formulés à destination du gestionnaire de la salle.

Une crainte portait sur la proximité avec le parc public du Heyritz qui ne devait pas se transformer en zone de deal. Des patrouilles régulières ont été mises en place pendant les premières années de l'expérimentation conformément au protocole tranquillité et sécurité publiques du 12 décembre 2016. Aucune nuisance liée à l'implantation du HSA n'a été signalée. Aucun courrier d'élus ou riverains n'est parvenu au service sur les nuisances occasionnées par cette structure.

Sur la période plus récente, la consultation des interventions police-secours met en évidence un environnement considéré comme serein.

Par ailleurs, la consultation de la main courante informatisée n'a pas permis de mettre en évidence de faits de voie publique directement ou indirectement liés à la fréquentation de la salle Argos.

La mission a également interrogé la DIPN 67 sur les évolutions de la délinquance dans les domaines des stupéfiants et des infractions liées aux stupéfiants, en comparant ces évolutions entre deux zones géographiques, le secteur de la petite France-Sud qui englobe dans son périmètre la HSA et la ville de Strasbourg.

Comme le montrent les tableaux ci-dessous, une augmentation des indicateurs atteintes aux biens (AAB), atteintes volontaires aux personnes (AVIP) et infractions aux stupéfiants avait été constatée entre 2016 et 2017 sur le périmètre "petite France Sud" qui englobe la salle. Cependant, cette hausse avait été également observée sur la commune de Strasbourg selon les mêmes proportions.

Depuis 2017, les infractions liées aux stupéfiants sont en très fort recul sur le secteur de la HSA (un seul fait en 2023 et en 2022). La police judiciaire (anciennement sûreté départementale) n'a jamais eu à traiter une procédure de stupéfiants au sein de la salle Argos.

S’agissant des faits de délinquance potentiellement liés aux stupéfiants, l’évolution 2016-2023 ne met pas en évidence d’impact particulier de la HSA sur les phénomènes de délinquance.

Comme le montre le tableau 1, le nombre d’infractions relevées sur le secteur de la HSA (Petite France Sud) concernant les deux agrégats infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) et infractions liées aux ILS, est extrêmement limité par rapport au nombre total des infractions des mêmes agrégats recensées sur la ville de Strasbourg (tableau 2).

En termes de progression des infractions, les données recensées ne mettent pas en évidence d’impact de la création de la salle dans un sens ou dans l’autre. Si, sur les deux ressorts, le nombre d’ILS a progressé depuis 2016, c’est par l’effet de la création des amendes forfaitaires délictuelles pour possession de produits stupéfiants.

S’agissant des infractions en lien avec les ILS, un responsable de service a signalé une recrudescence des cas de vols à la roulotte sur les parkings ainsi que d’autres formes de vols dont il se pose la question de savoir s’ils pourraient être liés à la fréquentation de la salle. La procureure de la République a indiqué à la mission qu’elle ne faisait quant à elle aucun lien avec la salle considérant que les parkings publics des hôpitaux sont des lieux qui suscitent ce genre de prédation et que la ville de Strasbourg a connu globalement la même progression de ce type d’infraction.

Ces éléments, ajoutés au fait que les riverains signalent pas de nuisances particulières dans le secteur et que les services de police locaux ne constatent pas plus d’atteintes à la tranquillité publique à l’occasion de leur patrouille, font dire au directeur de la police nationale de Strasbourg que la salle n’a eu aucun effet d’attractivité sur les consommateurs, qu’elle n’a généré aucune activité de « deal » ni aucune nuisance dans son environnement et qu’au total, ce n’est pas un sujet pour lui.

Tableau 20 : Infractions constatées dans le secteur de la HSA de Strasbourg

	Evolution des ILS et des infractions en lien avec ILS secteur HSA							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
ILS (hors AFD)	8	13	10	4	8	6	1	1
ILS (AFD)						4	5	16
Total ILS	8	13	10	4	8	10	6	17
vol avec violences	3	6	1	3	2	4	2	5
vols de particuliers lieux publics	85	98	94	42	54	37	69	77
vols à l’étalage	1	0	0	0	0	0	0	0
vol à la tire	2	3	6	7	1	1	2	2
vol à la roulotte	32	32	37	29	41	25	23	32
dégrad, de biens	19	12	17	16	50	13	30	26
cambrjolages	10	18	11	15	4	15	11	3
violences physiques crapuleuses	4	6	1	3	2	4	3	5
Total infractions en lien avec ILS	156	175	167	115	154	99	140	150

	Evolution des ILS et des infractions en lien ILS - commune de Strasbourg								2016-2023
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
ILS (hors AFD)	1291	1353	1092	1106	806	1077	1210	1282	-0,70%
ILS (AFD)						284	481	609	
Total ILS	1291	1353	1092	1106	806	1361	1691	1891	46,48%
vol avec violences	400	431	478	390	341	339	443	306	-23,50%
vols de particuliers lieux publics	2811	3439	3526	3003	2237	2712	3979	3994	42,10%
vols à l'étalage	557	628	630	793	554	490	476	368	-33,90%
vol à la tire	618	514	445	693	440	353	359	308	-50,20%
vol à la roulotte	960	1354	1284	1222	1760	1468	1460	1525	58,90%
dégrad, de biens	1683	1855	1894	1912	2025	2132	1853	1992	18,40%
cambriolages	1057	1224	1135	965	1019	978	1128	1292	22,20%
violences physiques crapuleuses	431	448	497	409	360	360	457	328	-23,90%
Total infractions en lien ILS	8517	9893	9889	9387	8736	8832	10155	10113	18,70%

Source : mission, avec données DIPN 67

2.4 Une expérimentation supplémentaire de vingt lits d'hébergement depuis juin 2021

Sur une initiative d'Ithaque, la HSA de Strasbourg expérimente depuis juin 2021, sur le fondement de l'article 51 de la LFSS pour 2018, un « dispositif de soin avec hébergement » : vingt places d'hébergement temporaire en chambre simple ou double sont proposées aux usagers de la HSA ayant des problématiques de santé et en situation de précarité avec le logement. Les usagers hébergés bénéficient d'un accès 24h/24 à l'espace de consommation de la HSA mais aussi d'un accompagnement dans les soins, de la réalisation de soins *in situ*, d'un accompagnement dans la vie quotidienne en collectivité et d'un accompagnement vers un logement décent.

L'objectif du dispositif est double : d'une part, délivrer des soins (somatiques et en santé mentale) sur place, pour répondre à des besoins médicaux précis, dispensables par l'équipe ; et d'autre part, accompagner vers des soins dans des services spécialisés. Argos insiste sur le rôle de trait d'union entre des usagers et le monde hospitalier.

L'expérimentation devait prendre fin en juin 2024. L'ARS Grand-Est a demandé une prolongation pour finaliser l'évaluation et la compléter en matière de bénéfices apportés. Il a donc été décidé que l'expérimentation se prolongerait jusqu'au 31 décembre 2024.

Comme prévu par les textes, le dispositif doit faire l'objet d'une évaluation externe. Elle a été confiée à la société de conseil ACE Santé qui a rendu un rapport intermédiaire le 15 mai 2023. Plusieurs points positifs sont relevés, dont l'engagement du porteur de l'expérimentation, la qualité des relations partenariales et l'adéquation entre les profils des usagers hébergés et les objectifs poursuivis par l'expérimentation. ACE Santé observe toutefois des difficultés liées à l'accès aux médecins et à un hébergement pérenne. Du point de vue de la réduction des risques, il était noté en mai 2023 que la liberté de consommer laissée aux hébergés dans les locaux pouvait conduire à une moindre supervision de la consommation, avec pour conséquence, parfois, des transgressions (consommation dans les chambres), voire des surdoses (41 surdoses observées entre 2021 et 2023). Enfin, en termes de bilan coût/efficacité, ACE Santé indiquait ne pas disposer encore d'éléments suffisants pour le formuler.

De son côté, le pôle recherche d'Ithaque a mis à profit l'année 2023 pour conduire une enquête sur la qualité d'accompagnement, notamment auprès des usagers (13 d'entre eux ont répondu au questionnaire sur 19 présents). Cette évaluation « interne » est présentée dans le bilan d'activité 2023 de la salle et à vocation à compléter le rapport d'évaluation d'ACE Santé.

2.4.1 Une montée en puissance progressive

Les dix premières places ont été ouvertes en août 2021. Les dix autres l'ont été à partir de février 2022. Le dispositif est aujourd'hui à sa pleine capacité de vingt places d'hébergement.

Au total, le dispositif a bénéficié à 51 personnes depuis sa création.

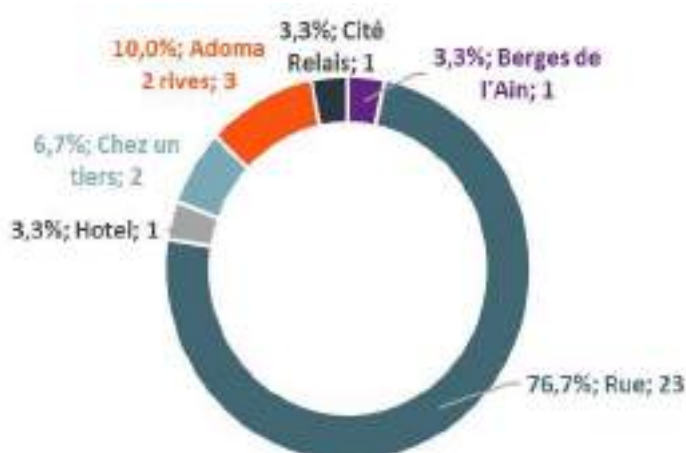
En 2023, 31 personnes ont été hébergées, dont 17 admissions pendant l'année.

Les motifs d'inclusion doivent être liés à un problème de santé nécessitant de débiter un traitement ou une exploration médicale. Le processus d'admission est bien normé : dépôt d'une demande par l'utilisateur ; entretien médical avec un généraliste ; entretien social ; examen en réunion pluridisciplinaire pour admission.

Au titre des différents motifs médicaux d'admission, on notera que pour 6 personnes accueillies en 2023, les soins étaient liés à l'hépatite C et au VIH. Des sujets médicaux qui démontrent encore la prévalence de ces pathologies chez un public consommateur de drogue et la nécessité d'une prise en charge complète. Plusieurs motifs d'admission concernent également des conséquences de mode de consommation à risque, notamment l'injection.

Concernant la situation des hébergés au regard du logement, le schéma ci-dessous confirme que les deux tiers des hébergés étaient jusque-là à la rue.

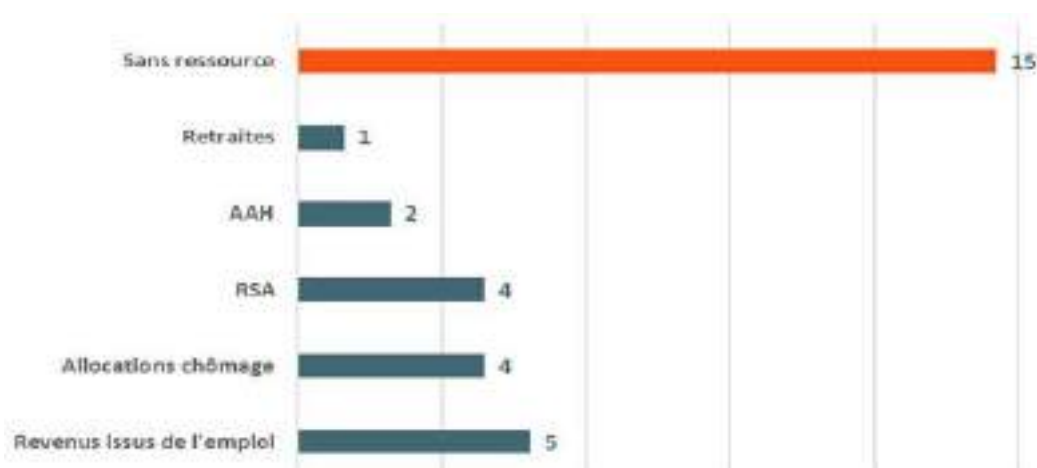
Graphique 10 : Situation préalable des personnes hébergées à la HSA de Strasbourg (2023)



Source : Ithaque

Par ailleurs, en 2023, il y a plus d'hébergés sans ressources qu'en 2022, (7 en 2022, contre 15 en 2023). Des situations administratives plus délicates et plus complexes, avec un accès difficile à certains droits. Le travail de l'équipe est également d'accompagner à l'ouverture des droits des personnes. Il y a parallèlement, neuf personnes cette année avec des revenus d'emploi ou de chômage, contre six l'année dernière.

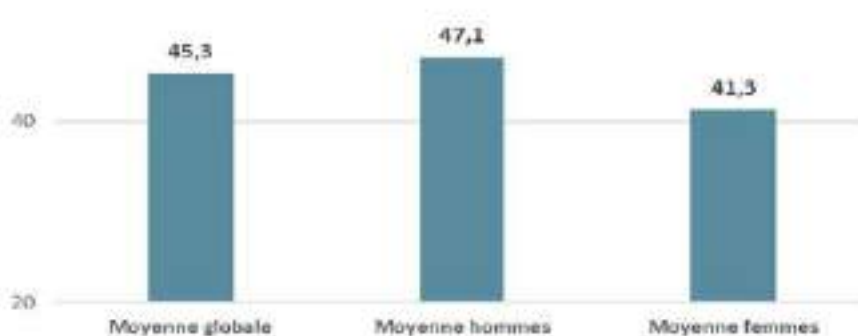
Graphique 11 : Ressources des personnes hébergées à la HSA de Strasbourg (2023)



Source : Ithaque

L'hébergement permet de toucher deux fois plus de femmes que la HSA : 22 hommes et 9 femmes (29 %, contre 22 % en 2022) ont été hébergés depuis 2021. La situation des femmes en situation de précarité et de consommation est particulièrement dégradée, en raison de la faiblesse de leurs appuis extérieurs et des violences auxquelles elles sont exposées.

Graphique 12 : Moyenne d'âge des personnes hébergées à la HSA de Strasbourg (2023)



Source : Ithaque

S'agissant de la moyenne d'âge, elle est sensiblement plus élevée parmi les hébergés que parmi les usagers de la salle.

2.4.2 L'extension de l'accès à l'espace de consommation

Pour les usagers hébergés, l'espace de consommation est ouvert 24 heures sur 24.

En 2023, le bilan de cet accès étendu à la consommation représente 2 248 passages en espace de consommation, dont 1 030 fois sur les temps qui leur sont spécifiquement dédiés entre 19h30 et 12h30, et 1218 pendant les heures d'ouverture de la HSA.

73,3 % de ces sessions ont concerné une injection (dont 41,1 % Fentanyl, 32,4 % cocaïne et 18,8 % héroïne). Les opiacés ont concerné 62 % des consommations, la cocaïne sous ses deux formes, 38 %.

2.4.3 Une durée moyenne d'hébergement longue

La durée moyenne d'hébergement 8,5 mois. Le projet prévoyait un temps d'hébergement plus court et avait sous-estimé le besoin.

En 2023, il y a eu 13 sorties d'hébergement ; dix personnes ont quitté l'hébergement suite à la fin de leur contrat arrivé à son terme (problème d'hébergement résolu), deux l'ont quitté de manière volontaire (retour dans le pays d'origine dans un cas et retour dans la rue dans l'autre) et une a été incarcérée. L'association estime que la notion de sortie positive est difficile à appréhender et que les places d'hébergement avec maintien de soins sont trop peu nombreuses.

Cela rejoint l'observation faite par ACE Santé sur les difficultés d'accès à un hébergement pérenne, constatées localement mais également au niveau national, difficulté qui peut expliquer la durée d'hébergement longue dans le dispositif porté par Ithaque.

Pour autant, l'association n'envisage pas d'augmenter le nombre de places d'hébergement, compte tenu du coût budgétaire et RH.

2.4.4 Un coût significatif en termes de budget et de RH

L'hébergement et cette extension de la possibilité de consommer représentent un coût important qui fait plus que doubler le budget de la salle. Il conviendra, là aussi, d'attendre le rapport définitif d'ACE Santé pour tirer les bilan coût/efficacité de ce dispositif.

Tableau 21 : Coûts de fonctionnement du dispositif expérimental d'hébergement de Strasbourg (2023)

	Extension ouverture espace consommation	Hébergement	Total expérimentation art 51	Total HSA + expérimentation art 51
Budget	847 799 €	883 905 €	1 731 704 €	2 873 048 €
Personnel	11 ETP	10 ETP	21 ETP	36,37 ETP

Source : Données Argos

2.4.5 Le bilan en termes d'accès aux soins et aux droits

Conformément à sa vocation, l'hébergement permet à l'utilisateur de bénéficier d'un meilleur accès aux soins. Ainsi, en 2023, ont été réalisés :

- 3 436 actes infirmiers
- 278 entretiens avec psychologue, psychiatres, médecins de l'association Ithaque
- 103 consultations extérieures (accompagnés ou seuls) :
- 142 consultations chez des spécialistes
- 41 examens médicaux
- 12 passages aux urgences

- 13 personnes ont été hospitalisées pour 21 hospitalisations représentant 126 jours d'hospitalisation.

Par ailleurs, 2 263 entretiens sociaux ou démarches sociales ont été réalisés au profit des usagers hébergés.

En moyenne, plus de 300 entretiens de réduction des risques ont été effectués en 2023 par l'équipe de l'hébergement auprès des personnes hébergées.

Par rapport aux objectifs assignés dans le cahier des charges du 26 janvier 2022, les gestionnaires de la salle estiment que l'ouverture de l'espace d'hébergement renforce la possibilité de faire entrer l'usager dans un parcours de santé et qu'il permet de sécuriser les projets de soin, en s'assurant de la compréhension des attentes, des normes et codes du monde sanitaire, de l'observance d'un traitement.

L'hébergement permet également d'exercer une médiation en santé efficace, y compris en proposant un suivi même après la sortie de l'hébergement ce qui permet de consolider, et d'assurer la continuité du soin entrepris.

2.4.6 Des perspectives encourageantes de maîtrise des consommations

Selon le gestionnaire de la salle, l'hébergement en général, c'est-à-dire l'accès à un logement ou à un hébergement stable, est un soutien essentiel pour des usagers qui veulent s'inscrire dans un projet de sevrage. C'est également un atout supplémentaire : conditions de vie beaucoup moins précaires et augmentation de la qualité de vie et de la satisfaction de besoins primaires ; la « survie » est assurée, ce qui implique une baisse de la pression psychique et une augmentation de la disponibilité mentale pour imaginer une sortie positive de la consommation.

L'hébergement permet d'envisager une régulation des pratiques de consommations, avec une équipe soignante accompagnant la conception et la mise en œuvre du projet. Il permet d'expérimenter une entrée quotidienne dans la réduction des risques et des dommages, une action concrète en étant présent en permanence au moment des consommations et des envies de consommation des personnes, avec des propositions d'adaptation, de régulation ; ainsi un retour des professionnels présents sur les pratiques et habitudes de consommations : des préalables à tout sevrage.

L'ithaque indique que treize hébergés ont travaillé des questions de sevrages et de TSO comme projet de soins initiaux.

Par ailleurs, quand le projet de soins est effectivement lancé et suivi par les hébergés, l'association confirme une régulation de la consommation, avec une baisse des consommations à risques et des consommations frénétiques.

Quant aux treize usagers ayant répondu au questionnaire d'ithaque, 89 % ont déclaré avoir changé leurs pratiques de consommation grâce à cet hébergement et toutes affirment avoir diminué les quantités consommées (25 % ont même totalement arrêté).

ANNEXE 6 : Présentation synthétique des activités des Caarud rencontrés et focus sur le Caarud Aurore 93 d'Aulnay-sous-Bois

ANNEXE 6 : PRESENTATION SYNTHETIQUE DES ACTIVITES DES CAARUD RENCONTRES ET FOCUS SUR LE CAARUD AURORE 93 D'AULNAY-SOUS-BOIS	191
1 TABLEAU DE PRESENTATION SYNTHETIQUE DES CAARUD AVEC LESQUELS LA MISSION A PU ECHANGER.....	192
2 AVEC UNE FILE ACTIVE DE 837 USAGERS, LE CAARUD AURORE 93 PEINE A REpondRE AUX BESOINS CROISSANTS D'USAGERS TRES PRECARISES	198
2.1 L'ASSOCIATION AURORE EST LE GESTIONNAIRE DU CAARUD D'AULNAY-SOUS-BOIS.....	198
2.2 LE CAARUD AURORE 93 EST SITUE AU CARREFOUR DE TROIS COMMUNES : SEVRAN, VILLEPINTE ET AULNAY-SOUS-BOIS	198
2.3 IMPLANTE A PROXIMITE IMMEDIATE DU CHI ROBERT BALLANGER, LE CAARUD AURORE 93 DISPOSE DE LOCAUX EXIGUS	199
2.4 LES RESPONSABLES DU CAARUD SIGNALENT UNE PRECARISATION ACCRUE DES PUBLICS ACCUEILLIS ET UNE FILE ACTIVE ORIENTEE A A HAUSSE	200
2.4.1 <i>La file active du Caarud Aurore 93 est en augmentation.....</i>	200
2.4.2 <i>Les conditions de vie des usagers du Caarud se dégradent.....</i>	201
2.5 LE CAARUD NE DISPOSE PAS DE MEDECIN ET LE CAARUD AURORE 93 PEINE A STABILISER SON POSTE D'INFIRMIER.....	201
2.6 LE CAARUD PROPOSE DES ACTIVITES VARIEES AUTOUR DE LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES	201
2.6.1 <i>Distribution de matériel.....</i>	201
2.6.2 <i>Accompagnement et accès aux soins, aux droits administratifs et à l'hébergement.....</i>	202
2.6.3 <i>Interventions extérieures</i>	202
2.6.4 <i>Interventions d'urgence</i>	202
2.7 UN MAILLAGE PARTENARIAL DENSE ET DYNAMIQUE A ETE MIS EN PLACE	203
3 LA CONSOMMATION DE STUPEFIANTS SUR UNE SCENE OUVERTE, PAR DES USAGERS TRES PRECARISES, APPELLE DES REPONSES LOCALES AJUSTEES.....	203
3.1 LES USAGERS DU CAARUD AURORE 93 SONT A 95% DES INJECTEURS D'HEROÏNE ET DE COCAÏNE MAIS LA CONSOMMATION DE CRACK INHALE EST MARGINALE.....	203
3.2 DANS UN MARCHE DES STUPEFIANTS TRES SEGMENTE, LA PURETE DES PRODUITS VARIE FORTEMENT, CE QUI AGGRAVE LE RISQUE DE SURDOSES	204
3.3 LA CONSOMMATION DE RUE EST TRES ANCREE ET S'EST ENKYSTEE DANS UN SQUAT INSALUBRE DE CONSOMMATION EN SCENE OUVERTE.....	205
3.3.1 <i>Une consommation de rue enracinée.....</i>	205
3.3.2 <i>Des consommations « sauvages » à l'intérieur du Caarud</i>	205
3.3.3 <i>La « parcelle Ballanger », un rassemblement de consommateurs dans un squat délabré à proximité du Caarud</i>	205
3.4 L'ESPACE SQUATTE DE LA « PARCELLE BALLANGER » POURRAIT ETRE UTILISE POUR UNE PRISE EN CHARGE DES USAGERS ADAPTEE	206
3.5 PHOTOS DE L'ESPACE SQUATTE DE LA « PARCELLE BALLANGER » A PROXIMITE DU CAARUD	207

1 Tableau de présentation synthétique des Caarud avec lesquels la mission a pu échanger

NB : ce tableau ne prétend pas à l'exhaustivité ni à la représentativité de toutes les situations rencontrées par les Caarud. Il n'a pas d'autre vocation que d'informer sommairement le lecteur sur les activités et problématiques des Caarud.

RAPPORT IGA N°24038 – IGAS N°2024-036R

	Caarud Aurore 93 (Aulnay-sous-Bois)	Caarud Clémence Isaure - Intermède (Toulouse)	Caarud L'Acothé association Oppelia (Nantes)	Caarud CSMSA Les Wads (Metz)	Caarud Sac à Dos - Association APLEAT (Orléans)	Caarud La Case (Bordeaux)	BUS MÉTHADONE ET Caarud 31/32 (Marseille)	Association Spiritek (Lille)
Date de création	2008	1994	2012	1972	2006	2006	2007	1996
Nombre de Caarud dans la ville	1	1	1	1	1	2	4	9
Nombre de Caarud dans le département	3 Caarud en Seine Saint Denis	2 Caarud en Haute-Garonne	2 Caarud en Loire- Atlantique	1 Caarud en Moselle	2 Caarud dans le Loiret	3 Caarud en Gironde	8 Caarud dans les Bouches-du- Rhône	11 Caarud dans le Nord
Lieu d'implantation	Au carrefour de Sevran, Villepinte et Aulnay- sous-Bois	Centre-ville	Proche centre- ville (2 stations en transports)	Centre-ville historique	Depuis 2022, relocalisation dans une cour commune d'un ancien hôpital ; offre de service partagée	Centre-ville	Centre-ville	Centre-ville, proche gare
Lieux de consommation	Consommation de rue enracinée ; existence d'une scène ouverte de consommation à proximité du Caarud et de multiples lieux de consommation (espaces verts, parkings).	Multiple lieux de regroupements (pas de scène de consommation unique), par exemple les portes cochères, les parkings du centre-ville.	Dispersés en centre-ville, pas vraiment de scènes ouvertes.	Pas de grande scène de consommation mais de petits rassemblements dans des endroits discrets.		Centre-ville	Petites scènes très diffuses dans toute la ville même si la majorité se faire en centre-ville (ressources pour faire la manche).	Petites scènes en centre- ville (gare notamment)
Surface du Caarud	100 m ²	135 m ²	100 m ²	100 m ²	70 m ²	250 m ²	100 m ² mutualisés	110 m ²
dont ouverte au public	70 m ²	100 m ²	80 m ²	100 m ²	50 m ²			70 m ²
RH : nombre d'ETP total	9 ETP	8,5 ETP	7,5 ETP	3,65 ETP	5,9 ETP	13 ETP	5 ETP	4 ETP

RAPPORT IGA N°24038 – IGAS N°2024-036R

	Caarud Aurore 93 (Aulnay-sous-Bois)	Caarud Clémence Isaure - Intermède (Toulouse)	Caarud L'Acothé association Oppelia (Nantes)	Caarud CSMSA Les Wads (Metz)	Caarud Sac à Dos - Association APLEAT (Orléans)	Caarud La Case (Bordeaux)	BUS MÉTHADONE ET Caarud 31/32 (Marseille)	Association Spiritek (Lille)
dont ETP médical	1 ETP infirmier (actuellement non pourvu)	1,5 ETP dont 1 infirmier	4,25 ETP dont 1,9 infirmier	0,25 ETP médecin	1,7 ETP dont 1,5 infirmier	0,9 ETP (0,5 généraliste, 0,2 psy-addicto, 0,2 gynéco), 0 infirmier	0,5 ETP infirmier ; pas de médecin	0
File active annuelle en nombre d'usagers inscrits en 2023	837 en augmentation régulière	1 200	777	500	315 en augmentation (259 en 2022)	1 255 en augmentation constante	400	1 100 en augmentation
Nombre de contacts en 2023	12 558	11 451		3 500	4 100	28 000		
Nombre de contacts par jour en 2023	40 à 50	50 à 60				130		80
Nombre d'inclusions en 2023	41% de la file active	350						1/3 de renouvellement de la file active

	Caarud Aurore 93 (Aulnay-sous-Bois)	Caarud Clémence Isaure - Intermède (Toulouse)	Caarud L'Acothé association Oppelia (Nantes)	Caarud CSMSA Les Wads (Metz)	Caarud Sac à Dos - Association APLEAT (Orléans)	Caarud La Case (Bordeaux)	BUS MÉTHADONE ET Caarud 31/32 (Marseille)	Association Spiritek (Lille)
Appréciation sur les évolutions observées des profils des usagers	Forte précarité, dégradation des conditions de vie ; public en errance, risques de dénutrition ; 67% des usagers sont ressortissants d'un pays non-membre de l'UE, majoritairement débouté du droit d'asile.	81% des usagers sans ressources ou n'ayant que les minima sociaux ; 62% vivant seul ; 35 ans d'âge moyen, beaucoup de jeunes ; 42% des usagers ayant des antécédents psychiatriques ; 42% des usagers ont déjà été incarcérés.	Beaucoup de troubles psychiatrique et de déshérence médicale.	Accentuation de la précarisation (perte d'hébergement et nouvelles situations de rue notamment) ; 60% de précaires dans la file active ; 40% ont des problèmes psychiatriques.	Précarité et phénomènes d'errance renforcés, isolement social ; Augmentation des troubles psychiatriques non stabilisés ; très peu de femmes dans la file active.	Grande précarité ; vieillissement général de la population accueillie malgré l'apparition de très jeunes consommateurs (beaucoup issus de l'ASE, en situation de rue, qui entrent en consommation via le milieu festif, beaucoup de femmes dans ce public).	De plus en plus de problèmes d'accès aux soins : détresse en santé mentale qui s'accroît, besoins redoublés de coordination en soins somatiques (en particulier pour les personnes en situation d'exil, dont issus du Caucase).	Public vieillissant ; 24% de femmes ; 70% d'usagers en grande précarité.

	Caarud Aurore 93 (Aulnay-sous-Bois)	Caarud Clémence Isaure - Intermède (Toulouse)	Caarud L'Acothé association Oppelia (Nantes)	Caarud CSMSA Les Wads (Metz)	Caarud Sac à Dos - Association APLEAT (Orléans)	Caarud La Case (Bordeaux)	BUS MÉTHADONE ET Caarud 31/32 (Marseille)	Association Spiritek (Lille)
Evolution observées des usages de stupéfiants (produits et mode de consommation)	Particularité, 95% des usagers du Caarud sont des injecteurs d'héroïne et de cocaïne (ensemble, "speedball") ; la consommation de crack reste marginale, comme le mésusage de traitement de substitution aux opiacés.	Forte augmentation de l'inhalation, en lien avec le boom de la cocaïne (30% des usagers consommation de la cocaïne et/ou du crack) qui peut également être injectée ; 14% consommation des opioïdes, 10% des médicaments détournés ; une veille est réalisée sur le Fentanyl.	Augmentation de la consommation de cocaïne (ici cuisinée et basée par les usagers eux-mêmes) ; il y a plus de consommation de cocaïne basée inhalée que d'injecteurs	Augmentation de la cocaïne sous toutes ses formes (multiplication par 100 de la distribution de matériel d'inhalation et de sniff en 2023) ; 30% de la file active en consomment.	Cocaïne et crack représentent 40% de la file active, en forte augmentation.	De plus en plus de cocaïne basée pour être inhalée, entraînant des problèmes de tranquillité publique car les consommateurs sont ensuite agités, avec une forte prévalence psychiatrique ; les injections demeurent néanmoins : Skenan®, Ritaline® ("cocaïne du pauvre").	De plus en plus de cocaïne basée inhalée mais l'injection demeure (médicaments détournés type Ritaline® injectée, Subutex®, sulfate de morphine...) ; l'augmentation de l'inhalation de cocaïne basée n'a pas fait diminuer le niveau d'injection qui demeure toujours important.	Forte augmentation de la cocaïne basée inhalée, avec un basage "maison", qui concerne 80% de la file active.
Matériel de réduction des risques distribué en 2023	155 016 seringues dont deux tiers en distributeurs automatiques ; 1500 kits inhalation 499 kits de Naloxone® ¹⁸⁵	154 000 seringues; 13 000 kits d'inhalation.	8 000 kits inhalation (+5 000 au CSPA voisin).	30 000 seringues (pour une population de 220 000 habitants).	43 000 seringues	Sur les 2 Caarud (mais 80% sur le principal) : 301 500 seringues ; 35 114 kits inhalation.	1 500 kits injection + 40 000 seringues ; 2 300 kits inhalation (+60%) mais limitation car	22 700 seringues (légère baisse) ; 8 400 kit inhalation en 2023 (forte augmentation mais limitation pour raisons économiques) ; très peu de Naloxone® (travail à engager).

¹⁸⁵ La Naloxone® est un antidote aux opioïdes qui permet de reverser par injection intramusculaire une personne en dépression respiratoire

RAPPORT IGA N°24038 – IGAS N°2024-036R

	Caarud Aurore 93 (Aulnay-sous-Bois)	Caarud Clémence Isaure - Intermède (Toulouse)	Caarud L'Acothé association Oppelia (Nantes)	Caarud CSMSA Les Wads (Metz)	Caarud Sac à Dos - Association APLEAT (Orléans)	Caarud La Case (Bordeaux)	BUS MÉTHADONE ET Caarud 31/32 (Marseille)	Association Spiritek (Lille)
							enjeux budgétaires.	
Part des usagers en situation de rue ou en hébergement précaire (squat, hébergement d'urgence)	65%			60%	50%	70%	80-90%	70%
Constat de consommation non autorisée au sein du Caarud	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
<i>si oui, estimation</i>	Récupérateurs de seringues installés et questionnaire aux usagers : 67% des répondants (80 personnes) ont déclaré avoir déjà consommé dans le Caarud.	3 DASRI installées, collectant en moyenne 240 seringues par mois (<i>sur environ 1 000 contacts par mois, ndlr</i>).	50% au moins sur base répondants à questionnaire 2024.	30-40% des usagers (observation non objectivée des professionnels).	50% "certainement" mais pas de mesure objective ; une DASRI collecte les déchets dans les toilettes.	Pas d'estimation ; mise en place d'une DASRI programmée.	Pas d'estimation.	Pas d'estimation mais forte attention portée : récupérateur de seringues, défibrillateur, ouverture extérieure porte toilettes/douche.

2 Avec une file active de 837 usagers, le Caarud Aurore 93 peine à répondre aux besoins croissants d'usagers très précarisés

NB : sur l'indication de plusieurs acteurs de la politique de réduction des risques et des dommages, la mission s'est rendue au Caarud Aurore 93. Au regard de la qualité des échanges et de l'urgence de la situation rencontrée, il a paru souhaitable de rendre compte de ce déplacement dans le cadre d'une annexe au rapport sur l'évaluation des haltes soins addictions.

2.1 L'association Aurore est le gestionnaire du Caarud d'Aulnay-sous-Bois

Le groupe Aurore représente 286 services et 2 421 salariés en 2022 et travaille dans la prise en charge des publics « grands précaires » et est organisée autour de trois missions que sont l'insertion, l'hébergement social et le soin, notamment l'accompagnement des addictions.

Le Caarud Aurore 93 existe depuis 2008 et l'association Aurore en assure la gestion depuis 2014. Initialement installé en centre-ville d'Aulnay-sous-Bois, le Caarud a été déplacé dans un quartier historiquement lié à l'héroïne et la cocaïne, afin de répondre aux besoins des usagers, qui viennent prioritairement chercher du matériel d'injection, que ce soit dans le Caarud ou dans les distributeurs de seringues accrochés sur le mur extérieur.

Les missions des Caarud concernent d'une part l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour les usagers de drogues, et d'autre part, le soutien des usagers dans l'accès aux soins : aide à l'hygiène et soins de première nécessité, orientation vers le système de soins, incitation au dépistage, soutien dans l'accès aux droits, au logement et à l'insertion, mise à disposition de matériel de prévention, interventions dans l'écosystème et actions de médiation sociale.

Le Caarud Aurore 93 est ouvert 5 jours par semaine (fermé le samedi et le dimanche). Les horaires sont adaptés selon la saison : ouverture plus tardive en journée en été (11h15 – 18h30), moins tardive en hiver (10h15 – 17h30) avec coupure méridienne d'une heure ; le mercredi et le vendredi matin, le Caarud n'est pas ouvert au public pour permettre le travail en équipe.

2.2 Le Caarud Aurore 93 est situé au carrefour de trois communes : Sevrans, Villepinte et Aulnay-sous-Bois

Le Caarud Aurore 93 a la particularité d'être situé en frontière de trois communes défavorisées de Seine Saint Denis : s'il est administrativement situé sur une parcelle cadastrale d'Aulnay-sous-Bois, il jouxte Villepinte qui accueille le centre hospitalier intercommunal (CHI) Robert Ballanger, et n'est séparé de Sevrans que par une route. Ces trois communes appartiennent administrativement à l'arrondissement du Raincy. Le site des statistiques locales de l'Insee¹⁸⁶

¹⁸⁶ <https://statistiques-locales.insee.fr/#c=report&chapter=compar&report=r01&selgeo1=arr.932>

permet de souligner que cet arrondissement connaît de multiples facteurs de vulnérabilité sociale :

- Une population très jeune : 42,4% de la population à moins de 25 ans, contre 35,3 % en moyenne en France ;
- Un taux de chômage plus élevé 15,5 % (12,7 % en France), en particulier pour les jeunes de moins de 25 ans (28,5 % contre 25,3 %) ;
- Un taux d'inactivité supérieur à la moyenne nationale (26,8 % contre 25,5 %) ;
- Seulement 8.9 % de cadres et professions intellectuelles supérieures ;
- 14,4 % de familles monoparentales contre 10,0 % au niveau national ;
- Une population moins diplômée que la moyenne, notamment s'agissant des femme (27,6 % sont sans diplôme contre 24 % au niveau national) ;
- Un salaire net horaire moyen inférieur (15,2 € contre 16,4 €) ;
- Des difficultés accrues de lecture chez les jeunes (20,2 % contre 16,0 % au niveau national).



CAARUD Aurore 93 et
CHI Robert Ballanger

2.3 Implanté à proximité immédiate du CHI Robert Ballanger, le Caarud Aurore 93 dispose de locaux exigus

Le Caarud Aurore 93 est désormais installé à proximité immédiate du centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger qui se situe au carrefour des trois communes de Sevrans, Aulnay-sous-Bois et Villepinte (le CHI y étant cadastralement situé). L'emprise du CHI est très vaste, avec 34 hectares. Il est installé dans un pavillon indépendant, avec un accès autonome ; il est séparé du CHI par une route d'accès ; il n'a pas de riverains immédiats.

Les locaux sont assez exigus (100 m², dont 70 m² ouverts au public), malgré l'extension ajoutée en 2021 : les usagers ont accès à une grande pièce d'accueil comportant des toilettes et une douche, un espace avec des machines à laver le linge, une pièce pour l'éducation thérapeutique et les soins infirmiers. La cour est aménagée pour y accueillir du public. Les professionnels travaillent à l'étage

du pavillon, en partageant un même bureau et en l’occupant par roulement, en raison du manque de place.

2.4 Les responsables du Caarud signalent une précarisation accrue des publics accueillis et une file active orientée à la hausse

2.4.1 La file active du Caarud Aurore 93 est en augmentation

Le Caarud Aurore 93 accueille une file active croissante de 837 personnes en 2023 (809 en 2021, 522 en 2022, 675 en 2019) et dénombre 12 558 passages (16 749 en 2021), malgré des locaux exigus ; ainsi, 40 à 50 personnes passent en moyenne chaque jour.

59 % du public reçu fréquente l’établissement depuis au moins 1 an (46 % entre 1 et 2 ans – 13 % entre 2 et 5 ans), et 41 % l’ont fréquenté pour la première fois en 2023.

La grande majorité des usagers se situe dans la tranche d’âge 25-44 ans, il y a très peu de personnes de moins de 24 ans (2 %), mais une population vieillissante (40 % de 45 ans et plus).

25 % des usagers du Caarud sont de nationalité française, 8 % ressortissants d’un autre État membre de l’Union européenne (UE), et 67 % sont ressortissants d’un pays non-membre de l’UE ; les professionnels du Caarud constatent qu’une grande partie de ces derniers viennent du Caucase (Géorgie, Moldavie notamment)¹⁸⁷. En majorité, les usagers accueillis ont été déboutés du droit d’asile¹⁸⁸.

Les profils de précarité des usagers peuvent varier selon qu’il s’agit d’hommes ou de femmes. 80 % des hommes sont sans ressources, 9 % reçoivent le RSA. 69 % des hommes sont en situation de rue, 15 % sont hébergés par des tiers, 6 % par une association et 10 % sont en logement personnel.

Focus sur les femmes usagères du Caarud Aurores 93

La file active est composée à 93 % d’hommes mais le Caarud note une légère augmentation de la présence des femmes dans l’établissement (57 contre 31 en 2022). A la différence des hommes, la majorité des femmes est de nationalité française (60 %). Leur consommation varie également : 44 % d’entre elles consomment du crack inhalé (contre 8 % des hommes) et sont davantage consommatrices d’alcool.

Plus souvent en situation régulière, les femmes apparaissent également moins désocialisées que les hommes : 62 % d’entre elles reçoivent un minima social (RSA) contre 9 % des hommes, et « seulement » 31 % d’entre elles sont sans ressources (contre 80 % des hommes). 56 % des femmes ont un logement personnel (contre 10 % des hommes), le plus souvent un logement social sur le territoire d’intervention. 63 % ont des droits ouverts à la sécurité sociale alors que 70 % des hommes n’en ont pas. 85 % sont des personnes isolées (idem pour les hommes).

¹⁸⁷ Il s’agit ici d’observation des professionnels du Caarud, telles que rapportées dans le rapport d’activité 2023, et non de statistiques.

¹⁸⁸ Idem.

2.4.2 Les conditions de vie des usagers du Caarud se dégradent

Les publics accueillis souffrent de problèmes sanitaires importants liés à la consommation de stupéfiants. Le Caarud constate une résurgence des contaminations par les hépatites (essentiellement, B, C et E) et par le VIH, en raison de l'aggravation des situations de précarité.

Les professionnels du Caarud estiment être de plus en plus confrontés « à un public en errance lié à l'absence d'hébergement et/ou de logement, les risques de dénutrition sont de plus en plus apparents (depuis la crise de la Covid 19) et les risques sanitaires grandissant (beaucoup d'abcès, de complications qui entraînent des hospitalisations longues particulièrement en réanimation - décompensation de VIH associée à des infections pulmonaires ; endocardites, notamment) »¹⁸⁹.

2.5 Le Caarud ne dispose pas de médecin et le Caarud Aurore 93 peine à stabiliser son poste d'infirmier

Le personnel du Caarud est composé d'un chef de service, un assistant administratif, cinq travailleurs sociaux, deux agents logistiques (notamment en charge du ramassage des seringues usagées et de l'alimentation des distributeurs de seringues – c'est le seul Caarud de France à avoir des agents logistiques pour cela). Un ETP infirmier est prévu, mais le poste n'est régulièrement pas pourvu, faute de candidats. Les Caarud n'ont pas l'obligation d'avoir des médecins (somaticien ou psychiatre), contrairement aux Csapa qui bénéficient de détachements hospitaliers.

Si l'ensemble du secteur souffre actuellement d'un défaut d'attractivité, le Caarud Aurore 93 signale par ailleurs que le climat de défiance et de violence de plus en plus important ne se limite pas aux consommateurs de drogues mais qu'il concerne désormais aussi les professionnels de la réduction des risques, ce qui renforce le double problème d'attractivité du secteur et du territoire.

2.6 Le Caarud propose des activités variées autour de la réduction des risques et des dommages

« On est un lieu de retour à la citoyenneté, on prend du temps pour parler aux gens sans jugement »¹⁹⁰.

2.6.1 Distribution de matériel

En 2023, le Caarud Aurore 93 a distribué 155 016 seringues (154 348 en 2021) dont deux tiers en distributeurs automatiques. Les quatre distributeurs de seringues sont réapprovisionnés deux fois par jour, y compris le week-end par un prestataire extérieur, pour répondre aux besoins des usagers. Le Caarud récupère chaque année plus de 50 000 seringues : 54 373 en 2023, 59 000 en 2021, soit via les automates échangeurs (une seringue remise dans l'automate donne un jeton pour prendre un kit), soit via le ramassage effectué par les deux agents logistiques (ou le prestataire le

¹⁸⁹ Propos recueillis par la mission lors de son déplacement sur site.

¹⁹⁰ Propos recueillis par la mission lors de son déplacement sur site.

week-end ou en cas de surcharge importante) ; en 2023, 80 % des seringues collectées ont été ramassées, pour près de moitié dans le squat de la « parcelle Ballanger ».

Les chiffres de distribution des antidotes aux intoxications aux opioïdes (naloxone) sont en croissance continue et exponentielle : 499 cette année 2023, contre 285 en 2022 ou 120 en 2021.

2.6.2 Accompagnement et accès aux soins, aux droits administratifs et à l'hébergement

Une autre partie du travail au quotidien de l'équipe éducative est l'accompagnement et l'accès aux soins, à la santé, et à l'aide au quotidien dans les démarches administratives. En 2023, l'équipe a effectué 120 orientations vers des Csapa, 12 orientations de personnes dans des services hospitaliers, 30 vers des PASS hospitalières, 68 vers des structures spécialisées en droit des étrangers, notamment.

Le Caarud a orienté 38 personnes vers le dispositif de domiciliation administrative AURORE d'Aubervilliers ; le fait de disposer d'une adresse constitue le point de départ de toute démarche administrative et sociale pour faire valoir ses droits. Un dispositif de domiciliation administrative « santé » a été mis en place, en lien avec les services sociaux du CHI Robert Ballanger pour faciliter l'accès aux soins des personnes et éviter les créances non recouvertes par l'hôpital public. 150 places de domiciliation administrative ont ainsi été ouvertes au Caarud Aurore 93.

Le Caarud a procédé à 18 demandes d'ouvertures de droits auprès de la CPAM 93.

En matière d'hébergement d'urgence, les possibilités demeurent minimes (deux propositions d'hébergement transmises en 2023 par le SIAO) et ne permettent pas au Caarud d'accompagner ses usagers vers des sorties de rue, en dépit des besoins exprimés. Trois usagers ont bénéficié, en 2023, d'un séjour au Csapa de Gagny, qui a permis une mise à l'abri des personnes, l'entrée dans un parcours de soins des addictions et d'engager des démarches sociales.

2.6.3 Interventions extérieures

Le Caarud a une faible activité dite d'aller-vers car il a dû renoncer à ses maraudes, suite à des faits de violence et de menaces vis-à-vis de membres de l'équipe.

Une ligne téléphonique directe permet que le Caarud soit directement sollicité par son réseau de partenaires afin d'intervenir ponctuellement, le plus souvent pour des seringues à ramasser à proximité d'une école.

2.6.4 Interventions d'urgence

L'équipe intervient également auprès des personnes présentant des risques cliniques de surdose ou d'accident aigu, en moyenne toutes les 6 semaines. En 2023, 14 interventions de ce type ont eu lieu (6 en 2021) ; aucun décès n'est à déplorer depuis l'ouverture du Caarud.

2.7 Un maillage partenarial dense et dynamique a été mis en place

« On est vus comme des professionnels de terrain qui apportent des solutions »¹⁹¹.

La Caarud est inséré dans un réseau partenarial dense et dynamique. Les responsables mentionnent des relations très fluides avec les trois commissariats de secteur, le Caarud intervenant par exemple pour des actions de sensibilisation pour les policiers, mais également les éducateurs de la protection judiciaire de la jeunesse et de l'aide sociale à l'enfance. Le Caarud a en outre mis en place des actions de réseau avec l'école élémentaire et maternelle Emile Zola de Sevrans, située à proximité, les bailleurs sociaux et les agents de la voirie.

Avec le CHI Robert Ballanger, les liens ont été renforcés depuis la crise Covid, en particulier avec le service des urgences ; une réunion de coordination a lieu tous les 6 mois. Le Caarud souligne l'absence de service d'addictologie au CHI, où existe uniquement un Csapa prescrivant des traitements de substitution aux opiacés ; le Csapa disposant de lits d'hospitalisation pour traitement des addictions est situé à Gagny et fait l'objet d'un partenariat avec le Caarud. Il a été indiqué à la mission que le CHI est en grande souffrance en raison du fort sentiment d'insécurité qui y est ressenti.

Le Caarud indique être très soutenu par l'Agence régionale de santé Île de France, y compris sur le plan financier, lorsque que c'est nécessaire.

Enfin, selon les professionnels du Caarud Aurore 93, les relations avec les mairies des trois communes sont globalement bonnes, en particulier avec Sevrans où la problématique de consommation à ciel ouvert est particulièrement prégnante, et avec Villepinte, puisque le CHI est situé dans cette commune et constitue un espace de consommations multiple difficile à maîtriser (larges espaces verts, parkings).

3 La consommation de stupéfiants sur une scène ouverte, par des usagers très précarisés, appelle des réponses locales ajustées

3.1 Les usagers du Caarud Aurore 93 sont à 95 % des injecteurs d'héroïne et de cocaïne mais la consommation de crack inhalé est marginale

Le Caarud Aurore d'Aulnay, comme la plupart des professionnels du secteur, participe au dispositif de veille sanitaire Système d'identification national des toxiques et des substances (SINTES) qui complète le volet « observation » du réseau d'observation Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND) de l'Observatoire français des drogues et tendances addictives (OFDT), ce qui permet aux professionnels de faire remonter du terrain les nouvelles consommations observées, s'agissant des produits mais également des modes de consommation.

¹⁹¹ Propos recueillis par la mission lors de son déplacement sur site.

A la différence de ce qui se passe à Paris, le type de produits consommés a peu évolué, héroïne et cocaïne à part égale ; l'injection est la pratique ultra-majoritaire pour 95 % des usagers. Le produit de base consommé par les usagers du Caarud combine héroïne et cocaïne, c'est le « speedball ». Le mésusage de traitement de substitution aux opiacés n'est pas un phénomène massif ; on ne voit pas de fentanyl. En revanche, les professionnels du Caarud constatent une explosion de la prégabaline (Lyrica®), y compris chez les mineurs en particulier chez les mineurs non accompagnés ; les publics mineurs ne sont pas accueillis au Caarud mais le phénomène est bien connu.

Comme dans l'ensemble du département de Seine-Saint-Denis, il y a peu de crack inhalé (ni consommation, ni vente, les dealers ne souhaitant pas que des usagers de cracks perturbent leur organisation) ; alors que le Caarud distribue environ 100 000 kits d'injection, seules 1300 à 1500 pipes à crack sont distribuées. Le profil des consommateurs de crack diffère de celui observé à Paris : ici, plutôt des femmes relativement insérées, avec un logement (*cf. supra*). Plus largement, il semble n'y avoir que peu de report entre les consommateurs parisiens et ceux de Seine Saint Denis, avec des marchés très étanches.

3.2 Dans un marché des stupéfiants très segmenté, la pureté des produits varie fortement, ce qui aggrave le risque de surdoses

Le quartier d'implantation du Caarud Aurore 93 est historiquement lié à l'héroïne et la cocaïne, avec les quartiers des Beaudottes (Sevran), de Montceuleux (Sevran) et du Gros Saule (Aulnay). Le marché des stupéfiants y est très segmenté autour de six à huit points de deal (ici, pas de deal de rue mais un deal de cité structuré) ; chacun a ses produits spécifiques et ses clients spécifiques, qui viennent parfois de très loin en voiture s'approvisionner car les produits sont facilement accessibles (proximité de l'autoroute et de l'aéroport de Roissy).

La concentration des produits en principe actif est en effet très variable, ce qui représente un risque accru de surdose pour le consommateur qui maîtrise mal la composition des substances consommées ; ainsi en 2023, la Caarud a observé des taux de concentration en héroïne à plus de 60 % avec des adjuvants d'opioïdes pouvant faire monter la concentration des produits à plus de 80 % d'opioïdes.

Face à ce risque de surdose par méconnaissance de la composition et de la pureté du produit, le Caarud a massifié la distribution de naloxone (499 kits en 2023, contre 120 en 2021, ce qui en fait la plus importante distribution de France) ; cette mesure est jugée utile puisque les équipes retrouvent les déchets de kits usagés. Par ailleurs, en partenariat avec la Fédération addictions qui met en place ce programme au niveau national, le Caarud bénéficie du passage mensuel du camion « Analyse ton prod' » qui permet aux consommateurs de connaître la composition et la pureté de leur produit, mais également au Caarud de produire des alertes sanitaires (en 2023, les usagers du territoire ont ainsi été victimes d'intoxications aux cannabinoïdes de synthèse). En 2022, 37 analyses ont été réalisées et 167 en 2023.

3.3 La consommation de rue est très ancrée et s'est enkystée dans un squat insalubre de consommation en scène ouverte

3.3.1 Une consommation de rue enracinée

La consommation de rue est enracinée depuis plus de trente ans dans le secteur, selon les responsables du Caarud Aurore 93. Les espaces possibles sont nombreux et très fréquentés par les consommateurs, que cela soit dans un ancien bâtiment d'hébergement laissé à l'abandon, dans des recoins d'autres bâtiments du secteur, dans des parkings souterrains (quartier des Beaudottes) ou à ciel ouvert (plusieurs sites autour de l'hôpital Robert Ballanger ou de celui du centre Commercial Beausevran).

3.3.2 Des consommations « sauvages » à l'intérieur du Caarud

Les professionnels du Caarud constatent des consommations « sauvages » dans leurs locaux. Bien que cela soit strictement interdit, certains usagers utilisent les toilettes du Caarud pour s'injecter leur produit en étant sûrs de recevoir une assistance en cas de malaise ou de surdose.

Conscients de cette pratique, les responsables ont installé un grand bac collecteur de seringues usagées dans les toilettes et ont fait passer un questionnaire auprès des usagers pour objectiver le phénomène. Sur les environ 80 répondants (10 % de la file active), 67 % ont déclaré consommer des stupéfiants dans le Caarud. Indépendamment des évidents biais statistiques d'une telle mesure, il n'en reste pas moins que la consommation sauvage est une réalité dans ce Caarud, comme dans de nombreux autres, ainsi que la mission a pu le constater en interrogeant d'autres responsables de Caarud réunis en deux tables rondes. La mission estime que cette situation de fait interpelle et appelle des réponses pragmatiques.

3.3.3 La « parcelle Ballanger », un rassemblement de consommateurs dans un squat délabré à proximité du Caarud

Tel est le cas de la scène ouverte située dans l'enceinte du CHI Robert Ballanger (commune de Villepinte), à proximité immédiate du Caarud Aurore 93, dénommée « parcelle Ballanger ». Cette scène ouverte de consommation prend place sur une friche de 4400 m², dans un bâtiment squatté de 750m² sur 3 étages complètement à l'abandon.

« Ici pour moi c'est un peu les années 70, c'est effrayant, on voit des pratiques de consommations qu'on ne voit plus ailleurs... la politique de réduction des risques est encore plus importante qu'avant, vu le nombre de contaminations »¹⁹².

Alertée par l'existence de cette scène ouverte, la mission s'est rendue sur place, à l'initiative des responsables du Caarud. Elle a pu constater des conditions d'insalubrité avancée : absence d'eau, de sanitaires et d'électricité (le dernier étage sert de toilettes à ciel ouvert), alors qu'une centaine de personnes fréquenteraient chaque jour ce site et que 10 à 15 personnes y vivraient en

¹⁹² Propos recueillis par la mission lors de son déplacement sur site.

permanence, selon les observations des professionnels du Caarud. Cette scène ouverte aurait été investie par les consommateurs depuis environ cinq ans.

Le lieu est excentré des lieux de revente (mais accessible facilement) et distante des lieux d'habitation : il n'y pas de riverains, le site étant par ailleurs entouré de hauts arbres qui l'isolent du regard d'éventuels passants. Invisible pour ceux qui n'en connaissent pas l'existence, il ne semble pas provoquer de trouble à la tranquillité publique. Il semble connu par tous les acteurs mais les interventions publiques y sont rares (incendie, surdose). La mission a profité d'un de ses entretiens avec la préfecture de police de Paris pour attirer son attention sur cette situation.

Par ailleurs, la mission a constaté que le sol, en extérieur et à l'intérieur du bâtiment, est jonché de déchets liés à la consommation de stupéfiants (kits d'injection usagés, seringues) sur une épaisseur de plusieurs dizaines de centimètres, avec un risque avéré de contamination VIH et VHC en raison des seringues usagées. (*voir photos en 3*).

Les responsables du Caarud Aurore 93 estiment que ce lieu est devenu le site premier de consommation pour les personnes fréquentant le Caarud et ceux venant acheter des produits sur le territoire. Ils constatent que l'état sanitaire des personnes vivant et/ou consommant sur ce lieu et fréquentant le Caarud se dégrade (apparence physique, hygiène corporelle, contaminations) en raison d'un recul des grands principes de réduction des risques et des dommages : échange de seringues et/ou de petit matériel, manque d'hygiène et d'asepsie. Des comportements de prédation sont également observés entre les consommateurs (vols, agressions, violences physiques et psychologiques) ; cinq incendies volontaires ont été signalés en 2023.

3.4 L'espace squatté de la « parcelle Ballanger » pourrait être utilisé pour une prise en charge des usagers adaptée

L'espace actuellement squatté, situé dans la commune de Villepinte, dans l'enceinte du CHI Robert Ballanger, pourrait constituer un espace adapté pour un nouveau dispositif d'accueil et de prise en charge des usagers de drogues, sous réserve d'être entièrement réhabilité voire démolé puis reconstruit, mais également sous réserve d'un portage pluri-partenarial adéquat.

Les responsables du Caarud estiment que ce lieu est difficile à travailler car il nécessite des prises en charges multiples : santé somatique et psychiatrique, mise à l'abri, hébergement d'urgence, alimentation, au-delà même des enjeux de consommation de stupéfiants.

L'association Aurore porte, pour le Caarud Aurore 93, un projet consistant à offrir un espace de repos, des places d'hébergement et à réaliser un travail de prévention pour des consommateurs actifs vivant en partie sur cette « parcelle Ballanger ». Pour cela, le Caarud souhaite acquérir la parcelle ; des premières réunions de concertations et de réflexion se sont tenues en 2023 avec l'ARS 93 et que la DRIHL 93.

La question d'ouvrir un espace de consommation supervisée a été ouverte. Les responsables du Caarud considèrent qu'un espace de consommation supervisée permettrait « de capter des gens qui existent déjà [au Caarud], et en plus ceux qui sont invisibles et qu'on a du mal à capter ». En revanche, compte-tenu de l'exiguïté des locaux, il leur semble impossible de l'envisager dans la même implantation. Par ailleurs, se pose avec acuité la question des personnels, en particulier médicaux, qui ne sont pas obligatoires dans un Caarud (au cas d'espèce, un seul ETP infirmier,

vacant depuis plusieurs mois faute de candidats) et qui serait requis pour une halte soins addictions.

Le souhait d'un espace de consommation supervisée a par ailleurs émergé dans le cadre du Conseil de vie sociale (CVS) du Caarud, en particulier de la part des usagers les plus anciens (présentés comme fréquentant le Caarud depuis une dizaine d'années).

3.5 Photos de l'espace squatté de la « parcelle Ballanger » à proximité du Caarud





ANNEXE 7 : Cahier des charges national relatif à l'expérimentation des « haltes soins addictions »

Dans sa version issue de l'arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" », publié au JORF n°0045 du 23 février 2022 et consultable sur Legifrance¹⁹³.

Les éléments en bleu ont été ajoutés par le législateur lors de la prolongation de l'expérimentation prévue par l'article 83 de loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

~~Les éléments en rouge barrés ont été supprimés par le législateur lors de la prolongation de l'expérimentation prévue par l'article 83 de loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.~~

Les éléments en noir sont issus de l'arrêté du 15 juillet 2019 modifiant l'arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque ».

Annexe

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES NATIONAL RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION DES « HALTES "SOINS ADDICTIONS" »

I. - Éléments généraux et cadre national

L'expérimentation d'une « halte "soins addictions" » (HSA), qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé et d'accès aux soins, répond à la politique de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues telle qu'elle est définie par l'article L. 3411-8 du code de la santé publique.

Son expérimentation s'inscrit dans le cadre du plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022 ; elle vient prolonger le dispositif expérimental, créé en France par la loi du 26 janvier 2016, dénommé « salles de consommation à moindre risque » (SCMR), qui a donné lieu à l'ouverture de deux lieux à Paris et Strasbourg en octobre et novembre de la même année.

L'étude des expériences étrangères avait montré que ce type de dispositif est adapté à la prise en charge des usagers injecteurs de substances psychoactives les plus vulnérables, cumulant les risques (précarité, forte prévalence de pathologies infectieuses, absence de domicile, etc.). Elle a montré également un impact positif de ce type de dispositif sur la réduction de la mortalité liée

¹⁹³ <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2022/1/26/SSAP2201709A/jo/texte>

aux surdoses, des morbidités associées à l'injection et sur la diminution des pratiques à risque (moindre réutilisation et partage du matériel d'injection, meilleure hygiène, etc.).

L'évaluation initiale des SCMR, après 5 ans de fonctionnement, a été pilotée par la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) et confiée à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Cette évaluation a reposé sur une approche pluridisciplinaire (épidémiologie, santé publique, économie de la santé et sociologie) et comportait trois volets :

- un suivi longitudinal des usagers de drogues fréquentant ces lieux ;
- un volet sociologique sur l'acceptabilité sociale de ces lieux
- une étude médico-économique permettant d'évaluer l'efficacité du dispositif.

Les résultats finaux de l'évaluation des deux salles existantes, restitués aux pouvoirs publics en mai 2021, sont en lignes avec les expériences étrangères et 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.

L'accès à ces structures permet ainsi d'améliorer la santé des personnes usagères de drogues (baisse des infections VIH et VHC, des complications cutanées dues aux injections et des overdoses non fatales) et de diminuer les passages aux urgences. Des coûts médicaux importants sont ainsi évités (en projection sur 10 ans, elle évalue les coûts médicaux évités à 11 millions d'euros pour les deux salles (respectivement 6,0 et 5,1 millions d'euros pour Paris et Strasbourg). Les injections et les déchets associés (seringues) dans l'espace public diminuent. L'évaluation n'a en outre pas mis en évidence de détérioration de la tranquillité publique liée à l'implantation des salles.

Le rapport d'évaluation a également proposé des voies d'amélioration du dispositif en faveur de la réinsertion des usagers dans un parcours de soins (traitement des dépendances et conduites addictives, dépistages, etc.). Pour tenir compte de ces propositions, la loi n° 2021-1754 de financement de la sécurité sociale du 23 décembre 2021 prolonge l'expérimentation, et renomme les SCMR en « haltes "soins addictions" » (HSA), dans le but de renforcer la dimension d'accès à un parcours de santé de ces dispositifs.

Cette même loi autorise également la mise en place de HSA mobiles dont le cahier des charges sera intégré par un arrêté ultérieur.

1. Objectifs généraux

Contribuer à réduire, chez les usagers actifs, les risques de surdose, d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues, en fournissant des conditions de consommation ~~et d'injection~~ sécurisées et du matériel stérile ~~et/ou à usage unique et personnel~~; Contribuer à faire entrer les usagers de drogues ~~actifs~~ ou de médicaments détournés de leur usage ~~e-des risques et de soins, et un nouveau parcours de vie, afin de lutter contre les addictions~~ dans un parcours de santé incluant notamment :

- la connaissance et l'adoption de pratiques de réduction des risques et des dommages ;
- la possibilité de bénéficier d'un suivi psychiatrique ;
- la possibilité d'entrer dans un processus de sevrage et/ou de substitution ;
- l'aide à la recherche d'un médecin traitant ;

- ~~Contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans des processus de sevrage ou de substitution.~~
- Contribuer à améliorer l'accès des usagers aux droits, aux services sociaux **et à l'hébergement ou logement** ;
- ~~Réduire les nuisances dans l'espace public.~~
- Contribuer à réduire les atteintes à la tranquillité publique, dont la présence de matériel d'injection sur la voie publique.

2. Objectifs spécifiques

Atteindre les usagers actifs à haut risque et les faire entrer dans un parcours de réduction des risques et de soins ;

Améliorer les capacités des usagers à adopter des comportements de prévention, de réduction des risques et des dommages ;

Encourager les usagers à pratiquer des dépistages de maladies infectieuses (VIH, hépatites notamment) afin de connaître leur statut sérologique ;

Encourager et faciliter l'accès aux soins **des troubles somatiques** et psychologiques et l'accès aux traitements des dépendances des usagers ~~le plus précaires~~.

3. Cadrage juridique

Article 43 modifié de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Article L. 3411-8 du code de la santé publique : politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue.

Article L. 3411-9 du code de la santé publique : prise en charge anonyme et gratuite.

Articles R. 3121-33-1 à R. 3121-33-6 du code de la santé publique : missions des CAARUD.

Articles D. 3411-1 à D. 3411-10 du code de la santé publique : missions des CSAPA.

Référentiel national de réduction du risque prévu à l'article D. 3121-33 du code de la santé publique et reproduit à l'annexe 31-2 du même code.

Code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 311-7.

4. Durée

~~La durée totale de l'expérimentation nationale est fixée à six ans à compter de la date d'ouverture de la première salle de consommation à moindre risque.~~

~~Chaque projet de SCMR doit être opérationnel pour une durée minimale de un an.~~

L'expérimentation nationale se déroule jusqu'au 31 décembre 2025.

5. Structures concernées

La mise en œuvre des expérimentations ~~de salles de consommation à moindre risque des HSA~~ est confiée par arrêté ministériel à des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) **et à des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)**, au titre de leur mission de réduction des risques et des dommages.

~~La consommation de substances psychoactives n'étant pas autorisée dans les locaux d'un CAARUD, la salle de consommation devra donc être située dans un lieu distinct.~~

6. Public concerné

Les HSA s'adressent à un public d'usagers de substances psychoactives par voie d'injection, par voie nasale ou par inhalation, âgés de plus de 18 ans, vulnérables et cumulant les risques. En cas de doute, le personnel exige à tout moment que les intéressés établissent la preuve de leur majorité, par la production d'une pièce d'identité ou de tout autre document officiel muni d'une photographie.

7. Implantation

Le projet d'une HSA tient compte des réalités et des besoins spécifiques de son territoire d'implantation.

Le choix du lieu d'implantation doit dépendre de données locales spécifiques relatives au nombre d'usagers actifs, aux produits, aux modes et à la fréquence de consommation ainsi qu'aux habitudes des usagers, **en tenant compte de l'environnement social dans lequel la HSA a vocation à s'intégrer.** ~~Il doit être situé~~ **Il conviendrait ainsi de le situer** à proximité des lieux de consommation afin d'être proches des usagers et de réduire les nuisances publiques là où elles sont les plus tangibles.

Le projet adapte en conséquence les programmes d'intervention, les actions et les outils de réduction des risques à ces besoins spécifiques.

8. Financement

Le coût du fonctionnement annuel d'une HSA intègre les dépenses suivantes, qui reprennent les groupes fonctionnels de la nomenclature budgétaire des établissements médico-sociaux définie par l'arrêté du 8 août 2002 :

- dépenses afférentes à l'exploitation courante (frais de fonctionnement, achat de matériel, y compris médical) ;
- dépenses afférentes au personnel (salaires et cotisations sociales) ;
- dépenses afférentes à la structure (loyer, maintenances diverses).

~~Le financement de l'expérimentation est assuré, pour la partie Etat, par le ministère des affaires sociales et de la santé. Les objectifs poursuivis par cette expérimentation s'inscrivent pleinement dans le champ du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) au titre de son intervention de lutte contre les infections VIH/hépatites.~~

Le financement d'une HSA est assuré sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social spécifique.

Des cofinancements peuvent provenir des collectivités territoriales (notamment pour les locaux et leur maintenance, le matériel et l'équipement) ~~d'associations et de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) qui participe au financement de l'évaluation.~~

9. Pilotage national

Un comité de pilotage national est placé sous la responsabilité de la MILDECA. Il est composé de représentants des différents ministères concernés (santé, justice, intérieur).

Il a pour mission ~~de faire le lien entre les comités de pilotage locaux qui seront mis en place au fur et à mesure des expérimentations~~ **de coordonner le déploiement de l'expérimentation et son évaluation dans l'objectif** d'adapter au mieux l'évolution du projet au public concerné, aux besoins nationaux et locaux identifiés, aux possibilités locales. Le comité national assure un suivi régulier de la mise en place des projets de nouvelles HSA dans toutes leurs composantes. Il facilitera les liens entre le consortium de recherche chargé de l'évaluation scientifique et les comités de pilotage locaux.

Le porteur de la HSA doit adresser chaque année, un rapport d'activité à la MILDECA au plus tard le 31 mai de l'année suivante.

10. Evaluation scientifique de l'expérimentation

La mise en place et le financement d'une évaluation indépendante de cette nouvelle phase de l'expérimentation sont sous la responsabilité de la MILDECA. Les structures expérimentant une HSA seront amenées à participer à cette évaluation.

~~Les objectifs et modalités d'évaluation sont développés à l'annexe 3. Les structures expérimentant une salle de consommation à moindre risque seront amenées à participer à cette évaluation.~~

~~L'évaluation des salles de consommation à moindre risque portera sur la santé publique, l'ordre public et la collectivité dans le contexte français. L'évaluation doit aussi contribuer à définir les conditions nécessaires à la pérennisation du dispositif et à son insertion dans le dispositif médico-social de prise en charge des personnes présentant des pratiques addictives.~~

~~Afin d'évaluer ce dispositif et son impact pour les personnes et l'environnement, trois recherches sont financées par la Mildeca :~~

~~– le programme de recherche socio-épidémiologique "Cosinus" porté par un consortium de chercheurs de l'Inserm étudiera l'impact de la salle à partir d'une série de critères d'efficacité tels que la réduction des pratiques à risque de transmission du VHC, du VIH et d'autres maladies transmissibles, ainsi que l'amélioration de la santé mentale, de l'insertion socioprofessionnelle et l'accès au logement, la diminution des actes de délinquance, l'accès aux soins, etc.~~

~~La population de cette étude sera composée de personnes recrutées dans une ville où les salles n'existent pas, de personnes qui ne fréquentent pas une SCMR, même s'ils habitent dans une ville où une SCMR existe, et enfin de personnes qui fréquentent une SCMR ;~~

~~– la recherche conduite par le centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale et société (Cermes 3) portera sur l'acceptabilité sociale des dispositifs de réduction des risques incluant le dispositif innovant des salles de consommation à moindre risque sur la ville de Paris.~~

~~Cette recherche sociologique et ethnographique aura pour objectif principal d'analyser de manière approfondie les évolutions de perception des riverains, des professionnels de santé et de la sécurité publique, des institutions et des usagers de drogues vis à vis des nuisances associées à la consommation de drogues et en particulier les pratiques d'injection et la présence d'usagers de drogues dans l'espace public, avant et après la mise en place d'une SCMR sur Paris.~~

~~Les retombées pragmatiques de ce volet qualitatif pourront contribuer à améliorer le service proposé par la SCMR, d'après les expériences étrangères menées sur ce sujet.~~

~~– L'évaluation médico-économique du dispositif de la SCMR prévue par la Mildeca. Pour cela, sera réalisée la mesure des coûts, des coûts évités et du coût efficacité des SCMR par rapport aux Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD). Il s'agit également de mettre en regard les coûts associés aux SCMR avec les principaux bénéfices qu'ils apportent et les coûts évités que ces bénéfices représentent. Ainsi, cette étude collectera des données sur le coût de la mise en place des SCMR et leur coût additionnel par rapport aux CAARUD. Egalement, les données issues de la cohorte Cosinus et de la littérature scientifique permettront d'identifier les bénéfices de ce dispositif en termes d'infections (VHC, VIH, abcès) et d'overdoses (fatales ou non fatales) évitées et des coûts évités en terme de consommation de soins liés à la prise en charge de ces problèmes de santé. Le modèle développé dans le cadre de cette étude permettra également de simuler sur le long terme les bénéfices de santé apportés par les SCMR.~~

II. - Déclinaison locale du cahier des charges

Le choix de l'implantation est issu d'un diagnostic partagé ~~des différents acteurs~~ par le comité de

pilotage local basé sur des données populationnelles et épidémiologiques locales (espaces publics de consommations, rapports d'activité des CAARUD et CSAPA, etc.).

1. Missions

Une ~~salle de consommation à moindre risque~~ HSA met en œuvre les prestations suivantes :

- accueil personnalisé ;
- mise à disposition de postes de consommation adaptés et permettant un usage supervisé ;
- mise à disposition de matériel stérile **et/ou à usage unique et personnel** adapté aux consommations des usagers ;
- **mise à disposition de naloxone prête à l'emploi** ;
- supervision **des usages au sein de l'espace de consommation** ;
- accompagnement aux pratiques ~~d'injection~~ de consommation à moindre risque ;
- soins médicaux et infirmiers ;
- dépistage des infections transmissibles (VIH, VHB, VHC) ;
- orientation **et/ou accompagnement** vers des structures de prise en charge médico-sociales, sanitaires (**établissements de santé ou médecine de ville**) ou sociales ;
- information, orientation et soutien aux démarches administratives d'accès aux droits ;
- **information et orientation vers les instances de démocratie sanitaire** ;
- **maraudes pour aller à la rencontre d'usagers ne fréquentant pas encore la HSA** ;
- **participation à la médiation avec les riverains et les commerçants** ;
- participation ~~à la médiation~~ à la prévention des nuisances aux abords du service, en lien avec les services de voirie et les forces de sécurité ;
- participation au système de veille sanitaire et d'alerte.

2. Disposition des différents espaces composant une HSA

Les espaces doivent être identifiés et organisés de manière à permettre une circulation fluide des usagers, tenant compte du « parcours » de l'utilisateur, de l'accueil à la sortie de la HSA. Le projet précise la disposition des espaces qui comprennent au minimum :

- un lieu d'accueil et d'attente ;
- l'espace de consommation (précisant le nombre de postes de consommation par voie d'injection ou voie nasale et le nombre de postes d'inhalation), qui comporte : un système d'alerte visuelle ou sonore en cas d'incident ; un dispositif de récupération des matériels utilisés ; une hotte aspirante en cas d'installation de postes d'inhalation ;
- un espace de consultation médicale individuel ;
- un lieu de repos.

Le nombre de places dans l'espace de consommation est défini sur la base de la file active prévisible et des capacités d'accueil ~~prévues dans le cadre de l'expérimentation~~. Chaque espace doit être accessible aux personnes à mobilité réduite et disposer de portes adaptées au passage de brancards.

La HSA satisfait aux conditions d'hygiène et de sécurité nécessaires aux pratiques d'injection, de consommation par voie nasale et d'inhalation.

Chaque poste d'injection est individualisé.

3. Matériel

a. Matériel de réduction des risques et des dommages mis à disposition pour la consommation sur place :

Le matériel de prévention et de réduction des risques et des dommages mis à disposition des usagers doit être conforme aux objectifs de la politique de réduction des risques et des dommages. Il doit être adapté aux besoins des usagers.

Les usagers ont l'obligation d'utiliser le matériel stérile et/ou à usage unique et personnel fourni par la HSA et de déposer le matériel usagé dans des collecteurs spécifiques.

b. Matériel médical :

Sous la responsabilité du médecin, un chariot d'urgence, contrôlé à échéances régulières, doit être mis en place. Il comprend obligatoirement de la naloxone pour les cas de surdose d'opiacés. La commande des médicaments se fait directement auprès de fabricants, de distributeurs ou de grossistes répartiteurs, qui sont autorisés à fournir les CAARUD **et les CSAPA** disposant d'une **SCMR-HSA**, en effectuant un suivi individualisé des lots et, s'il y a lieu, leur retrait.

4. Fonctionnement

a. Amplitude horaire d'ouverture :

Les horaires d'ouverture doivent être adaptés aux modes de vie des publics concernés. La HSA est ouverte au public 7 jours sur 7 et sur une plage horaire d'au minimum une demi-journée (entre 4 et 7 heures), auxquelles doivent être ajoutés les temps d'installation et de nettoyage de l'ensemble du dispositif.

~~Les horaires et conditions de fonctionnement de la salle de consommation à moindre risque doivent être connus par les usagers~~ Les informations sur les horaires et conditions de fonctionnement d'une HSA sont transmises aux usagers ainsi qu'aux professionnels d'autres structures et dispositifs intervenant auprès de ces publics **par le biais de différents moyens** (plaquette/brochure d'information, livret d'accueil, etc.). Une concertation spécifique est prévue avec les forces de sécurité et les autorités judiciaires locales **pour les informer de ces conditions**.

b. Règles d'usage :

Dans l'ensemble des espaces d'une **SCMR-HSA**, les règles suivantes doivent être respectées :

~~— les produits consommés et admis dans le dispositif peuvent être des produits illicites ainsi que des médicaments détournés de leur usage ;~~

- l'utilisateur doit énoncer et montrer à l'intervenant au moment de l'accueil le produit qu'il souhaite consommer pour éviter qu'il n'entre dans la HSA sans substance et incite au partage des produits ;
- une seule session de consommation (injection ou inhalation ou consommation par voie nasale) est autorisée par passage. L'utilisateur doit ensuite quitter le poste de consommation ;
- la consommation est pratiquée par l'utilisateur lui-même sous la supervision d'un professionnel. En cas de besoin, celui-ci peut conseiller l'utilisateur sur les conditions d'une pratique **sûre à moindre risque**, sans toutefois participer au(x) geste(s) de **l'injection consommation** ;
- après la consommation, les usagers sont encouragés à rester un moment dans la salle de repos avant de quitter la structure.

5. Protocoles, outils à mettre en place

a. Protocole d'accompagnement :

Un document détaillant le déroulement du parcours de l'utilisateur, de l'accueil initial à la sortie, doit être élaboré préalablement à l'ouverture d'une **SCMR-HSA**. Il doit comprendre également une description :

- des critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques au profil des usagers accueillis pour les couples d'injecteurs (historique des pratiques d'injection et parcours de soins), les femmes enceintes (suivi médical, historiques de vie et pratiques de consommation), les primo-injecteurs ou les usagers peu expérimentés ;
- des modalités d'admission et de primo-admission (inscription, respect de l'anonymat, recueil de données, profils de consommation, etc.) ;
- **des modalités de prise en compte, le cas échéant, des besoins spécifiques des différents publics accueillis.**

Ce protocole d'accompagnement détaille également les modalités de coopérations avec les services de voirie, de police, **de gendarmerie** et de l'autorité judiciaire. Ce document doit être rédigé de façon concertée, en veillant à son appropriation par l'ensemble des professionnels concernés. Il est régulièrement adapté au regard du fonctionnement de la ~~salle~~-HSA.

b. Protocole d'intervention :

Le protocole d'intervention doit être formalisé par écrit, de manière claire et porté à la connaissance de l'ensemble des intervenants. Il est signé par le directeur et/ou le médecin **attaché à la HSA**.

Le protocole d'intervention inclut en particulier une description détaillée :

- du déroulement de l'entretien d'admission et de la communication du règlement de fonctionnement de la HSA. Celui-ci précise les droits et devoirs des personnes accueillis, des intervenants ainsi que les règles de fonctionnement et de sécurité de la ~~SCMR~~-HSA ;
- des règles d'hygiène que les usagers doivent respecter avant, pendant et après leur consommation ;
- des situations particulières qui peuvent justifier un refus d'admission ou une sortie obligatoire de la ~~SCMR~~-HSA (non-respect des règles d'usage, état d'ébriété ou d'agitation excessive, etc.) ;
- des modalités du travail de supervision des intervenants : notamment en incluant des recommandations de bonnes pratiques de ~~injection~~ **consommation**, de la mise en garde contre les pratiques à risque et des conseils visant à minimiser ces risques.

Dans le cadre de leur rôle de supervision, les intervenants doivent être aptes à juger de l'état de conscience des usagers et à évaluer le degré de risque de la consommation : entretien, observation des signes d'imprégnation, etc.

Le protocole précise :

- les conduites à tenir en cas d'urgence, spécifiquement en cas de malaise ou en cas de suspicion de ~~overdose~~-**surdose** ; le protocole précise notamment le circuit d'intervention rapide en lien avec le service des urgences de l'hôpital, le SAMU, l'utilisation de la naloxone en cas de surdose aux opiacés, etc. ;
- la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang.

6. Règlement de fonctionnement

Conformément à l'article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service. Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en œuvre d'une autre forme de participation. Destiné à l'utilisateur, le règlement de fonctionnement définit les règles devant être respectées

respectivement par les professionnels et les usagers pour garantir le bon fonctionnement de la HSA.

Le règlement de fonctionnement peut comporter, en complément de ces dispositions communes de mises en œuvre, des modalités plus spécifiques, adaptées aux situations locales du lieu d'implantation de la ~~SCMR~~-HSA.

a. Conditions, modalités d'admission, principes, droits et obligations :

Sont inclus les usagers ~~injecteurs~~-majeurs.

Sont exclus les usagers mineurs.

Tout échange ou tentative d'échange de produit psychoactif entraîne l'exclusion immédiate temporaire ou définitive, dans les conditions fixées par le règlement de la HSA.

Les obligations des usagers comprennent au minimum le respect du règlement de fonctionnement, notamment :

- l'énonciation et la description visuelle du produit que l'utilisateur vient consommer ;
- le respect des règles d'hygiène avant, pendant et après la consommation ;
- l'interdiction de tout partage ;
- l'interdiction de toute vente ou cession de produits illicites ou de médicaments à l'intérieur des locaux, y compris dans l'espace de consommation, et dans le périmètre extérieur direct;
- l'interdiction de consommer toute substance psychoactive en dehors des postes de consommation ;
- l'interdiction de tout acte de violence, menace verbale ou physique entre les usagers ou envers les intervenants ;
- l'interdiction d'endommager les mobiliers et matériels ;
- l'interdiction, comme dans tout lieu accueillant du public, de consommer du tabac à l'intérieur de la ~~SCMR~~-HSA (y compris au niveau des postes de consommation) sauf dans les espaces réservés aménagés dans le respect des normes techniques précises et garantissant la sécurité des non-fumeurs. La consommation de tabac aux abords des locaux ne doit pas être une source de nuisance pour les riverains.

Certaines situations particulières peuvent justifier un refus d'admission ou une sortie obligatoire de c. Ces situations sont librement fixées dans le règlement de fonctionnement qui doit en préciser les motifs.

Ces motifs peuvent inclure :

- un état d'ébriété ou d'agitation excessive ;
- la volonté d'utiliser son propre matériel ;
- la volonté d'injecter par voie artérielle, dans des abcès ou des sites d'injection dangereux.

En cas de non-respect de ces dispositions, le personnel de la HSA peut faire appel aux services de police ou de gendarmerie territorialement compétents.

b. Conditions et modalités de l'accueil :

Sont précisés, dans le règlement de fonctionnement, sous forme accessible, les informations suivantes :

- les horaires d'ouverture ;
- les conditions d'accès au lieu d'accueil et d'attente ;
- les conditions d'accès à la **SCMR-HSA** et aux postes de consommation ;
- les conditions d'accès à la salle de repos ;
- les modalités du déroulement de la première consultation d'accueil ;
- les conditions de gestion des animaux de compagnie pendant les temps d'accueil, d'attente et de consommation ;
- les prestations délivrées :
 - information, conseil, rappels sur la réduction des risques et des dommages ;
 - information, rappel des règles d'hygiène à respecter avant, pendant et après la consommation ;
 - fourniture de matériel stérile **et/ou à usage unique et personnel** ;
 - **prestations de soins et/ou d'accès aux soins, dans une logique de parcours, notamment les traitements de substitution, sevrage, soins psychiatriques et médecine générale** ;
 - prestations d'accès et de maintien aux droits sociaux, aux démarches administratives et juridiques.

c. Participation à l'expression des usagers, le conseil de la vie sociale ou autre mode d'expression : Le règlement de fonctionnement détaille le rôle et les modalités de désignation des usagers représentants.

d. Livret d'accueil remis à l'utilisateur :

Chaque usager admis dans une **SCMR-HSA** se voit remettre un livret d'accueil.

7. Participation au système de veille et alerte sanitaire

Le personnel peut ~~être à l'origine d'une information en direction du~~ **participe au** système de veille et d'alerte sanitaire.

Il est aussi le relais d'information et de messages d'alerte déclenchés par les autorités auprès des usagers et des professionnels.

Une circulation des informations est organisée et précisée : elle inclut notamment le Centre d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance-**Addictovigilance** (CEIP-A), l'agence régionale de santé, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

La **SCMR-HSA** est intégrée aux différents dispositifs d'observation dont les dispositifs de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), que sont les réseaux « Tendances récentes et nouvelles drogues » (TREND) et le « Système national d'identification des toxiques et substances » (SINTES).

Le personnel de la **SCMR-HSA** ne peut pas réaliser d'analyse de produits sur place pour le compte de l'utilisateur avant sa consommation.

8. Composition de l'équipe

Une **HSA** s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire. Le personnel répond aux qualifications professionnelles du secteur médico-social.

Deux intervenants, dont au moins un infirmier compétent pour la prise en charge des urgences liées à l'usage de drogues, sont présents à tout moment dans l'espace de consommation : l'un accueille et gère le flux de personnes et le matériel, l'autre supervise les consommations et intervient selon les protocoles définis.

Un poste spécifique d'agent de sécurité **et de médiation** doit être créé pour permettre aux autres intervenants de se consacrer aux tâches d'accueil, d'éducation et d'orientation. En fonction de l'analyse des acteurs locaux et du contexte, le nombre de ces agents peut être augmenté. Des vacances médicales doivent être organisées **au moins une journée par semaine, ce qui équivaut à un minimum de 0,2 ETP**.

Des médiateurs pairs, formés à la réduction des risques, peuvent assister le professionnel de santé ou du secteur médico-social, dans tous les espaces autres que l'espace de consommation. Ils ne sont pas autorisés à participer à la mission de supervision. Le porteur de projet peut s'appuyer sur le référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques de la médiation en santé de la Haute Autorité de santé pour préciser leur cadre d'intervention.

Le porteur de projet précise les compétences et qualifications requises (formations), les quotités de temps et le taux d'encadrement qui doivent garantir la qualité de l'accueil, des prestations et la sécurité (cf. annexe 1 : proposition de tableau des emplois simplifié).

Une astreinte de direction est organisée et budgétée. Des réunions d'information, de coordination et de suivi de la mise en œuvre des protocoles doivent être organisées par l'équipe de direction.

9. Partenariats et conventionnements

Une HSA a vocation à s'inscrire dans un réseau de partenariats avec des structures sociales, médico-sociales, structures sanitaires de proximité, et tout autre établissement, structure ou dispositif intervenant dans le cadre de prestations, dont les soins somatiques, addictologiques et psychiatriques. L'objectif est de formaliser des partenariats afin de renforcer l'orientation et la prise en charge médico-psycho-sociale afin d'améliorer le parcours de soin des usagers (traitement somatique et/ou psychiatrique, traitement de substitution, naloxone, etc.). Dans ce contexte, il est important de construire un partenariat avec les équipes de liaisons et de soins en addictologie (ELSA), les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) et, le cas échéant, entre CSAPA et CAARUD.

~~La salle de consommation à moindre risque a vocation à s'inscrire dans un réseau de partenariats : CAARUD, CSAPA, ELSA, CeGIDD, structures sociales, médico-sociales, sanitaires de proximité, ou tout autre établissement, structure ou dispositif intervenant dans le cadre de prestations, dont les soins somatiques, addictologiques et psychiatriques. Les horaires et conditions de fonctionnement de la salle de consommation à moindre risque doivent être connus par les usagers (plaquette/brochure d'information, livret d'accueil, etc.) ainsi que les professionnels d'autres structures et dispositifs intervenant auprès de ces publics.~~

Le CAARUD **ou le CSAPA** en charge d'une salle-de consommation à moindre risque formalise avec le SAMU et le service des urgences de l'hôpital le plus proche des protocoles d'intervention en cas d'urgence.

Une convention formalise la procédure d'élimination des déchets et des seringues usagées. Une concertation est prévue entre l'association porteuse et la municipalité concernant le ramassage des seringues usagées autour de la ~~SCMR-HSA~~.

Une concertation spécifique, notamment dans le cadre de l'élaboration du protocole de fonctionnement d'une HSA, est prévue avec les forces de sécurité et les autorités judiciaires locales ~~concernant le fonctionnement de la salle de consommation et la gestion de l'ordre public à l'extérieur de la salle~~ **notamment pour établir la gestion de l'ordre public à l'extérieur de la HSA**. Dans ce cadre, les modalités de recours aux services de police **ou de gendarmerie** territorialement compétents doivent être formalisées.

Des interventions régulières de proximité visant à assurer une bonne intégration dans le quartier, à prévenir et réduire les nuisances sur l'espace public doivent également être prévues (maraudes, réunions de riverains, rencontres avec les élus, la police, les institutions, participation aux réunions et instances locales de pilotage et de suivi, aux conseils de quartier, etc.).

10. Comité de pilotage local de ~~l'expérimentation~~ la HSA

Préalablement à la mise en place d'une HSA, un comité de pilotage local est créé pour toute la durée de l'expérimentation. ~~Il a pour missions de vérifier la conformité de la mise en place de l'expérimentation au contenu du cahier des charges, d'accompagner l'adaptation du projet aux réalités locales et de faciliter le lien avec le comité de pilotage national. Son rôle est :~~

- de vérifier la conformité du projet de HSA au contenu du présent cahier des charges ;
- de partager les éléments du diagnostic local, notamment sur le choix du lieu d'implantation;
- d'accompagner l'adaptation du projet aux réalités locales ;
- de faciliter le lien avec le comité de pilotage national.

Le maire de la commune où est implantée la ~~SCMR-HSA~~, le directeur général de l'ARS ~~et le chef de projet régional Mildeca sont chargés du pilotage de ce comité~~, le préfet de département territorialement compétent et le procureur de la République assurent la co-présidence du comité de pilotage et décident conjointement de l'engagement, des évolutions attendues ou, le cas échéant, de la fin d'un projet de HSA, proposé au ministre chargé de la santé en application de l'article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. Le comité de pilotage est composé d'élus locaux, de représentants des services des collectivités territoriales, des institutions concernées intervenant dans les domaines de la santé, de la sécurité, de la justice (~~préfecture, ministère public, etc.~~), du gestionnaire porteur de la HSA, ~~des représentants des usagers~~ etc.

11. Comité opérationnel de la HSA

Un comité opérationnel, distinct du comité de pilotage mais agissant sous sa responsabilité, est créé pour accompagner la mise en œuvre opérationnelle de la HSA, notamment pour :

- favoriser l'échange d'informations et assurer la coordination entre tous les acteurs ;
- examiner en tant que de besoin les difficultés d'organisation ou de fonctionnement de la structure et de faire remonter ces difficultés au comité de pilotage au cas où elles ne peuvent être résolues à l'échelle du comité opérationnel.

Ce comité opérationnel, qui pourra pour partie être composé de membres du comité de pilotage, associe l'équipe de direction de la ~~SCMR-HSA~~ et les acteurs locaux de proximité les plus directement impliqués dans le projet (services de police, de gendarmerie, de justice, de voirie, riverains, etc.) ainsi que des représentants des usagers.

12. Evaluation de l'activité

Le ~~CAARUD~~ porteur de la ~~SCMR-HSA~~ désigné doit adresser chaque année, au plus tard le 31 mai de l'année N + 1, un rapport sur le déroulement de l'activité de ~~SCMR-HSA~~ aux pilotes du comité de pilotage local (directeur général de l'agence régionale de santé, ~~préfet de département, procureur~~, maire de la commune) et à la MILDECA ainsi qu'au ministre en charge de la santé. Ce rapport d'activité annuelle détaille notamment :

- la file active : nombre, profil, part d'usagers réguliers, etc. ;
- les produits consommés et leur nature ;
- le taux d'occupation mensuel de la structure ;

~~— le temps moyen de passage :~~

- les événements indésirables et leur nombre ;
- les dépistages réalisés et leur nombre ;
- le nombre d'initiations de TSO ou d'orientations vers une consultation TSO ;
- le nombre de kits naloxone distribués ;
- le nombre d'orientations vers l'hospitalisation ou les structures d'accompagnement pour un sevrage ;
- le nombre d'orientations vers des structures sanitaires pour prise en charge somatique/psychiatrique ;
- les actions de médiation sociale et de proximité : nombre, type d'action, résultats, etc. ;
- le nombre de maraudes ;
- le nombre de réunions avec les différents partenaires ;
- les articulations avec les réseaux environnants : hôpital, médecine de ville, social, médico-social, etc.

ANNEXE 8 : Note d'analyse de la direction des affaires juridique des ministères sociaux sur les suites à donner à l'expérimentation

Mission IGA-IGAS d'évaluation des haltes soins addictions – Réponses de la DAJ des ministères sociaux sur les suites à donner à l'expérimentation (07/2024)

Rappel du cadre législatif de l'expérimentation

- [L'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016](#) de modernisation de notre système de santé a ouvert une expérimentation des salles de consommation à moindre risque (SCMR) pour 6 années à compter de l'ouverture de la première salle.
- [L'article 83 de la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021](#) portant financement de la sécurité sociale a prolongé cette expérimentation « au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025 », notamment en renommant les salles en haltes soins addictions (HSA). Cette expérimentation relève du cadre de l'article 37-1 de la Constitution et non de son article 72.

1. **Question de la mission : le droit et /ou la jurisprudence encadrent-ils la possibilité de prolonger plusieurs fois une expérimentation de nature législative ? au cas d'espèce, l'expérimentation relative aux SCMR / HSA peut-elle être juridiquement prolongée de nouveau ?**

L'article 37-1 de la Constitution prévoit que « La loi et le règlement peuvent comporter, pour un objet et une durée limités, des dispositions à caractère expérimental ». À la lumière de ces dispositions, le Conseil constitutionnel et le Conseil d'État ont jugé que pour déroger au principe d'égalité, le législateur doit expressément fixer la durée d'une expérimentation¹⁹⁴, sans pouvoir déléguer au pouvoir réglementaire le soin d'en fixer le terme¹⁹⁵.

Aucune règle de droit ne limite pour autant cette durée ou le nombre de renouvellements. Il importe en revanche que la prolongation repose sur des motifs objectifs et étayés, liés à l'objet de l'expérimentation. En l'occurrence, dans une décision du 14 avril 2023¹⁹⁶, par laquelle il a validé le principe de la prolongation, le Conseil d'Etat a relevé, sur la base d'une évaluation du dispositif par l'Inserm au mois de mai 2021, que la prolongation de trois ans, prévue par l'article 83 de la loi n° 2021- 1754 du 23 décembre 2021 apparaissait justifiée par la nécessité de tirer toutes les conséquences de l'adaptation de l'expérimentation, alors même qu'elle portait à neuf ans sa durée totale.

¹⁹⁴ CE, 6 novembre 2019, Syndicat national CGT OFPRA - La CIMADE et autres, 422207 422604 424196, B

¹⁹⁵ CC, n°2009-584 DC du 16 juillet 2009 (§ 39)

¹⁹⁶ CE, 14 avril 2023, ASSOCIATION UNION PARISIENNE et autres, 463428, C

Une nouvelle prolongation devra donc reposer sur la nécessité de recueillir davantage de données de terrain avant d'envisager le terme ou la pérennisation de l'expérimentation. À cet égard, il est intéressant de signaler la distinction rappelée par le rapporteur public dans ses conclusions sur la décision précitée du 14 avril 2023 entre :

- l'expérimentation qui porte sur un échantillon de population afin de tester la pertinence d'un dispositif à petite échelle : par construction, cette expérimentation méconnaît le principe d'égalité et l'article 37-1 permet justement de pallier cette méconnaissance. La généralisation du dispositif expérimental permet ensuite de rétablir l'égalité ;
- l'expérimentation qui teste une rupture d'égalité : cette fois, la différence de traitement est l'objet même de l'expérimentation, de sorte que cette différence de traitement intégrera le droit commun une fois cette expérimentation parvenue à son terme si le choix est fait de la pérenniser. La rupture d'égalité ne cesse pas, la pérennisation doit donc être justifiée par un motif d'intérêt général suffisant.

En l'espèce, le dispositif expérimental des HSA relève de la seconde catégorie. Or, le rapporteur public indique que, dans ce cas, le raisonnement qui doit conclure à l'absence de manquement au principe d'égalité est similaire à celui d'une dérogation introduite par la loi à titre non expérimental. Une prolongation au-delà des neuf ans devrait donc reposer tant sur des motifs liés à la nécessité de disposer d'une période d'observation plus longue que, eu égard à cette durée, sur des critères objectifs justifiant sa pérennisation.

Concrètement, il s'agirait de justifier la différence de situation entre les consommateurs des HSA et les autres, essentiellement l'immunité pénale, par une différence de situation ou bien par les répercussions positives de ce dispositif sur la lutte contre les addictions.

2. Question de la mission : Est-il possible de n'inscrire dans le droit commun que les deux HSA jusqu'alors expérimentatives ?

Dans la mesure où elle ne bénéficierait plus du régime de l'article 37-1 de la Constitution, une pérennisation limitée aux deux centres existants ne serait possible qu'à condition de justifier la différence de situation ainsi instituée au regard de critères objectifs, en rapport direct avec l'objet de la loi qui établit cette différence¹⁹⁷ (cf. *supra*).

Très concrètement, il s'agirait, au moment de la pérennisation, de parvenir à éviter la contradiction entre :

- les arguments qui plaident en faveur d'une limitation du nombre de HSA à son niveau expérimental (faible acceptabilité sociale des citoyens, répercussions négatives sur la clarté affichée de la politique de répression contre la drogue...) ;
- les motifs qui justifieraient cette pérennisation (bénéfices en matière de lutte contre les addictions ou de protection de la santé des consommateurs de drogue...)

D'un point de vue pratique et pour surmonter cette contradiction, il serait néanmoins possible de prévoir dans la loi que les CSAPA et les CAARUD mentionnés à l'article au 9° de l'article L. 312-1 du CASF peuvent être autorisés à faire fonctionner une HSA (selon les conditions d'autorisation prévues par l'expérimentation ou en les adaptant : par exemple une autorisation HSA par région),

¹⁹⁷ CC, n°96-380 DC du 23 juillet 1996 (§ 9)

de sorte que les deux seules structures existantes pourraient être ainsi pérennisées, sans que d'autres CSAPA ou CAARUD ne sollicitent d'autorisation.

En revanche, il ne semble pas que les HSA constitueraient une catégorie d'établissement public nouvelle. Ces structures ne sont pas dotées d'une personnalité juridique propre, il s'agit de services créés au sein de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue ou de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, déjà prévus aux articles L. 3411-6 et L. 3411-9 du CSP et relevant tous deux du 9° du I de l'article L. 312-1 du CASF.

3. Question de la mission : Existe-t-il d'autres suites possibles à l'expérimentation en dehors de la fin de l'expérimentation, la pérennisation du dispositif, voire une nouvelle prolongation de la durée l'expérimentation (cf. supra) ? S'agissant d'une expérimentation prévue par l'article 37-1 de la Constitution et non de son article 72, la généralisation ne semble pas devoir trouver à s'appliquer, mais confirmez-vous cette analyse ?

S'agissant d'une expérimentation susceptible d'être pérennisée, c'est-à-dire d'entrer dans le code commun, le dispositif prévu par la loi permet déjà une généralisation sur l'ensemble du territoire à condition de respecter les conditions procédurales qu'elle fixe (cf. distinction supra) : en effet, tout CAARUD inscrit sur l'arrêté ministériel après avis du DG ARS et de la commune peut mettre en place une halte soins addictions.

Par ailleurs, deux options sont possibles en dehors d'une prolongation ou d'une pérennisation :

- la fin de l'expérimentation : sans initiative législative, le dispositif expérimental deviendra caduc au 31 décembre 2025. Il serait dans cette hypothèse souhaitable d'accompagner la transition vers la fin de ce dispositif par des mesures progressives ;
- la pérennisation « ajustée » : compte-tenu des conclusions tirées de l'évaluation de l'expérimentation, des modifications au régime expérimental pourraient être prévues lors de la pérennisation. Le même raisonnement peut être tenu s'agissant d'une prolongation, étant précisé qu'un vecteur législatif sera, dans les deux cas, nécessaire.

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Cabinets ministériels, administrations centrales et mission interministérielle

Cabinet du Premier ministre

- Étienne STOSKOPF, conseiller affaires intérieures
- Julien LE GUEN, conseiller sécurité intérieure
- Yann-Gaël AMGHAR, conseiller social
- Dr. Mathilde MARMIER, conseillère santé publique et handicap

Cabinet du ministre de l'Intérieur

- Alexandre BRUGERE, directeur de cabinet
- Julien DEFER, conseiller Police

Cabinet du ministre délégué en charge de la Santé et de la prévention

- Marion MARTY, directrice de cabinet adjointe
- Alexandre VALLEE, conseiller prévention, santé publique et innovation des prises en charge

Ministère du travail, de la santé et des solidarités - Direction générale de la santé

- Christine JACOB-SCHUMACHER, sous-directrice de la santé des populations et de la prévention
- Elise RIVA, cheffe de bureau prévention des addictions
- Sylvain GUEHO, adjoint à la cheffe de bureau prévention des addictions
- Ezra DANIEL, chargé de mission réduction des risques

Ministère du travail, de la santé et des solidarités - Direction générale de l'offre de soins

- Constance FAVEREAU, adjointe à la sous-directrice de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital
- Claire DEFIVES, adjointe à la cheffe de bureau - prise en charge en santé mentale et populations vulnérables

Ministère du travail, de la santé et des solidarités - Délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie

- Pr Frank BELLIVIER, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie

Ministère de l'Intérieur - Direction nationale de la sécurité publique

- Philippe TIRELOQUE, directeur national adjoint

Ministère de l'Intérieur - Direction nationale de la police judiciaire

- Stéphanie CHERBONNIER, cheffe de l'Office anti-stupéfiants (OFAST)

Ministère de la Justice – Direction des affaires criminelles et des grâces

- Cécile GRESSIER, sous-directrice de la justice pénale générale
- Aude MOREL, cheffe de bureau de la politique pénale générale

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives - MILDECA

- Nicola PRISSE, président de la Mildeca
- Valérie SAINTOYANT, déléguée générale
- Ruth GOLZAN, conseillère santé
- Guillaume AIRAGNES, directeur de l'observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)
- David WEINBERGER, chargée de mission recherche à la Mildeca

Professionnels de la réduction des risques et des dommages

Responsables de Caarud

- Dr Charline MICHEL, association Spiritek - Lille
- Céline LABBE, association Spiritek – Lille
- Dr Véronique LATOUR, association La Case – Bordeaux
- Maela LE BRUN, association Gadelius – Marseille
- Martine LACOSTE, directrice générale de l'association Clémence Isaure à Toulouse
- Etienne NORMAND, responsable de service du Caarud Clémence Isaure de Toulouse
- Sterenn BOHELAY-GOUSSET, directrice de l'association Opelvia – Nantes
- Gurvan LE BOURHIS chargé de projet en réduction des risques, Caarud l'Acôthé de Nantes
- Lionel DIENY, directeur du Caarud Les Wads de Metz
- Sandie DA COSTA, cheffe de service du Caarud SACADOS d'Orléans

Caarud – Aulnay-sous-Bois – Aurore 93

- Stéphane BRIARD, directeur d'activités
- Yaelle DAURIOL, cheffe de service
- Mareck SPEJCHAL, éducateur spécialisé

Espace de repos - Porte de La Chapelle

- Florian GUYOT, directeur général d'Aurore
- Léon GOMBEROFF, directeur d'activités - Aurore
- Dr Victor DETREZ, directeur adjoint - Gaïa
- Elsa PESCI, cheffe de service Espace Porte de la Chapelle - Aurore
- Dorothée PIERARD, directrice Caarud EGO

Fédération Addictions

- Pr Jean Michel DELILE, médecin psychiatre, président
- Marie ÖNGÜN-ROMBALDI, déléguée générale

Fédération française d'addictologie

- Pr Amine BENYAMINA, président
- Dr Bernard BASSET, association addictions France

Association OPPELIA ARIA - Lyon

- Daniel THABOUREY, directeur
- Camille GIBAUD, cheffe de service
- Gilles PENAVALYRE, chargé de mission préfigurateur HSA Lyon

Médecins du Monde

- Céline DEBAULIEU, référente techniques et plaidoyers pour les usagers de drogues

Sociétés savantes, ordres et acteurs de la recherche

Académie nationale de médecine et de pharmacie (par correspondance)

- Pr Jean-Claude ALVAREZ, membre titulaire, section des sciences pharmaceutiques - toxicologie
- Pr Jean COSTENTIN, membre émérite

Conseil national de l'Ordre des Médecins

- Dr Claire SIRET, présidente de la section Santé publique
- Dr Sophie DESMEDT-VELASTEGUI, médecin addictologue
- Cécile BISSONNIER, juriste responsable de la section Santé publique
- Lucie HUG, juriste, section Santé publique
- Jeanne SIDO, juriste, section Santé publique

INSERM

- Marie JAUFFRET-ROUSTIDE, sociologue, chargée de recherche

Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA, ex OEDT)

- Alexis GOOSDEEL, directeur de l'agence de l'Union européenne sur les drogues

Laboratoires RESHAPE des Hospices civils de Lyon

- Dr. Asma FARES, médecin de santé publique
- Melvin SALIGNAT, chargé d'études aux HCL, psychologue du travail, sociologue
- Jessica CHRYSSOMALIS, sociologue, chargée d'études
- Adèle PERRIN, chargée de mission

Haltes soins addictions de Paris – parties prenantes

Halte soins addictions Jean-Pierre Lhomme, Gaïa Paris

- Dr Elisabeth AVRIL, directrice de l'association Gaïa
- Jamel LAZIC, chef de service de la halte Paris
- José MATOS, association Gaïa, responsable des maraudes
- Dr Maeva FORTIAS, médecin psychiatre

Agence régionale de santé – Ile de France

- Denis ROBIN, directeur général
- Dr Luc GINOT, directeur de la santé publique
- Jean FABRE MONS, directeur adjoint de la santé publique
- Jean-Baptiste ECCEL, chef de projet à l'agence régionale
- Tanguy BODIN, directeur de la délégation départementale de Paris
- Sylvia NGUYEN DANG, médecin en charge des addictions à la délégation départementale

Préfecture de Police de Paris

- Laurent NUNEZ, préfet de Police de Paris
- Coline HRABINA, conseillère partenariats de sécurité
- Isabelle TOMATIS, directrice de la sécurité de proximité de l'agglomération parisienne
- Bernard BOBROWSKA, directeur territorial de la sécurité de proximité de Paris
- Jean-Paul PECQUET, directeur adjoint de la sécurité de proximité de l'agglomération parisienne
- Hugo ARER, Commissaire du 10e arrondissement de Paris

Tribunal judiciaire de Paris

- Laurent GUY, procureur de la République adjoint, division des sections de permanence générale

Préfecture de la Région Ile-de-France

- Christophe NOËL DU PAYRAT, directeur de cabinet du préfet de la région d'Ile-de-France
- Pierre NEBOUT, chargé de mission

Ville de Paris – Mairie du 10ème arrondissement

- Alexandra CORDEBARD, Maire du 10ème arrondissement

Ville de Paris

- Anne-Claire BOUX, adjointe à la Maire de Paris chargée de la santé
- Farida BELKHRI, conseillère solidarités et santé
- Eve PLENEL, directrice de la santé publique de la Ville de Paris

- Melissa HADOUX, responsable de la mission métropolitaine de prévention des conduites à risques
- Yolaine CELLIER, administratrice de la Ville de Paris

Hôpital universitaire Fernand Widal

- Pr Florence VORSPAN, chef du service de psychiatrie et de médecine addictologique

Hôpital universitaire Lariboisière

- Pr Bruno MEGARBANE, chef du service de réanimation toxicologique

Structures ou associations partenaires de la Halte soins addictions de Paris

- Catherine DUPLESSIS, association SAFE
- Léon GOMBEROFF, directeur du CSAPA Aurore 75 et du CAARUD EGO
- Aurore DUMONT, association Aurore ASSORE
- Abdou NDIAYE, directeur de l'association Oppelia Charonne
- Odile GIRARDIERE, SNCF - référente sociale Gare du Nord – Paris
- Louise JOUNOT, infirmière de coordination – équipes ELSA Lariboisière

Associations de riverains : collectif parents SCMR

- Brigitte GRUEL
- Hugo ROBLEDO
- Anne THOMAZEAU
- Cécile DUMAS

Associations de riverains : Action Barbès

- Marc POISSENOT

Associations de riverains : Collectif du 41 rue d'Alsace

- Géraldine BATAILLON-DIEUTEGARD

Associations de riverains : Ensemble nous somme le 10ème

- Paule LEFEBVRE-KROL

Associations de riverains : collectifs riverains Lariboisière Gare du Nord et indépendants

- Claire BOZON
- Jean FOUCRIER
- Jean-François GERMAIN
- Alain GROSRICHARD
- Ruth GROSRICHARD
- Pascal PICHON
- Chantal TETREAU

- Jan VAN DEN BOSCH
- Cyril VESSIER

Associations de riverains : Vivre Gare du Nord et Est

- Pierre COULOGNER

Halte soins addictions de Strasbourg – parties prenantes

HSA Argos, Strasbourg

- Gauthier WAECKERLE, directeur de l'association Ithaque
- Danielle BADER, ancienne directrice de l'association Ithaque
- Jean SUSS, chef du service en charge de l'hébergement
- Nicolas DUCOURNAU, coordinateur de la salle de consommation
- Dr Camille BRAND, médecin
- Dr Flavie OSTER, médecin
- Dr Marielle RIUTORT, médecin psychiatre

Agence régionale de santé Grand-Est

- Virginie CAYRE, directrice générale
- Dr Arielle BRUNNER, directrice de la santé publique
- Dominique THIRION, directrice de cabinet
- Laurent DALMAS, directeur de la qualité, de la performance et de l'innovation
- Frédéric CHARLES, délégué territorial du Bas-Rhin
- Stéphanie JAEGGY, déléguée territoriale adjointe

Préfecture du Bas-Rhin

- Josiane CHEVALIER, préfète de la Région Grand-Est, préfète du Bas-Rhin

Direction départementale de la Police Nationale du Bas-Rhin

- Laurent TARASCO, directeur départemental de la sécurité publique
- Vincent EHRHARD, commandant de Police

Tribunal judiciaire de Strasbourg

- Yolande RENZI, procureure de la République

Eurométropole de Strasbourg

- Pierre-Yves MANCHON, directeur solidarités, santé, jeunesse
- Eric DEMONSANT, directeur adjoint solidarités, santé, jeunesse
- Dr Thibault MUTEL, chef du service santé et autonomie

Mairie de Strasbourg

- Alexandre FELTZ, adjoint au Maire
- Morgane LEGRAND, conseillère technique

Hôpital universitaire de Strasbourg – Addiction

- Pr Laurence LALANNE, médecin addictologue, chef de service
- Nadia REIFF, éducatrice spécialisée
- Orian AMANA, éducateur spécialisé

Hôpital universitaire de Strasbourg – Urgences

- Pr Pascal BILBAULT, médecin urgentiste, chef de service

Autres médecins psychiatres

- Dr Olivier HALLEGUEN, médecin psychiatre, CH d'Erstein
- Dr Alexandre BARATTA, médecin psychiatre, CH de Sarreguemines

Marseille – parties prenantes du projet de HSA

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

- Sébastien DEBEAUMONT, directeur-général par intérim
- Caroline AGERON, directrice départementale des Bouches du Rhône
- Aline GARCIA, département animation des politiques territoriales

Préfecture de Police des Bouches du Rhône

- Pierre-Edouard COLLIEX, préfet de Police
- Nicolas HAUPTMAN, directeur de cabinet du préfet de Région PACA
- Yannis BOUZAR, Directeur de cabinet adjoint du préfet de Police

Tribunal judiciaire de Marseille

- Nicolas BESSONE, procureur de la République

Mairie de Marseille

- Michèle RUBIROLA, première adjointe au maire de Marseille
- Sébastien AZIBI, responsable santé et prévention santé
- Dr Georges MAGUEREZ, directeur du pôle Santé publique
- Dr Philippe CANO, ex-directeur du pôle Santé publique

Responsables de Caarud à Marseille et porteurs du projet de HSA

- Caroline GASIGLIA, présidente de l'association ASUD
- Stéphane AKOKA, directeur ASUD Mars Say Yeah
- Dr Michel BOURRELLY, administrateur de l'association ASUD

- Dr Hans GADELIUS, administrateur de l'association ASUD
- Guillaume DEBRIE, coordinateur régional de Médecins du Monde
- Lucile GAUTIER, directrice Groupe SOS Solidarités – Sleep In
- Joachim LEVI, directeur de l'association Nouvelle Aube
- Maeva LEBRUN, directrice du bus 31/32
- Perrine ROUX, pôle recherche de l'INSERM
- Dr Aurélie TINLAND, hôpitaux de Marseille - équipe mobile psychiatrie précarité
- Julien, Sonia et Sandra usagers du centre d'accueil
- Murielle, Nicolas et Carole, membres de l'association « je dis oui à l'ouverture d'une HSA »

Autres interlocuteurs rencontrés dans les territoires

Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine

- Cécile TAGLIANA, Directrice générale adjointe
- Anaïs SEBIRE, Directrice adjointe de la délégation départementale de la Gironde

Préfecture de région Nouvelle-Aquitaine

- Justin BABILOTTE, directeur de cabinet du préfet de la région Nouvelle-Aquitaine

Tribunal judiciaire de Bordeaux

- Frédérique PORTERIE, procureure de la République près le Tribunal judiciaire de Bordeaux

Agence régionale de santé Normandie

- Sébastien DELESCLUSE, directeur général adjoint
- Thomas AUVERGON, pôle prévention promotion de la santé
- Marie-Lou DARCHEZ, pôle prévention promotion de la santé
- Christelle GOUGEON, pôle prévention promotion de la santé
- Laure SOUCAILLE, déléguée territoriale

Préfecture de la Seine-Maritime

- Clément VIVES, directeur de cabinet du préfet de la Seine-Maritime
- Elodie LECAPLAIN-SHARM, directrice adjointe de cabinet du préfet de la Seine-Maritime

Tribunal judiciaire de Rouen

- Frédéric TEILLET, procureur de la République près le tribunal judiciaire de Rouen

Direction interdépartementale de la Police nationale de la Seine-Maritime

- Commandant Aurélie REVEL, chef d'état-major adjoint, DIPN 76

LISTE DES SIGLES

ARS	Agence régionale de santé
CAARUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
COSINUS	COhorte pour l'évaluation des facteurs Structurels et Individuels de l'USage de drogues
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DACG	Direction des affaires criminelles et des grâces
DGOS	Direction générale à l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
ECS	Espace des consommation supervisée
ELSA	Equipe de liaison et de soins en addictologie
ETP	Equivalent temps plein
EUDA	Agence de l'Union européenne sur les drogues (anciennement OEDT)
GPO	Groupe de partenariat opérationnel
HDJ	Hospitalisations de jour
HSA	Halte soins addictions
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
ILS	Infraction à la législation sur les stupéfiants
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
MDMA	MéthylèneDioxy-N-MéthylAmphétamine
Mildeca	Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
NIMBY	Not in my backyard
OEDT	Observatoire européen des drogues et toxicomanies devenu l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA) en juillet 2024
OFAST	Office anti-stupéfiants
OFDT	Observatoire français des drogues et des tendances addictives
RdR	Réduction des risques et des dommages
SCMR	Salle de consommation à moindre risque
SINTES	Système d'identification national des toxiques et des substances
SSI	Services de sécurité intérieure
TREND	Tendances récentes et nouvelles drogues
TSO	Traitement de substitution aux opiacés
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

LETTRE DE MISSION



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Les Ministres

Paris, le

10 AVR. 2024

**Le ministre de l'Intérieur et des Outre-mer
La ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités
Le ministre délégué chargé de la Santé et de la Prévention**

à

**Monsieur le Chef de l'Inspection générale de l'administration
Monsieur le Chef de l'Inspection générale des affaires sociales**

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a institué en France, à titre expérimental, les salles de consommation à moindre risque, au titre de la politique de réduction des risques et des dommages à destination des usagers de drogues les plus précaires.

La loi a prévu l'expérimentation de ce dispositif pour une durée initiale de six ans. Dans ce cadre, deux salles ont vu le jour, l'une à Paris et l'autre Strasbourg, en 2016. En 2021, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a remis à la mission interministérielle de lutte contre les drogues et conduites addictives un rapport scientifique très détaillé évaluant notamment l'impact de ce dispositif sur la diminution des pratiques à risque. Suite à la remise de ce rapport, l'expérimentation a fait l'objet d'une prolongation par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2022 prenant en compte les principaux enseignements de l'évaluation et changeant la dénomination en haltes soins addictions (HSA).

Pour autant, force est de constater qu'aucune nouvelle halte soins addictions n'a été créée en France depuis la création des salles à Paris et Strasbourg, l'ensemble des projets portés dans différentes villes ayant notamment souffert d'un défaut marqué d'acceptabilité sociale par les citoyens résidant à proximité des lieux identifiés par les municipalités.

Par ailleurs, la politique très volontariste du Gouvernement en matière de répression contre la drogue appelle à une grande clarté dans les messages portés par la puissance publique. Or, ces structures peuvent parfois être perçues par certains acteurs, notamment en dehors des acteurs de la sphère santé, davantage comme un accompagnement à la consommation que la possibilité offerte à des consommateurs d'entrer dans un parcours de soins.

Dans ce contexte, votre mission consistera à :

- Évaluer la pertinence et la place des haltes soins addictions dans l'éventail des outils de réduction des risques et des dommages mis en œuvre en France conformément à la loi de 2016 et dans le paysage de la prise en charge addictologique. Vous analyserez, en vous appuyant notamment sur le travail susmentionné conduit par l'INSERM, l'efficacité sanitaire du dispositif et sa complémentarité avec les dispositifs destinés aux usagers de drogues (établissements médico-sociaux, hôpital, médecine de ville). Vous intégrerez dans votre réflexion le dispositif d'hébergement créé auprès de la halte soins addictions de Strasbourg dans le cadre du fonds pour l'innovation du système de santé ;

- Évaluer l'impact des haltes soins addictions sur la tranquillité et l'ordre publics. Cet impact devra porter sur toutes les dimensions : présence des usagers dans les « scènes ouvertes », consommation dans l'espace public, présence de matériel d'injection sur la voie publique, évolution du nombre d'actes d'incivilité et de délinquance dans le périmètre immédiat comme de dilution dans les zones plus éloignées, effets ressentis par la population, effets sur la fréquentation des commerces, etc. ;
- Évaluer les modalités de création des dispositifs (processus d'élaboration des projets, association des parties prenantes etc.) et la pertinence des lieux d'implantations.

L'étude de ces différentes dimensions – et notamment la dimension sanitaire et la tranquillité publique – devra permettre de donner un éclairage au Gouvernement quant au maintien, à l'adaptation ou à l'arrêt de ces dispositifs.

Vous vous appuyerez, pour conduire vos travaux, sur l'exemple des haltes soins addictions étrangères, en particulier européennes, sur les recommandations des organismes internationaux (OMS, EMCDDA), sur les retours d'expérience des acteurs institutionnels, politiques et professionnels, ainsi que sur les différentes évaluations menées des équipes de recherche.

Les conclusions de votre mission nous seront remises au plus tard le 1^{er} septembre 2024.



Gérald DARMANIN



Catherine VAUTRIN



Frédéric VALLETOUX