



**Ouvrir, au bénéfice des droits et de la santé des usagers de
drogues, une SCMR dans un cadre coopératif**

Jean-François BOWEN

2013

cafedes



Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à ma compagne et à mes enfants qui ont dû supporter mes absences même lorsque nous étions ensemble et qui m'ont soutenu tout au long de cette formation et de l'écriture de ce mémoire.

Un grand merci à Élisabeth AVRIL, Directrice de Gaïa, et Céline De BAULIEU, coordinatrice de la SCMR, qui m'ont accueilli en tant qu'étudiant CAFDESien et m'ont permis de participer à des réunions et donné accès aux documents utiles à la rédaction de ce mémoire.

Mes remerciements vont également aux directrices et directeurs qui m'ont reçu en stage, Jean, Josiane, Sylvie, Serge, avec qui j'ai eu beaucoup d'échanges fructueux.

Merci aux intervenants du groupe mémoire, Mme Marie-Jeanne CARPENTIER et M. Yves SUAUDEAU ainsi qu'à Serge LONGERE, mon conseiller expert.

À mes relectrices qui m'ont éclairé tant sur le fond que la forme, Élisabeth et Érica, mais aussi à mes sœurs Françoise et Odile qui m'ont apporté un soutien concret.

Aux camarades de promotion avec qui j'ai beaucoup débattu et avec qui j'ai noué des liens de confiance,

Aux intervenants qui animent cette formation.

Enfin ce travail est dédié à tous ceux qui, comme Jean-Luc, camarade décédé d'overdose à la fin des années 70, sont partis trop tôt. Ne trouvant que peu d'humanité sur leur chemin, ils n'eurent ni la possibilité ni la chance d'accéder à des lieux ressources face aux risques liés à leurs consommations de drogues.

Sommaire

Introduction	1
1 Drogues, une histoire ancienne, des problèmes nouveaux	5
1.1 Des débuts de l'humanité à la globalisation	5
1.1.1 Brève histoire et géopolitique des drogues.....	5
1.1.2 La guerre à la drogue et la guerre aux drogués.....	7
1.1.3 La Réduction des Risques	8
1.2 La situation française.....	10
1.2.1 Les accords internationaux	10
1.2.2 Le cadre légal et réglementaire, les dispositifs	12
1.2.3 Consommations aujourd'hui et risques associés	15
1.2.4 Le Nord-Est parisien	19
1.3 L'association Gaïa	24
1.3.1 L'héritage de Médecins du Monde	24
1.3.2 Les établissements	25
1.3.3 Les publics aujourd'hui.....	26
1.3.4 Innover en partenariat	26
2 Situation, problème et analyse diagnostic	29
2.1 Des politiques publiques en retrait	29
2.1.1 Des drames humains constatés, des catastrophes sanitaires prévisibles et des besoins non couverts.....	29
2.1.2 Des limites avérées en soin et en addictologie.....	33
2.1.3 Insécurité, nuisances et sentiment d'insécurité	37
2.1.4 Un débat qui ne vient pas.....	40
2.2 Des populations en situation précaire et marginalisées.....	45
2.2.1 Des consommations et des modes de consommation à risques	46
2.2.2 Des populations centrées géographiquement	47
2.2.3 Des populations fragiles au plan social et sanitaire	48
2.2.4 Une réponse sociale et de santé publique incomplète.....	50
3 Des réponses adaptées à une problématique complexe.....	53
3.1 Place du directeur dans une unité innovante de réduction des risques	53

3.1.1	Le projet de salle de consommation à moindres risques.....	53
3.1.2	Personnels et moyens financiers	55
3.1.3	Communication et gestion de l'environnement.....	60
3.2	Un espace collectif pour des prestations individuelles	62
3.2.1	Un lieu identifié pour des publics ciblés	62
3.2.2	Accueillir et stabiliser les usagers	64
3.2.3	Un relais vers l'accompagnement social et le soin.....	66
3.3	Une démarche collaborative.....	67
3.3.1	Des usagers relais.....	67
3.3.2	Des partenariats à élargir	68
3.4	Affirmer la visibilité de l'action	71
3.4.1	La SCMR, un espace de formation	71
3.4.2	Faire exister un lieu expérimental pour une normalisation législative et réglementaire	72
3.4.3	Établir les premiers éléments d'évaluation.....	74
3.4.4	Développer une stratégie d'évolution.....	76
	Conclusion.....	79
	Bibliographie.....	81
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ADALIS :	Addictions Drogues Alcool Info Service
AFR :	Association Française de Réduction des risques
ANESM :	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANIT/ANITeA :	Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie / et Addictologie
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASA-CAARUD :	Rapport d'Activité Standardisé Annuel des CAARUD
ASUD :	Association d'Auto-Support des Usagers de Drogues
CAARUD :	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CAFDES :	Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement ou de service d'intervention Sociale
CRIPS-IDF :	Centre Régional d'Information et de Prévention du SIDA d'Île-de-France
CSAPA :	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.
CSP :	Code de la Santé Publique
CSST :	Centre Spécialisé de Soins aux Toxicomanes
CVS :	Conseil de la Vie Sociale
DC&D :	Democracy, Cities and Drugs
DGS :	Direction Générale de la Santé
DOM :	Département d'Outre-Mer
ECIMUD :	Équipe de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues
ENa-CAARUD :	Enquête Nationale biennale d'une semaine donnée portant sur les caractéristiques des usagers fréquentant les CAARUD
EPST :	Élus, Santé Publique et Territoires
ESSMS :	Établissements et Services Sociaux et Médicaux Sociaux
ETP :	Équivalent Temps Plein
FESU/ EFUS	Forum Européen pour la Sécurité Urbaine / European Forum for Urban Security
IdF :	Île de France
ILS :	Infraction à la Législation sur les Stupéfiants
INPES :	Institut National de la Prévention et de l'Éducation à la Santé
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS :	Institut de Veille Sanitaire

IST :	Infection Sexuellement Transmissible
MDM :	Médecins du Monde
MILDT :	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OFDT :	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PES :	Programme d'Échange de Seringues
RdR :	Réduction des Risques
SAFE :	Association gestionnaire des automates échangeurs distributeurs de seringues
SCMR :	Salles de Consommation à Moindres Risques
SIDA :	Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TROD :	Tests Rapides d'Orientation Diagnostique
TSO :	Traitements de Substitution aux Opiacés
UD :	Usager de Drogues
UDVI :	Usager de Drogues par Voie Intraveineuse
VAE :	Validation des Acquis de l'Expérience
VHB :	Virus de l'Hépatite B
VHC :	Virus de l'Hépatite C
VIH :	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

Paris doit voir à l'automne 2013 l'ouverture de la première salle de consommation à moindre risque (SCMR) de France. Pour que cet équipement ouvre ses portes aux publics d'usagers de drogues, un long chemin a été parcouru, depuis les premiers décès par overdose et les mobilisations autour de la lutte contre le SIDA.

Le vote du Conseil de Paris du 19 octobre 2010 en faveur de l'expérimentation d'au moins une salle de consommation supervisée de drogue est une étape importante dans la mise en œuvre en France d'une véritable politique de réduction des risques au bénéfice des usagers de drogues. Le chemin s'est montré rude, et cette avancée a nécessité l'énergie et le courage de nombreux acteurs. Ce parcours fut trop long pour ceux qui tombèrent avant de pouvoir bénéficier des prestations qui leur auraient été nécessaires. Il est loin d'être terminé.

Bâtir des politiques publiques de drogues performantes pour les usagers de drogues et l'ensemble de la communauté nécessite de s'inspirer aussi de ce qui fonctionne ailleurs par exemple de la politique suisse, politique dite des quatre piliers, qui associe de façon équilibrée répression, soin, prévention et réduction des risques.

En France, nous sommes loin de cet état d'esprit. Néanmoins, malgré ses opposants, la Réduction des Risques (RdR) et des dommages sanitaires et sociaux s'est imposée par ses réussites. Ses résultats les plus visibles sont ceux de la baisse de la prévalence du nombre de contaminations VIH/SIDA et du nombre d'overdoses. Quelle politique de santé récente peut se prévaloir d'une telle efficacité ? Et pourtant, ces résultats furent obtenus avec une population censée ne pas se soucier de sa santé, celle des usagers de drogues. Ces réussites sanitaires n'ont pu exister que parce que d'autres éléments que le soin font parties intégrantes des valeurs et des pratiques du champ de la RdR : le respect et le non jugement de la personne, le respect des droits humains, l'acquisition de connaissances sur les drogues et les phénomènes associés et la diffusion de ces savoirs.

Ce champ de la RdR, né en marge de la loi et parfois en opposition à elle, y fut inscrit il y a moins de dix ans, grâce à la ténacité de ses acteurs, à leur engagement et à leur capacité d'innovation car tout était à construire. Aujourd'hui intégré au monde du médico-social, le champ doit poursuivre les transformations qu'il a entreprises, tant au bénéfice de la communauté que des usagers de drogues.

Les premiers défis à relever sont de parer aux urgences que représentent les contaminations par le VHC et de faciliter l'accès aux dispositifs de santé pour des populations qui en sont les plus éloignées, migrants, femmes, populations reléguées, personnes incarcérées. Pour couvrir ces secteurs hors de visibilité des politiques publiques, la RdR doit innover et continuer d'apporter des solutions que l'addictologie ne

prévoit pas, comme lorsque le soin était impuissant à enrayer les épidémies d'overdoses et de VIH/SIDA.

Mais n'oublions pas que c'est aussi par le débat public sur la question des drogues et des addictions, jusqu'à présent refusé, que des solutions peuvent naître. Alors que MILDT et gouvernement avaient bloqués toute nouvelle avancée en ce domaine, les professionnels et les organisations d'usagers de drogues, suivis par quelques élus, prennent aujourd'hui position pour aller plus avant dans une véritable transformation des politiques dans ce domaine. Ce fut le cas lors des débats organisés par l'association d'Auto-Support des Usagers de Drogues (ASUD), la Ville de Paris et la Région Île-de-France, à l'Hôtel de Ville de Paris sur la question des SCMR. Les responsables des établissements médico-sociaux en RdR seront des acteurs de premier plan des débats à venir.

Ce mémoire s'intéresse à la mise en place de cette première SCMR française par l'association GAÏA. Je me placerai en position de directeur de l'association et relaterai l'expérience de cette mise en place à laquelle je contribue.

Je m'appuierai sur mon expérience de militant de la RdR depuis 1997, et surtout sur mon expérience professionnelle acquise dans ce champ à partir de 2002. J'ai en effet exercé en tant que responsable d'équipes de rue spécialisées en toxicomanie, puis comme directeur adjoint d'une structure portant des actions de RdR et de soins sur les quartiers du Nord-Est parisien.

Enfin, je suis président de l'association La Chapelle qui porte un Point d'Accueil et d'Écoute Jeunes (PAEJ), espace dédié à la prévention des conduites à risques, et administrateur de l'ADCLJC (Association pour le Développement de la Culture et des Loisirs des Jeunes de la Chapelle), association qui gère deux clubs de prévention. Leurs équipes travaillent sur les quartiers de la Chapelle et de la Goutte-d'Or, quartiers en Contrats Urbain de Cohésion Sociale (CUCS), la Goutte-d'Or est de plus classée en Zone de Sécurité Prioritaire (ZSP). Les équipes sont amenées à travailler sur les problématiques de l'entrée des jeunes dans les consommations de substances psychoactives ou le deal de rue. Gouvernance, dirigeance et management associatif sont aussi au cœur de mes préoccupations.

La première partie de ce mémoire exposera, le contexte des drogues qui accompagne l'humanité depuis ses origines, l'outil géostratégique qu'elles représentent et qui pèse lourdement sur les politiques publiques sanitaires et sociales adaptées. Elle décrira ces politiques publiques, leur environnement, les publics concernés et les services mis en œuvre dans le Nord-Est parisien.

La seconde partie pose la question des limites des actions en RdR et de leur nécessaire dépassement tant par le débat public que par l'innovation, avec la mise en place des SCMR, comme celle de Gaïa. Elle tente de répondre à la question : **Entre ordre moral,**

répression et respect des droits humains, politiques sanitaire et sociale, comment améliorer aujourd'hui la situation sociale et la santé des usagers de drogues?

Dans la troisième partie, je définirai ma stratégie de direction et mon plan d'action concernant la mise en œuvre de cette SCMR, établissement médico-social innovant qui pose les bases de nouvelles coopérations entre acteurs de RdR et implique des partenariats avec le soin et le droit commun. J'y décrirai la mise en œuvre du projet d'établissement et de son évaluation, des instances de dialogues avec les usagers, sans oublier la communication avec la communauté, et notamment celle des riverains. Je traiterai également du financement de la structure, de son management et de la gestion de ses ressources humaines.

1 Drogues, une histoire ancienne, des problèmes nouveaux

Différentes formes de consommations à valeur de drogues ou jugées telles à une époque et dans une civilisation données accompagnent l'humanité depuis ses origines. Les problèmes qu'elles posent aujourd'hui sont liés aux profondes mutations issues de l'émergence de la société globalisée et de ses technologies ainsi qu'à la place nouvelle occupée par l'individu dans la société, avec ses contraintes, ses besoins, ses attentes et ses aspirations.

1.1 Des débuts de l'humanité à la globalisation

1.1.1 Brève histoire et géopolitique des drogues

Nous vivons dans un monde avec drogues, et cette réalité d'aujourd'hui est une constante de l'histoire de l'humanité, dans toutes les cultures qui la composent et sous toutes les latitudes. C'est l'objet de nombreux ouvrages, des textes anciens profanes ou sacrés y font référence, des mythes et des dieux nous rappellent ces ivresses et ces états seconds¹.

Les consommations de substances psychoactives étaient traditionnellement liées à des rituels sacrés ou thérapeutiques, dirigés lors de la prise du produit et guidés lors du « voyage » par des chamanes, des guérisseurs, des druides ou des prêtres ; elles pouvaient notamment être consommées collectivement lors de fêtes profanes ; elles étaient considérées comme faisant partie de la vie sociale.

Lister les rituels, les fêtes, les produits et les modes de consommation serait une gageure tant l'esprit humain est fertile et la nature généreuse. En France, en ce qui concerne le sacré, le rituel le plus répandu, vieux de plusieurs siècles, est celui de la prise de vin lors de la messe. Pour le profane, c'est le carnaval, rituel aux racines plus anciennes encore, avec ses ivresses et ses dérèglements passagers, qui en est le meilleur exemple.

Hippocrate (~459 / ~370 av. J.-C.), père de la médecine moderne, prescrit l'opium comme remède à de nombreuses maladies. Platon (~427 / ~347 av. J.-C.) se prononce pour que Dionysos, étranger à Athènes, dieu du vin des ivresses alcooliques, mais aussi de celles issues de l'opium, soit accepté de la République. Dans *Le Banquet*, Il recommande pour la consommation du vin la modération, notamment en fonction de l'âge. Plus tard,

1. La littérature dans ce domaine est importante et variée. Parmi les ouvrages qui ont été sources d'inspiration pour ce document, citons pour les aspects historiques et culturels *L'Histoire élémentaire des drogues* d'Antonio ECOHOTADO [1], *Les Drogues dans l'histoire* de Michel ROSENZWEIG [2], *Les Portes de la perception* d'Aldous HUXLEY [3] et *Les États modifiés de la conscience* de Georges LAPASSADE [4].

Paracelse (1493-1541), médecin suisse, déclare : « *Toutes les choses sont poison, et rien n'est sans poison ; seule la dose fait qu'une chose n'est pas un poison.* » Chirurgien, il met au point, pour soulager ses patients, une potion à base d'opium, nommée *specific anodyn*, plus tard connue sous le nom de « *laudanum* ».

On voit donc qu'en occident, jusqu'au début du XX^e siècle, aucun interdit majeur ne vient notablement troubler la circulation ou le commerce des substances. Leur consommation est alors parfaitement intégrée au fonctionnement de la société avec ses usages et ses calendriers, l'ivresse est condamnée lorsqu'elle est abusive.

Tout change quand, aux XVIII^e et XIX^e siècles, le commerce des drogues devient un élément économique et politique important. Dans son livre *DROGUES, un marché de dupes* [5], Alain LABROUSSE parle de « *l'arme subtile du colonisateur* », et montre quel levier a été la drogue en Asie, en Amérique du Sud et en Afrique. À cette époque, la France participe activement, aux côtés de l'Angleterre, aux guerres de l'opium contre la Chine pour imposer à celle-ci ce commerce.

En effet, les échanges commerciaux avec l'empire du Milieu sont inégaux. Les puissances occidentales achètent des porcelaines, des soieries, des laques, du thé alors que les Chinois prisent peu les produits manufacturés venus d'Occident. Ils se font alors payer leurs marchandises en métaux précieux, notamment par l'Angleterre qui est une grande consommatrice des produits venant de Chine. Pour équilibrer leurs comptes, les Anglais vendent aux Chinois l'opium produit dans leurs colonies de l'Inde. C'est ainsi que la consommation d'opiacés a commencé à prendre une ampleur considérable dans la population. Le gouvernement chinois tente de la limiter en mettant en place la prohibition de la consommation et de la vente d'opium, prohibition qui est alors dénoncée par les Anglais comme une atteinte à la liberté du commerce. Cette crise débouche sur la première guerre de l'opium en 1842, où la Chine, vaincue, doit céder aux Anglais de nombreux avantages commerciaux ainsi que des territoires, comme Hong-Kong. Des droits similaires sont obtenus par les États-Unis et la France.

La deuxième guerre de l'opium, en 1856, a des fondements similaires, et débouche sur la mise sous tutelle de la Chine par un contingent franco-britannique appuyé par les États-Unis et la Russie impériale. Alain LABROUSSE dans *Géopolitique des drogues* parle de « *la plus grande intoxication collective de l'histoire* »² car en 1900, il est estimé que 20 % des 600 millions de Chinois consomment de l'opium ; la situation perdurera jusqu'en 1949, date de l'instauration de la République Populaire de Chine.

2. LABROUSSE A., *Géopolitique des drogues* [6], p. 21.

La France, alliée active de l'Angleterre durant ces guerres, ne néglige pas ses propres colonies, elle crée commerces et raffineries d'opium dans l'Indochine fraîchement conquise et possédera, dans son protectorat du Maroc, une Régie des Tabacs et du Kif jusqu'en 1932.

Ce n'est qu'à partir du xx^e siècle que les états d'Occident font volte-face sur les drogues. Après avoir été les promoteurs de sa diffusion et de son commerce, ils font prévaloir désormais interdits et prohibitions.

Il est important d'observer que le discours est double : s'il est moralisateur et puritain d'un côté, les drogues sont néanmoins toujours utilisées comme un outil géopolitique de domination. L'idéologie nouvelle de lutte contre la drogue autorise l'interventionnisme dans les pays producteurs et le justifie. Cette logique culmine avec la reconquête du monde face au communisme, lancée par les États-Unis qui laissent les groupes armés « amis » utiliser l'argent de la drogue pour leur financement. Citons de sinistre mémoire, le Triangle d'Or³, l'Amérique du Sud et l'Amérique Centrale, le Liban, le Pakistan et l'Afghanistan⁴.

1.1.2 La guerre à la drogue et la guerre aux drogués

Amorcé à l'aube du xx^e siècle par l'accord de Shangai qui, en 1909, vise à limiter le trafic d'opium auquel se livrent toujours les puissances coloniales, le mécanisme de la prohibition se met en place.

Malgré l'échec patent de la politique de prohibition de l'alcool (1919-1933) et ses conséquences néfastes aux effets durables, dont la constitution de la Mafia, la prohibition des drogues devient une composante de la politique nationale et internationale des États-Unis. Elle se transforme au fil du temps en une véritable croisade contre la drogue : des textes et des processus toujours plus sévères et plus restrictifs sont adoptés, comme la Convention, dite unique, des Nations Unies sur les drogues en 1961 et la mise en place du Groupe de Dublin⁵.

À l'occasion d'un discours tenu lors d'une session spéciale de son assemblée générale sur les drogues à New York en juin 1998, l'ONU se donnait dix ans pour éradiquer la production de plantes à drogues et réduire significativement l'offre et la demande des drogues illicites. Le slogan du moment, porté par M. Pino ARLACCHI, directeur du

3. Birmanie, Thaïlande, Laos

4. Alain LABROUSSE, *DROGUES, un marché de dupes* [5], deuxième partie : 2. *Prohibition : les raisons*.

5. Groupe informel des principaux donateurs en matière de lutte contre la drogue rassemblant les États membres de l'Union européenne, les USA, le Japon, la Norvège, le Canada et les différentes organisations internationales.

BCDPC⁶ était : « *Un monde sans drogue, c'est possible* », slogan qui lui vaudra une véritable consécration de la part des hommes politiques.

Dix ans plus tard, plus subtil et nuancé, le discours du 26 février 2009 du directeur exécutif de l'ONUDC⁷, M. Antonio Maria COSTA, reste dans la même ligne, malgré l'échec de la promesse de 1998. Actuellement, les résultats de cette politique de « guerre à la drogue » se chiffrent en milliers de morts⁸ que génèrent la répression des trafics, les guerres entre les mafias et les gangs qui visent au contrôle de la production, de la transformation, des filières d'acheminement et de reventes jusqu'au commerce de détail.

Mais désormais les échecs répétés de cette lutte contre l'offre de drogues ont progressivement conduit les politiques à se retourner contre les consommateurs eux-mêmes : la « guerre à la drogue » se transforme en guerre aux drogués.

Les usagers de drogues, déjà stigmatisés et livrés à eux-mêmes, sont devenus les boucs émissaires de ces échecs. Pour ces populations, ce sont des souffrances supplémentaires qui leur sont infligées et ce, avec une moindre prise en compte de leurs problèmes sanitaires et sociaux qui peut aller jusqu'à la négation de leur citoyenneté.

1.1.3 La Réduction des Risques

Face à cette ligne idéologique dure et inefficace tant sur l'offre que sur la demande, qui a pour corollaire des débordements répressifs contraires aux droits humains, des réponses pragmatiques alternatives vont être apportées par les méthodes de la RdR.

Ces politiques publiques sont nommées *reduction of drug related harm* ou plus simplement *harm reduction*⁹ dans les pays anglo-saxons où elles ont vu le jour. Il s'agit de partir de là où en sont les usagers de drogues dans leurs consommations et leurs parcours de vie, l'abstinence n'est pas posée comme principe premier.

Théorisées dès 1987 en Grande-Bretagne, ces politiques sont issues de la tradition de santé publique de ce pays portant sur les drogues licites, alcool et tabac, et sur les drogues illicites. Elles sont mises en place dans plusieurs pays sous la pression de l'épidémie de VIH / SIDA, à l'exception notable des Pays-Bas où elles voient le jour suite

6. Bureau pour le Contrôle des Drogues et la Prévention du Crime de l'ONU.

7. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime.

8. Pour le seul Mexique, près de 70 000 personnes ont trouvé la mort dans des affrontements pour le contrôle du trafic de stupéfiants depuis 2006, selon L'EXPRESS.fr et l'AFP dans une dépêche publiée le 17/08/2013 relatant la mort de 24 personnes dans des violences liées au trafic de drogue. Disponible en ligne : http://www.lexpress.fr/actualite/monde/mexique-24-morts-dans-des-violences-liees-au-traffic-de-drogue_1274022.html?xtmc=drogues&xtcr=3

9. Définition de la RdR (Harm reduction) par l'**International Harm Reduction Association** (IRHA), en Annexe I p. II, IHRA, la réduction des risques liés aux drogues.

à la publication du rapport ENGELSMAN publié en 1985, inspiré par les travaux des sociologues O. JANSSEN et K. SWIERSTRA¹⁰.

Harm Reduction peut se traduire par « réduction des méfaits », mais pour tenir compte de l'ensemble des concepts recouverts par *reduction of drug related harm*, une traduction plus longue s'impose : « réduction des risques et des dommages sanitaires et sociaux liés aux drogues ». En France, c'est le terme « Réduction des Risques » qui prévaut, appelé des intervenants du champ par ses initiales : RdR.

La RdR part du constat que l'arrêt de l'usage des drogues ne se décrète pas, y compris par volonté politique. Elle considère que l'abstinence comme préalable aux soins a pour conséquence de laisser sans traitement une grande partie des consommateurs de drogues, notamment celle la plus éloignée de tout dispositif. Elle estime que les dommages sanitaires et sociaux subis par les usagers de drogues sont également nuisible pour l'ensemble de la communauté.

En somme, la RdR réintroduit de la complexité là où l'approche prohibitionniste renvoie à une logique binaire, celle de la « guerre à la drogue ». Son approche gradualiste permet de délivrer des messages compréhensibles et acceptables par les usagers de drogues et, par là-même, de développer des actions sanitaires et sociales efficaces auprès des multiples publics d'usagers de drogues.

Anne COPPEL, sociologue, spécialiste de la question des drogues, précise : « *Soins et prévention ont été redéfinis en fonction d'une hiérarchie des risques : il vaut mieux ne pas consommer de drogues mais si vous en consommez, il vaut mieux consommer les drogues les moins dangereuses et de la façon la moins dangereuse possible ; il vaut mieux ne pas s'injecter des drogues mais si vous persistez à vous en injecter, alors il faut utiliser une seringue stérile*¹¹. »

La RdR rend le sujet acteur de sa propre santé en délivrant des messages de prévention adaptés, respectueux de sa personne, dont le but est de limiter les risques sanitaires et sociaux liés aux drogues et à leurs consommations, sans imposer l'abstinence comme seule finalité. Elle ne tente pas d'intervenir sur les causes de l'usage de drogues, mais sur les conséquences néfastes liées à ces usages, tout en respectant le mode de vie et le libre choix des usagers. Elle promeut leur responsabilité sans oublier leurs droits. Cette politique est fondée sur une approche pragmatique et repose sur un solide engagement envers la santé publique et les droits humains.

10. OFDT, *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas* [7], p. 23-26.

11. Extrait d'un article rédigé par Anne COPPEL, mars-avril 2002, « Les Politiques de lutte contre la drogue : le tournant de la réduction des risques », *Les Cahiers de l'Actif*, n° 310-311, p. 11-22. Disponible sur le site de l'AFR : <http://a-f-r.org/histoire-la-rdr/histoire-la-reduction-risques-en-france>

Anne COPPEL et Olivier DOUBRE, page 23 de leur livre *Drogues : sortir de l'impasse ? Expérimenter des alternatives à la prohibition* [8], rappellent dans le chapitre intitulé « De 1994 à 2002 vers une politique fondée en science » que les politiques des drogues incluant la RdR et le soin s'appuient sur les nombreux savoirs acquis par la communauté scientifique internationale. Ces politiques font appel à un large spectre de connaissances produites par les neurosciences, la sociologie et l'anthropologie des communautés consommatrices de drogues ou subissant les nuisances liées aux drogues, la pharmacologie, l'épidémiologie des infections liées aux consommations de drogues, le soin et enfin, les études statistiques concernant les résultats obtenus à partir des expériences naissantes de la RdR.

Bien que promue par des structures internationales comme l'OMS¹², l'ONU-SIDA¹³, l'UNICEF¹⁴, la RdR peine à se mettre en place dans les pays pourtant présents au sein de ces instances. Si les freins peuvent venir de la question du financement, notamment pour les pays les plus pauvres, ils sont souvent le résultat de calculs politiques qui continuent de se fonder dans l'idéologie de la « guerre à la drogue ».

Ainsi, on observe une grande disparité entre des pays qui sont parfois frontaliers, disparité qui va de l'inexistence de structures de RdR, hors du champ de l'humanitaire, à l'intégration poussée de la RdR dans les politiques publiques et à la mise en place de projets innovants. L'exemple de la Suisse, pays frontalier de la France, est édifiant. Non seulement la RdR est une politique publique, mais elle est l'un des piliers de sa politique sur les drogues, appelée « politique des quatre piliers » : *prévention – thérapie - réduction des risques - répression et régulation du marché*¹⁵. La Suisse a ainsi mis en place des dispositifs de pointe en matière de RdR comme les programmes d'héroïne médicalisée ou des SCMR.

1.2 La situation française

1.2.1 Les accords internationaux

Le site www.legifrance.gouv.fr fait état de dix-neuf accords, conventions et traités internationaux ratifiés par la France depuis 1927 concernant le chapitre de la lutte contre

12. Organisation Mondiale de la Santé.

13. L'ONUSIDA est le programme de l'ONU commun à ses différentes agences pour faire face à l'échelle mondiale à la pandémie de VIH / SIDA (en anglais, UNAIDS).

14. United Nations Children's Fund (Fonds des Nations unies pour l'enfance).

15. Voir Annexe II p. IV, La politique suisse des quatre piliers.

le trafic des stupéfiants et des substances psychotropes¹⁶. Ces accords, prévus pour la lutte contre la production, la transformation, le trafic et la vente, contraignent les états signataires à avancer avec prudence dans leurs politiques de soin et de réduction des risques et constituent des freins aux politiques innovantes.

La première conférence internationale sur les drogues a eu lieu à Shanghai en 1909 à l'initiative des Américains, elle réunissait treize pays (Allemagne, Angleterre, Autriche-Hongrie, Chine, États-Unis, France, Italie, Japon, Pays-Bas, Perse [Iran], Portugal, Russie et Siam [Thaïlande]) participant au commerce ou dont les populations consommaient de l'opium. Elle est suivie en 1912 par la Convention Internationale de l'Opium de La Haye, qui tente de limiter la production et la distribution de l'opium en restreignant son usage à des fins médicales ou scientifiques. Peu appliquée, elle pose des jalons pour des lois nationales, dont, en France, la loi de 1916 qui prohibe l'usage des drogues et en réprime l'usage, la détention et le commerce à des fins autres que médicales.

D'autres conférences et accords suivent, mais c'est la convention de 1961, dite Convention Unique car elle vient en remplacement de celles précédemment ratifiées, qui est la base commune que se sont donnés les états signataires pour lutter contre la toxicomanie. À ce jour cent cinquante-trois états, dont la France le 19 février 1969, l'ont ratifiée. Elle classe les différentes substances qu'elle souhaite contrôler en quatre tableaux et pose le principe d'une stricte interdiction de la production, de la commercialisation et de l'usage des substances inscrites aux tableaux 1 et 4 (coca, cannabis, opium et leurs dérivés comme la cocaïne et l'héroïne), à des fins non médicales ou scientifiques. En l'absence de définition scientifique ou juridique précise de la drogue, elle recourt au classement des substances et utilise la notion de « stupéfiant » qu'elle ne définit pas juridiquement : « *Est un stupéfiant au sens du droit international toute substance naturelle ou synthétique figurant sur la liste des stupéfiants*¹⁷. » Elle instaure en outre l'Organe Internationale du Contrôle des Stupéfiants (OICS), chargé du contrôle de l'application du traité. Il est en charge de la préparation de la conférence annuelle sur les stupéfiants. Son siège est établi Vienne. Cette convention prévoit sa propre transposition dans les droits nationaux des pays signataires.

En France, la loi du 31 décembre 1970, toujours en vigueur à ce jour, apporte la mise en conformité du droit français avec ces engagements internationaux.

16. http://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do;jsessionid=924F50132F059752362DC3637273F3A7.tpdjo01v_2?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007116935&ordre=null&nature=null&g=ls

17. CABALLERO F., BISIQU Y., *Droit de la drogue* [9], p. 25.

En 1971 et 1988 deux autres conventions viennent compléter celle de 1961 : la première a pour objet principale d'inclure dans la loi les nouveaux produits de synthèses : amphétamines, barbituriques, LSD ; la seconde met en accord les lois et les mesures répressives avec celles existant à l'échelle mondiale. Sanctions et criminalisation restent les pierres angulaires de ces textes visant à éradiquer les trafics illicites des drogues. Ils concernent tous les segments des trafics, la culture illicite, les produits chimiques précurseurs des drogues ainsi que les matériaux et les équipements servant à la transformation et aux transports des drogues, mais aussi les secteurs financiers actifs dans le blanchiment de l'argent de la drogue. Ils s'appliquent aussi aux procédures judiciaires comme l'assistance réciproque entre membres et l'extradition.

Ces conventions, bien que ratifiées par un très grand nombre de pays, sont vues par certains d'entre eux, principalement les pays andins, comme un impérialisme du Nord sur le Sud. Compte tenu du manque de débats lors de l'instauration de ces textes et de l'absence de dispositions concernant le soin et l'aide aux usagers de drogues, d'autres sont fondés à penser qu'elles ne furent mis en œuvre que pour servir des objectifs géostratégiques en protégeant des intérêts économiques, sociaux, culturels, religieux et géopolitiques.

1.2.2 Le cadre légal et règlementaire, les dispositifs

En France, la loi n° 070-1320 du 31 décembre 1970, publiée au *Journal officiel* du 3 janvier 1971¹⁸ constitue aujourd'hui le socle des politiques publiques en matière de drogue. Elle poursuit un double objectif : d'une part la répression de l'usage et du trafic de drogues, d'autre part la mise en place de l'offre de soins.

C'est par l'insertion de cette loi dans le Code de la Santé Publique que les dispositifs sanitaires verront le jour : elle pénalise l'usage de drogue et laisse l'injonction thérapeutique comme seule mesure alternative à l'emprisonnement. Notons que dans l'esprit du législateur, l'injonction thérapeutique vise alors pleinement le sevrage. Cette conception a structuré la mise en place de la réponse sanitaire tout en lui laissant peu de marge. Elle n'a pas suffi à freiner la massification des consommations et, eu égard aux réponses inadaptées qu'elle promouvait, n'a pas permis non plus de faire face aux drames humains et aux morts.

Overdoses, contaminations massives, de nombreuses tragédies individuelles et collectives se jouent en effet. Ce sont ces tragédies qui déclenchèrent les luttes qui ont permis de faire évoluer la loi, les pratiques et les réponses institutionnelles. Aujourd'hui, si les textes qui structurent le champ des drogues et des addictions répondent mieux aux

18. Voir Annexe III p. VI, La loi du 31 décembre 1970.

problématiques posées, ils restent toujours dans le champ de pesanteur de la loi de 1970 qui, si elle développe un volet sanitaire, criminalise l'usage personnel de drogues.

Voici par ordre chronologique les principaux textes et dispositifs qui impactent aujourd'hui le secteur social et médico-social.

Le décret du 8 janvier 1982 crée le Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances qui a pour mission de préparer les décisions du gouvernement concernant les drogues et les addictions, au plan national et au plan international.

Ce décret crée également la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)¹⁹. Placée sous l'autorité du Premier ministre, elle anime et coordonne les actions de l'État en matière de lutte contre les drogues et les toxicomanies : répression, observation et prévention ; accueil, soins, réinsertion des toxicomanes ; formation des personnes intervenant dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie, la recherche et l'information. Elle prépare les délibérations du Comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et veille à leur application. Au plan international et dans le cadre de l'Union Européenne, la MILDT coordonne les positions françaises au sein des instances internationales.

La loi n° 91-32 du 10 janvier 1991, dite loi Évin, encadre la consommation, la vente, la publicité et la protection des personnes vis-à-vis du tabac et de l'alcool. Elle a été saluée comme une grande avancée par les professionnels du soin. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi Bachelot, viendra compléter la loi Évin pour ces deux substances.

En 1993, c'est l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) qui voit le jour. Il produit des informations provenant de sources différentes et scientifiquement validées sur les substances, licites comme illicites. Qui consomme et comment ? Quels produits ? Quels dommages sanitaires et sociaux les usages occasionnent-ils ? Quelles sont les opinions et les perceptions sur les drogues ? Il est l'un des vingt-sept relais nationaux de l'Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT), agence de l'Union européenne basée à Lisbonne. Le financement de l'OFDT est assuré par des crédits de la MILDT et des crédits européens (OEDT-Reitox²⁰).

La loi du 9 août 2004, conséquence des luttes et des réussites de la RdR, vise notamment à regrouper les dispositifs de RdR (boutiques, bus, automates, « sleep in »,

19. Sa mise en œuvre et ses membres seront précisés par les décrets des 7 février 1985, 6 décembre 1989, 25 juillet 1990, 24 avril 1996, 15 septembre 1999 puis par le n° 2003-462 du 21 mai 2003.

20. Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies.

etc.) au sein de structures uniques, les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). Les missions des CAARUD ont été précisées par le décret d'application n 2005-1606 du 19 décembre 2005 et reprises dans la circulaire d'application n DGS/S6B/DSS/1A/DGAS/5C/2006/01 du 2 janvier 2006.

L'article R. 3121-33-1 du Code de Santé Publique (CSP) fixe aux CAARUD les missions suivantes :

« 1° *L'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour usagers de drogues ;*

2° le soutien aux usagers dans l'accès aux soins qui comprend :

a) l'aide à l'hygiène et l'accès aux soins de première nécessité, proposés de préférence sur place ;

b) l'orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun ;

c) l'incitation au dépistage des infections transmissibles ;

3° le soutien aux usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou la réinsertion professionnelle ;

4° la mise à disposition de matériel de prévention des infections ;

5° l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers. Ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues. »

L'article R. 3121-33-2 ajoute une mission : « *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. »*

En 2008, l'OFDT dénombre cent trente-trois CAARUD en France métropolitaine et DOM, et ADALIS²¹ en répertorie aujourd'hui un peu plus de cent quarante. Ils s'adressent à des personnes qui ne sont pas nécessairement encore engagées dans une démarche de soins. Il n'y a aucun préalable à l'accueil. Certains CAARUD assurent également l'hébergement d'urgence des usagers de drogue en grande difficulté. Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés.

Le décret du 14 mai 2007 met en œuvre les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Il s'agit de structures qui résultent du regroupement

21. Addictions Drogues Alcool Info Service, est un groupement d'intérêt public dépendant du ministère de la Santé. Il est présidé et financé par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Site : <http://www.drogues-info-service.fr/>.

des services spécialisés pour l'alcool et les drogues (CCAA et CSST²²). Ce sont des centres médico-sociaux, qui peuvent être gérés par des établissements publics de santé (hôpitaux) ou par des associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901, sous condition de l'obtention d'un conventionnement du ministère de la Santé.

L'article D3411-1 du CSP définit les missions des CSAPA dont l'une est « *la réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives* ».

En 2010, l'OFDT a dénombré quatre cent dix-neuf CSAPA en France métropolitaine et DOM, dont 60 % portés par une association et 40 % gérés par une entité publique, le plus souvent un hôpital. ADALIS en répertorie aujourd'hui plus de huit cent cinquante (antennes comprises) sur l'ensemble du territoire métropolitain et les DOM.

Notons qu'en tant qu'établissements médico-sociaux, CAARUD et CSAPA sont concernés par les textes relatifs aux ESMS, et particulièrement par les conséquences de la loi de 2002 réformant l'action sociale et médico-sociale. Ces structures ont dû acquérir une culture commune et adapter leurs pratiques administratives, comptables et financières à leur nouveau statut. Quelle place pour l'usager de drogues, dans quel projet d'établissement et avec quelles méthodes d'évaluation, telles sont les problématiques auxquelles chaque CAARUD doit désormais répondre.

Enfin, il existe des structures de RdR qui ne sont ni des ESMS ni des CAARUD, comme les groupes d'auto-support des usagers de drogues, les interventions en milieu festif, les structures gestionnaires d'automates délivrant du matériel de RdR et d'autres acteurs en santé communautaire.

1.2.3 Consommations aujourd'hui et risques associés

Les consommations de drogues en France ont profondément évolué depuis l'instauration de la loi de 1970. Les années 1980 sont marquées par l'explosion du nombre de cas d'overdoses et de contaminations par le virus du SIDA, principalement chez les usagers injecteurs²³ d'héroïne. La RdR et le soin se bâtissent alors sur le modèle de l'héroïnomane-type : un homme, né en Europe, injecteur, en voie de marginalisation. La RdR répondra par la mise à disposition gratuite de seringues et la distribution de produits de substitution.

Le tournant des années 1990 voit émerger de nouveaux publics, femmes, migrants, prisonniers. La consommation est devenue poly-consommation de drogues, alliant le licite à l'illicite. Les molécules changent avec un relatif recul de l'héroïne face à l'augmentation

22. Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie et Centre de Soins Spécialisés aux Toxicomanes.

23. Terme qui désigne, dans le milieu de la RdR, les usagers de drogues qui utilise l'injection comme voie de consommation. Elle peut être sous cutané, mais le plus souvent elle est intraveineuse.

du nombre de produits illicites et à leur disponibilité. Également à cause de la mise en place de la substitution. Les modes de consommations se sont diversifiés, fumer, injecter, sniffer, gober, chasser le dragon, etc. Notons encore que toutes les couches de la société sont désormais concernées.

Une évolution dans la production de données

Des organismes produisaient jusqu'ici des données partielles sur les drogues, comme l'INSEE²⁴ avec des séries statistiques, l'INSERM²⁵ avec des études et des expertises scientifiques, des services répressifs comme l'Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants (OCRTIS) qui édite annuellement ses données sur les ILS (Infraction à la Législation sur les Stupéfiants), les overdoses et les décès dus aux drogues, etc.

Or, parallèlement aux avancées sociales, l'envie de savoir a fait place à l'ignorance qui prévalait. Les connaissances concernant les substances, les modes de consommation, les risques associés et les publics ont déjà progressé. L'OFDT, en organisant la centralisation des connaissances, viendra répondre à ce besoin et permettra de construire une vision globale sur les drogues, nécessaire aux décideurs et aux acteurs de ce champ. C'est le cas du dispositif TREND (Tendances Récentes Et Nouvelles Drogues) de l'OFDT, mis en place par la MILDT en 1999. TREND permet un suivi en « temps réel » des évolutions des consommations de drogue, c'est un outil d'aide à la décision pour les pouvoirs publics. Il repose sur deux piliers, d'une part un réseau de veille et d'alerte composé d'acteurs urbains du champ des drogues (professionnels du soin et de RdR, associations d'auto-support, de sociologues, etc.) répartis sur dix agglomérations métropolitaines (Bordeaux, Dijon, Lille, Lyon, Marseille, Metz, Paris et sa banlieue, Rennes et Toulouse), et d'autre part une banque de données dédiée aux drogues de synthèse, SINTES (Système d'Identification National des Toxiques Et Substances), alimentée par les données venant du secteur répressif, des analyses toxicologiques (laboratoires des services hospitaliers, de la police et des douanes) et des structures de RdR concernées.

Drogues licites et illicites, une évolution différenciée des consommations

Dans son bulletin *Tendance* n° 76 de juin 2011 (données 2010), l'OFDT dresse le bilan des consommations en France. S'agissant des drogues licites, une baisse globale et continue de la consommation depuis 2005 est enregistrée pour l'alcool : elle passe de 16 à 12 % de la population pour l'usage quotidien et voit la stabilisation des usagers

24. L'Institut national de la statistique et des études économiques.

25. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

occasionnels. Pour le tabac, c'est une augmentation de 28 % à 30 % de la population qui fume quotidiennement. Par ailleurs, toujours selon l'OFDT, l'alcool et le tabac, sont responsables respectivement de 49 000 et 73 000 décès par an en France²⁶.

Dans le même temps, les consommations des drogues illicites sont presque toutes à la hausse²⁷. Entre 1992 et 2010, concernant la population globale des 18-64 ans, les pourcentages de consommateurs de cannabis passent de 13 % à 33 %, de 0,8 % à 3,8 % pour la cocaïne, de 0,5 % à 1,2 % pour l'héroïne et de 0,5 % à 3,4 % pour les amphétamines et l'ecstasy.

Les usages à risque encore mal connus

Peu de statistiques existent sur les autres drogues et les dépendances créées, le mésusage de médicaments, le dopage et les dépendances sans produit. Les données présentées montrent l'augmentation des usages à risques, indépendamment du produit consommé. Par exemple le « *binge drinking* » pratique qui consiste à consommer ponctuellement de grandes quantités d'alcool pour arriver rapidement à l'ivresse (et parfois au coma éthylique), ou la poly-consommation de substances dont les mélanges peuvent être hautement toxiques.

Injection et contamination

L'enquête Coquelicot 2004-2007 menée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) pointe les pratiques à risques liées aux modes de consommations dans la transmission des infections. Dans le cas de l'injection, tous les matériels utilisés peuvent être source de contamination. Ainsi, 13 % des injecteurs partagent leur seringue, 38 % partagent le petit matériel (coton, cuillère, eau) et 74 % réutilisent la même seringue ; 25 % de ceux qui sniffent partagent la paille de sniff et 81 % des fumeurs de crack partagent la pipe à crack.

S'agissant des risques d'infections consécutives aux prises de drogues, la plus grande vigilance reste de mise pour les contaminations VIH / SIDA, et la situation concernant la transmission du VHC est particulièrement préoccupante. En 2007, selon l'InVS, près de 60 % des usagers de drogues, constituant l'échantillon sélectionné dans le cadre de l'enquête Coquelicot, sont séropositifs pour le VHC et 11 % pour le VIH, la quasi-totalité d'entre eux étant également co-infectés par le VHC. Rappelons qu'en dehors de tout traitement, 5 à 25 % des hépatites C évoluent en cirrhose dans les dix à vingt ans puis,

26. *Drogues et addictions, données essentielles*, OFDT, 2013. Disponible en ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13com.pdf>.

27. Les données citées ici ont pour source principale les bulletins publiés par l'OFDT et plus particulièrement de la synthèse COSTES J.-M., 2010, « *Les Usages de drogues illicites en France depuis 1999* » [12].

dans 25 % de ces cas, en cancer ou en insuffisance hépatique. La connaissance de leur statut sérologique par les usagers de drogues eux-mêmes reste faible, ce qui peut être une source de contamination vers leurs proches ou dans les contacts liés à leurs pratiques. D'autres infections doivent être surveillées, par exemple les candidoses qui peuvent mener à la cécité ou les infections sexuellement transmissibles, souvent contractées du fait de la baisse de vigilance liée à la prise de produits.

Injection et complications somatiques

L'injection dans les artères doit être évitée car sa dangerosité est grande avec à des risques de thrombose et d'hémorragie. Les pratiques à risques liées au choix du point d'injection persistent dans le milieu des injecteurs, notamment celles portant sur l'utilisation d'une veine des membres inférieurs qui expose au risque plus important de phlébite, de l'intérieur du poignet, du cou et de l'aîne avec la proximité veine-artère.

Les complications spécifiques rencontrées par les Usagers de Drogues par Voie Intraveineuse (UDVI), outre les difficultés à s'injecter (62 %), sont les bleus et hématomes (51 %) ; les veines bouchées, thrombose et phlébite (38 %) ; les « mains de Popeye » (gonflement des mains et des avant-bras, 37 %) ; les abcès cutanés (29 %), les poussières (poussée fébrile, 27 %), le gonflement des pieds ou des jambes(14 %).

Injection et complications psychiatriques

Les comorbidités psychiatriques, troubles de la santé mentale associées aux consommations de drogues, sont très présentes chez les usagers. Selon l'OFDT, « *en 2006, 45 % se perçoivent en mauvaise santé psychique... Ils évoquent par exemple la dépression, les pulsions suicidaires, l'angoisse ou des épisodes de délires... Près d'un quart des hospitalisations dans l'année mentionnées par les usagers des CAARUD en 2008 sont liées à des problèmes psychiatriques*²⁸. »

Évolution du nombre des usagers problématiques de drogues

Le nombre d'usagers problématiques de drogues en France était estimé à 230 000 en 2006, dont 81 000 UDVI consommant au moins mensuellement²⁹. Cette statistique, rapportée au nombre d'habitants, plaçait la France en douzième position, sur les dix-sept pays étudié par l'OEDT, avec un taux de presque 6 personnes pour mille habitants recourant à cette pratique. Les trois pays situés en tête de ce classement, Lettonie, Chypre, Pologne, Allemagne avaient des taux nettement inférieur à 3%. En ce qui

28. COSTES J.-M., *Les Usages de drogues illicites en France depuis 1999* [12], p. 45.

29. OFDT, bulletin *Tendances*, n° 69: *Prévalence de l'usage problématique de drogue en France: estimations 2006*.

concerne la mortalité par surdose, objet d'une vigilance attentive, après la baisse spectaculaire du nombre de cas dans les années 90, les dernières données, contradictoires selon les sources, font état de leur possible accroissement.

1.2.4 Le Nord-Est parisien

A) Les territoires

Les migrations des usagers de drogues à Paris ont été rythmées par les rénovations urbaines. Parti à la fin des années 60 des quais de la Seine et de Saint-Michel, ces déplacements se sont poursuivis au gré des transformations immobilières dans les quartiers Beaubourg-les Halles, rue de l'Ouest-Montparnasse, Belleville, Nationale-Chevaleret, l'îlot Chalon, Flandres et Stalingrad. Les voici depuis quinze ans sur les quartiers de la Goutte-d'Or et la Chapelle, au nord de Paris.

Le Nord-Est parisien comprend le 18^e arrondissement de Paris, le nord du 10^e arrondissement, l'ouest du 19^e arrondissement et une partie des communes limitrophes, Aubervilliers, Saint Denis et Saint-Ouen. Il est constitué d'une mosaïque de quartiers à l'habitat populaire, de zones de commerces denses et de secteurs d'activités variés, de friches industrielles et de grandes emprises dédiées aux transports (nœuds autoroutiers, canaux navigables, espaces nécessaires à l'exploitation ferroviaires, SNCF, RATP et RER).

Ces territoires composites ont en commun des commodités de transports associées à un urbanisme en perpétuelle transformation, qui offrent de multiples opportunités à des publics précaires dont les usagers de drogue. Chaque espace offre des possibilités différentes.

Au nord, les friches industrielles et les emprises ferroviaires abritent des squats, à la fois lieux de vie, de consommation et parfois de deal comme les Portes de Paris et les quais.

Les zones à fort échanges commerciaux comme la Goutte-d'Or et le centre de Saint-Denis, avec leur grande densité de populations et beaucoup de mouvement, sont propices au deal et à la consommation. Les zones d'habitation populaires sont utilisées comme lieux de replis pour le repos et la consommation ; les usagers de drogues y trouvent aussi des denrées à bas prix et parfois des petits boulots, légaux ou non. Les zones de transit (gare du Nord et gare de l'Est), les jardins et les places (Stalingrad, jardin d'Éole) permettent la vente et les consommations.

Le « cœur » de ce territoire pour les usagers de drogues est actuellement constitué du quartier de la Goutte-d'Or (18^e), du sud du quartier la Chapelle (18^e), de Stalingrad (19^e) et enfin de la gare du Nord et de ses alentours (10^e). Désormais fixées sur un secteur confiné par le périphérique, ces populations ont peu de nouveaux secteurs parisiens où pouvoir s'implanter.

Connaissance des publics

La présence et les mouvements des usagers de drogues dans ces quartiers sont connus par le biais de plusieurs sources locales.

Tout d'abord, les rapports d'activité et les études que mènent les structures de RdR et de soins (CAARUD et CSAPA) présentes sur ces territoires, permettent de connaître leurs profils sociaux et sanitaires, les produits qu'ils consomment et la façon dont ils les consomment.

Une vision, moins précise mais plus large géographiquement, est donnée par le nombre et la nature des ILS³⁰, recensées par les forces de polices, comparativement aux autres quartiers parisiens.

Les automates distributeurs et récupérateurs de seringues, gérés par l'association SAFE, sont maintenant capables d'enregistrer la date et l'heure des matériels distribués. Ses équipes, qui rencontrent de nombreux usagers de drogues lors des opérations de remplissages et de maintenances, recueillent leurs témoignages et leurs demandes. Ce sont des sources de données qualitatives sur la vie des usagers, les problèmes qu'ils rencontrent et les pratiques de consommation. Ces données et les études réalisées par l'association SAFE permettent d'appréhender au mieux les dynamiques du territoire autour des drogues et de leurs usages.

Enfin, l'association Coordination Toxicomanies, et son Observatoire Local des Toxicomanies (OLT), développe des études, menées parfois en collaboration avec l'APUR³¹, qui apportent une vision plus fine sur de nombreux phénomènes liés aux drogues dans ces quartiers.

B) Les profils des usagers de drogues

Le Nord-Est parisien est fréquenté par de nombreux publics usagers de drogues illicites : consommateurs de crack et cocaïne, d'opiacés et de TSO³² détournés de leur usage (héroïne, méthadone, Skénan®, Subutex®), d'amphétamines et de drogues de synthèse, mais aussi de médicaments non opiacés détournés leur usages et vendus dans la rue, au premier rang desquels on trouve les anxiolytiques et les hypnotiques ; fumeurs de cannabis ; teuffeurs³³ et travellers³⁴. Nombre de consommateurs sont engagés dans des polyconsommations, incluant aussi des produits licites qui permettent de gérer la montée

30. Données provenant de la Préfecture de Police.

31. Atelier Parisien d'URbanisme

32. Traitements de Substitutions aux Opiacés

33. Participant de manifestations techno, free party, rave party, etc.

34. Personne au mode de vie nomade, souvent tribal, liée aux cultures punk et free party.

et la descente du produit principal consommé. Les modes de consommation sont, eux aussi, variés : fumer, inhaler, sniffer, injecter, gober.

Si toutes les catégories socioprofessionnelles et de nombreuses nationalités sont représentées, une forte proportion de personnes fréquentant les structures locales sont en situation de précarité, de désinsertion ou de marginalité.

Certains sont de passage, d'autres sont résidents en titre dans le quartier ou y vivent en squat. Enfin, certains ne fréquentent pas les structures locales et sont connus par les observations des équipes de rue ou à travers les propos rapportés par des pairs. On dénombre plusieurs profils, des personnes bien insérées qui viennent se fournir ou consommer sur place, et des personnes très désocialisées ne fréquentant pas ou plus les structures.

Un nombre très important d'usagers de drogues

Le nombre d'usagers de drogues présents sur ces territoires est très important. Les équipes du CAARUD de Gaïa ont été en contact en 2008 avec 2 663 d'entre eux lors de 10 221 contacts, dont 29 % à la gare du Nord. Les CAARUD du territoire ont une file active cumulée de près de 7 649 personnes³⁵, soit plus du tiers de la file active francilienne (18 000 personnes) ou encore 13,6 % de la file active nationale des usagers de drogues pour ce type de structures, évaluée à 56 000 personnes³⁶. La lecture des rapports d'activité de ces structures montre un public vieillissant, polyconsommateur de drogues dont le crack est bien souvent le principal produit consommé, en situation de grande précarité et d'exclusion sociale³⁷.

L'association SAFE a distribué en 2012 sur ces territoires 95 000 kits, soit 190 000 seringues. À lui seul l'automate le plus fréquenté distribue 65 000 kits, soit 130 000 seringues, approvisionnement en augmentation constante comparé aux 30 000 kits délivrés en 2008. À proximité, le programme d'échange de seringues (PES) STEP³⁸ distribue annuellement plus de 100 000 seringues. Les études menées par ces deux structures montrent que seule une partie du matériel distribué est utilisée localement, et que des usagers consomment loin du quartier et s'approvisionnent pour constituer un stock pour ne pas avoir à revenir trop souvent. Gaïa sur son site de la gare du Nord distribue environ 70 000 seringues et 10 000 sur celui de la gare de l'Est.

35. Voir en Annexe IV p. IX, L'activité des CAARUD à Paris.

36. Données régionales et nationales, source CHALUMEAU M., *Les CAARUD en 2008 analyse nationale des rapports d'activité ASA-CAARUD*, OFDT, juillet 2010.

37. Voir en Annexe V p. X, Caractéristique de la file active du CAARUD d'EGO.

38. Seringues, Tampons, Eau, Préservatifs.

Des disparités spatiales sur le territoire

Sur une diagonale nord-est (porte de la Chapelle, Goutte-d'Or, Stalingrad), on note une population importante de fumeurs de crack très précarisés, qui a fait l'objet du « plan crack nord-est parisien » initié par la MILDT en 2005. Le sud (gare du Nord) est plutôt fréquenté par des injecteurs d'opiacés.

Si des études récentes confirment un taux de réutilisation important des seringues, elles apportent aussi de nouveaux éléments. En mai 2013, la restitution de l'« *Étude longitudinale des résidus de drogues dans les seringues usagées* » réalisée par l'association SAFE et le groupe « Santé Publique-Environnement » de la faculté de pharmacie de Chatenay-Malabry Université Paris sud-CNRS a mis en évidence l'usage de produits méconnus et d'autres dont l'injection est taboue (méthadone).

Elle révèle également sur l'ensemble des points de collecte l'utilisation du 4-MEC³⁹, molécule interdite en France depuis l'été 2012, ce qui pose la question de la diffusion des produits au-delà de la communauté des « *slamers*⁴⁰ », connue pour son utilisation. Notons que ce public ne se reconnaît pas comme usagers de drogues et reste peu sensible aux messages de RdR.

C) Les dispositifs actuels

Face à cette présence très importante d'usagers de drogues, un dispositif médico-social l'un des plus denses de France s'est progressivement construit.

On compte cinq CAARUD sur ce territoire : le CARRUD d'EGO⁴¹ de l'association Aurore, avec son accueil de jour et son programme d'échange de seringues (PES) STEP, situés dans la Goutte-d'Or (18^e) ; la Boutique 18 de l'association Charonne, composée de l'espace mixte, l'espace Femmes et de l'antenne mobile, située porte de la Chapelle ; le CAARUD de Coordination Toxicomanies spécialisé dans le travail de rue, qui couvre l'ensemble de ces secteurs ; Boréal, situé en proximité de Stalingrad (19^e), porté par l'Intersecteur la Terrasse (addiction et psychiatrie) de l'hôpital Maison Blanche ; l'antenne mobile PPMU⁴² de Gaïa. Sur la Seine-Saint-Denis (93), seul le CAARUD de Saint-Denis

39. Drogue de synthèse de la famille des cathinones, qui ont été classées dans leur ensemble comme stupéfiants par arrêté publié au *Journal officiel* le 2 août 2012, en raison de leur potentiel d'abus, de dépendance et de toxicité.

40. Hommes ayant des pratiques sexuelles avec d'autres hommes, pendant lesquelles ils s'injectent des substances psychoactives.

41. Espoir Goutte-d'Or, nom de l'association de quartier, issue de la mobilisation de riverains, d'usagers de drogues et de travailleurs sociaux non-spécialistes de la toxicomanie pour faire face aux nombreux problèmes locaux liés aux drogues, dont celui, alors très préoccupant, des overdoses. Elle a mené des actions pionnières en matière de drogues et de RdR en soutien et solidairement aux usagers de drogues, elle a depuis été fusionnée à l'association AURORE.

42. Programme de Proximité de réduction des risques en Milieu Urbain.

de l'association PROSES, situé en centre-ville reçoit ces publics. Enfin, l'association SAFE mène de nombreuses actions de RdR sur ce territoire, avec la gestion de onze automates (trente-deux au total sur Paris).

Les usagers de drogues trouvent dans ces accueils une écoute et des prestations en lien avec leurs besoins. Outre les matériels de RdR⁴³, seringues, matériels et kits d'injection, ils peuvent obtenir un accompagnement et une orientation, des aides sociales, des consultations juridiques, des prestations favorisant l'hygiène (douche, machine à laver...), des consultations médicales et des soins infirmiers. En outre, boissons et petites collations sont souvent au rendez-vous, ce qui peut constituer pour les plus précaires une part non négligeable des calories absorbées dans une journée.

L'offre de soins spécialisés en toxicomanie est composée de sept CSAPA pour le nord-est de Paris : le CSAPA d'EGO (18^e) de l'association Aurore ; le Sleep'In (18^e) de l'association SOS Drogues International, spécialisé dans l'hébergement d'urgence pour usagers de drogues et qui dispose de trente places (vingt-quatre pour les hommes et six pour les femmes) ; le CSAPA CASAT de l'Intersecteur La Terrasse (18^e) de l'Hôpital Maison Blanche ; le bus méthadone de l'association Gaïa ; l'Espace Murger de l'hôpital Fernand Widal (10^e) ; le Centre Horizons (10^e), destinés aux parents de jeunes enfants et aux femmes enceintes ; le Centre Vauvenargues de l'ANPAA75 (18^e).

Pour la Seine-Saint-Denis, on compte quatre CSAPA dans les communes concernées, dont le centre Le Corbillon de l'hôpital Casanova à Saint-Denis.

Les deux ECIMUD⁴⁴ de l'hôpital Bichat et de l'hôpital Lariboisière viennent compléter ce dispositif et accueillent des usagers dans leurs locaux et, au besoin, les hospitalisent. L'ECIMUD Lariboisière distribue les jetons utilisés dans les automates de proximités très fréquentés, dispensant du matériel d'injection.

La répression et la sécurité sont également fortement représentées, avec des brigades de police qui interviennent jour et nuit pour réprimer les trafics et l'usage de drogues sur la voie publique, répondant parfois à la demande des riverains. Récemment, trois secteurs, Château-Rouge situé dans la Goutte-d'Or (18^e), Stalingrad-Jardins d'Éole (19^e et 18^e) et le quartier Centre-ville / Gare de Saint-Denis (93) ont été classés Zone de Sécurité Prioritaire (ZSP), principalement pour cause d'usage et de vente de drogues. La SUGE, police de la SNCF, est elle aussi active, notamment sur ses nombreuses emprises désaffectées. Le Groupement Parisien Inter-bailleurs de Surveillance (GPIS) est lui aussi présent, chargé de traquer la vente et la consommation de produits dans les halls, les

43. Voir Annexe VI p. XII, Principaux matériels de RdR mis à disposition.

44. Équipes de Coordination et d'Intervention auprès des Malades Usagers de Drogues

parties communes des immeubles et les squats, et jusque parfois dans des appartements.

D'autres services de droit commun concourent à la résolution des problèmes liés aux drogues, comme les services de la Ville de Paris, les Parcs et Jardins et la Voirie. Une équipe du Service Municipal d'Action de Salubrité et d'Hygiène (SMASH) est spécialisée dans le ramassage des objets contaminants, au premier rang desquels on compte les seringues usagées.

1.3 L'association Gaïa

1.3.1 L'héritage de Médecins du Monde

L'association Médecins du Monde (MdM) a été fondée en 1980 pour agir auprès des populations victimes des grandes crises qui secouent le monde. Elle est connue du grand public pour les actions qu'elle mène à l'international et pour son choix de les médiatiser. En 1986, elle s'engage sur le sol national avec la création de la Mission France et met en place un premier centre d'accueil, de soins et d'orientation gratuits à Paris ainsi qu'un premier centre de dépistage VIH.

Dès 1987, l'association MdM s'engage auprès des toxicomanes, populations marginalisées et traditionnellement exclues du soin. En 1989, elle crée un PES, marquant ainsi son soutien au champ naissant de la RdR. En 1998, pour prolonger l'action du PES, elle ouvre un CSST, le Bus Méthadone, qui permet aux usagers une admission rapide dans un programme de substitution à la méthadone.

Acteur pionnier de la RdR en France, MdM a ainsi participé à la rénovation du soin en toxicomanie en bousculant les archaïsmes et en dépoussiérant des pratiques empreintes de morale et dénuées de réflexion en terme de Santé publique.

Le PES PPMU et le CSST Bus Méthadone sont devenus des établissements médico-sociaux. Compte tenu des contraintes dues à la gestion administrative et financière de ses programmes, MdM a souhaité se désengager de leur gestion, sans toutefois les fermer. Elle en a confié la gestion à l'association GAÏA Paris qui fut créée en 2006 dans ce but.

Depuis 2006, l'association GAÏA Paris gère ces deux dispositifs complémentaires de RdR et de soin, le PPMU, devenu CAARUD, et le Bus Méthadone, devenu CSAPA. Le Dr Jean-Pierre LHOMME, responsable des missions « échange de seringue » et « bus méthadone » de MdM, en est aujourd'hui le président.

Les liens restent importants entre Gaïa et MdM, qui soutient ses actions et ses projets. De son côté, MdM continue de porter des actions innovantes de RdR que sont le programme ERLI (Éducation aux Risques Liés à l'Injection) ; Le Lotus Bus (Paris) et le Funambus (Nantes), qui proposent des interventions en RdR auprès des travailleur(se)s du sexe ; la

Missions Squats ; la Missions XBT qui propose un soutien technique des Missions Rave en milieu festif (lequel teste la qualité des substance apportées par les usagers au moyen de la chromatographie sur couche mince [CCM]). Aujourd'hui, sur sa plaquette « *Médecins du Monde et la Réduction des Risques. Pourquoi agir ?* » MdM propose « *Une approche médicale et politique fondée sur la santé publique et les droits humains* ».

1.3.2 Les établissements

Le PES PPMU est devenu un CAARUD en septembre 2006. Il s'adresse aux usagers de drogues actifs qui souhaitent obtenir des conseils pour une consommation à moindre risque. Le lieu d'accueil fixe est situé au 62 bis avenue Parmentier à Paris 11^e, dans des locaux partagés avec MdM pour ses autres missions : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation ; Mission Lotus Bus ; Mission Sans-abri ; Mission Squats. Il est ouvert de 10h à 13h et de 14h à 18h du lundi au vendredi.

Accueil, écoute, orientation sociale et médicale, délivrance de matériel de réduction des risques⁴⁵, récupération de seringues usagées, sont des services proposés par le PES PPMU. D'autres plus spécifiques complètent cette palette : consultations sociales et infirmières, dépistages des hépatites et du VIH et examens hépatique au moyen du Fibroscan®⁴⁶ et des Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD).

Son antenne mobile⁴⁷ circule à Paris et adapte son parcours afin de rester au contact des usagers de drogues dans l'esprit de la RdR, et de les accompagner « là où ils sont, là où ils en sont ». Pour permettre aux usagers de garder des repères dans le temps et dans l'espace, les tournées du bus passent du lundi au vendredi par certains points fixes et sur des tranches horaires connues⁴⁸.

L'équipe pluridisciplinaire du CAARUD est constituée de douze salariés pour 6,5 ETP. Direction et encadrement représentent 0,65 ETP, le lieu fixe et l'antenne mobile emploient 4,25 ETP, dont 0,5 ETP d'assistant social et 1,0 ETP d'infirmière et 2,75 ETP d'éducateur et de chargés d'accueil. L'équipe du « Fibroscan », rattachée au CAARUD, est constituée de quatre salariés pour 1,6 ETP : médiatrice santé 1,0 ETP, médecin 0,2 ETP, travailleuse paire 0,2 ETP et infirmière 0,2 ETP.

45. Voir matériel de RdR distribué en Annexe VI p. XII.

46. Dispositif qui établit un diagnostic par élastographie impulsionnelle, technique qui permet de déterminer la dureté du foie (exprimé en kPa équivalent de fibrose). Il est non invasif et indolore, et révèle l'évolution de l'état de santé du foie.

47. Voir Annexe VII p. XIII, Les Bus de Gaïa

48. Actuellement, les lundi, mercredi et vendredi après-midi (15h30-19h00) et les soirées des lundi (20h-23h) et jeudi (22h-01h), l'antenne mobile couvre le Nord-Est parisien. La plage horaire du jeudi après-midi (15h30-19h00) est destinée aux maraudes dans le Bois de Vincennes.

Le Bus Méthadone est devenu un CASPA en décembre 2009. Il s'adresse à toute personne souffrant d'un problème de dépendance. Il est spécialisé dans le traitement de la dépendance aux drogues illicites (principalement héroïne, cocaïne, crack, buprénorphine, Skénan®). Les personnes souffrant d'une autre dépendance (alcool, jeux, médicaments...) pourront être orientées vers des structures partenaires spécialisées.

Le premier entretien, qui a lieu sans rendez-vous, ainsi que les consultations sociales, médicales et infirmières se déroulent au 62 bis avenue Parmentier à Paris 11^e. La délivrance de traitement se fait quotidiennement sur le bus à des horaires et sur des lieux de stationnement communiqués lors du premier entretien.

L'équipe pluridisciplinaire du CSAPA est composée de dix-sept salariés pour 12,26 ETP et de quinze bénévoles. Les postes de direction et d'encadrement représentent 2,02 ETP, ceux de médecins généralistes 1,66 ETP, médecin psychiatre 0,5 ETP ; infirmières 3,0 ETP, pharmacien 0,33 ETP, assistant social 1,0 ETP, éducateurs et accueillant 3,75 ETP.

Au sein de GAÏA Paris, le CAARUD et le CSAPA travaillent ensemble depuis la création du Bus Méthadone et montrent la complémentarité de la RdR et du soin. Ces deux programmes sont liés par quinze ans d'histoire commune et, lors de leur transfert de MdM à Gaïa, l'unité du travail, sa cohérence et les complémentarités existantes ont été préservées. Ce choix guidé par la préoccupation de conserver la meilleure prise en charge des patients a montré sa pertinence sur le terrain.

1.3.3 Les publics aujourd'hui

Les publics reçus par Gaïa aujourd'hui sont des usagers de drogues du Nord-Est parisien, engagés dans des polyconsommations, très majoritairement des hommes, avec des problématiques migratoires. Des usagers de drogues vieillissants côtoient de jeunes consommateurs, notamment injecteurs d'opiacés, et leur moyenne d'âge se situe autour de trente-neuf ans. Beaucoup sont très marginalisés et en grande précarité. Certains sont porteurs d'infections (VIH, VHC, VHB, IST...) qui résultent de modes de consommation incertains et des effets des produits tels que la baisse de la vigilance. Ces publics sont marqués pénalement pour usage, détention et parfois revente de drogues, ils sont au-delà de la prévention et du soin.

1.3.4 Innover en partenariat

Les actions de Gaïa se situent principalement sur les territoires fortement marqués par les trafics et la consommation. D'autres acteurs du champ des addictions et de la RdR sont également présents sur ces territoires, et Gaïa a engagé des partenariats très avancés avec certains acteurs de RdR présents sur le territoire du nord-est de Paris : création de kit matériel de réduction des risques (kit base), tournées d'équipe de rue commune,

accompagnement d'évacuations de squat d'usagers de drogues, mutualisation de matériel de diagnostic (Fibroscan), etc.

Un partenariat poussé entre le CAARUD et la mission ERLI de MdM a été mis en place avec pour objectif de « *réduire les morbidités et la mortalité liées à la consommation de drogues par voie intraveineuse (problèmes infectieux — VIH et VHC notamment — overdoses, détérioration du capital veineux, etc.) par l'éducation individuelle aux risques liés à l'injection de drogues* ».

Ce travail, très riche dans le contact avec les usagers de drogues, préfigure la pratique en SCMR. L'implication de Gaïa dans le réseau soutenant l'ouverture de SCMR en France, devrait lui permettre d'expérimenter avec succès le projet d'ouverture d'une SCMR sur ce territoire qu'elle connaît de longue date.

2 Situation, problème et analyse diagnostic

Des éléments de contexte qui précèdent une première question de pose : « Entre ordre moral, répression et respect des droits humains, politiques sanitaire et sociale, comment améliorer aujourd'hui la situation sociale et la santé des usagers de drogues? » C'est ce que ce chapitre va tenter d'explorer.

2.1 Des politiques publiques en retrait

Le tableau dressé dans la première partie montre que la politique de « guerre à la drogue » a été une source négative d'inspiration pour les politiques publiques. En effet, quels sont ses résultats ?

En cinquante ans, nous avons assisté à la massification des consommations et à la diversification des produits consommés, à une amélioration très relative de l'état sanitaire des usagers et à une dégradation de leur situation sociale. Quel rôle cette « guerre à la drogue » a-t-elle joué ? Nous pouvons affirmer qu'elle n'a pas permis la résorption des trafics et des violences qu'ils induisent, et sa mise en œuvre s'est souvent accompagnée d'importantes régressions du point de vue de la démocratie et des droits humains.

À cet égard, une rapide comparaison avec les politiques des drogues menées aux Pays-Bas est significative. Alors que la France a adopté l'une des législations les plus lourdes d'Europe, les néerlandais ont choisi un système bien plus souple en optant pour une grande tolérance à l'égard du cannabis, autorisant l'ouverture de Coffee-shop⁴⁹ par exemple. Or, les estimations de prévalence données par l'OEDT⁵⁰ en 2013 pour la consommation de cannabis en population générale (15-64 ans) sont de 32,12 % en France pour 25,7 % aux Pays-Bas, et en population scolaire (15-16 ans) respectivement de 39 % et de 26 %, ce qui montre que d'autres choix sont possibles.

2.1.1 Des drames humains constatés, des catastrophes sanitaires prévisibles et des besoins non couverts

Selon l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁵¹. » Cette définition,

49. Lieux où une personne majeure peut se procurer et consommer jusqu'à 5 g de cannabis. Voir à ce sujet p. 81 et suivante de *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas* [7] et *Tendances* n° 11 de l'OFDT : *Les Coffee-shops aux Pays-Bas : la tolérance à la néerlandaise*.

50. P. 71 du *Rapport européen sur les drogues 2013 : tendances et évolutions*, OEDT [10].

51. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé adopté par la Conférence internationale sur la Santé le 22 juillet 1946. Cette définition n'a pas été modifiée depuis 1946.

énoncée en 1948, peut-elle concerner les usagers de drogues ? Onze ans de pratique m'ont convaincu du contraire.

À compter de 1970, la loi a restreint les options pour la personne toxicomane au soin et à la prison, et lui a ôté la possibilité d'accéder à un relatif bien-être social. Ce faisant, elle continuait de cautionner les représentations sociales très négatives en dépossédant l'individu de sa personnalité et en le définissant comme un « maniaque du toxique ». Lorsqu'on est un « camé », un « drogué », un « shooté », un « toxico », que peut-on attendre de la société ?

L'application de cette loi avait immédiatement produit ses effets, et les statistiques de l'INSEE dans les tableaux ci-dessous⁵² montrent la montée inexorable des ILS après 1970. C'est ce que nous constatons encore aujourd'hui.

Le texte qui l'accompagne précise : « *Enfin, nous avons fait un groupe à part pour les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS). Quasi inexistant au début des années soixante-dix, ce poste atteint presque 3 % du total en 2000. Ici, l'enregistrement ne dépend que de l'intensité de l'action policière. La forte croissance est alimentée d'abord par les interpellations d'usagers de stupéfiants (majoritairement, pour 88 % de cannabis) : en 2000, les usagers simples représentaient 74 % et les usagers-revendeurs respectivement 13 % des interpellations pour ILS.* »



Source : ministère de l'Intérieur.

Nombre de personnes et de faits constatés par les services de police en milliers

INSEE, France, portrait social 2002/2003 p. 146 et 147

Ainsi refoulé dans la clandestinité, les injecteurs d'héroïne d'alors ne pouvaient trouver ni écoute, ni conseil, ni soin, et encore moins des produits de substitution ou du matériel stérile — alors interdits à la vente —, qui leur auraient permis de consommer à moindre risque pour leur santé, au-delà des effets néfastes du produit.

52. INSEE, France, portrait social 2002/2003, p. 146 et 147.

Alternant sevrages non choisis, rechutes et incarcérations, risquant l'overdose, marqués pénalement, stigmatisés socialement, déconsidérés, « enfin, est-ce que je me drogue moi ? », « et puis avec un peu de volonté... », se contaminant mutuellement par le partage de matériel d'injection, les usagers ont été laissés seuls avec les problèmes individuels, souvent lourds, qui les avaient entre autres menés à consommer, sans soin et sans considération.

À l'ombre du silence entretenu autour du tabou des drogues se profile une catastrophe sanitaire due à l'irruption brutale du SIDA en 1980. La crainte que la contamination de ces publics par le virus du SIDA puisse déboucher sur une épidémie plus généralisée mit les responsables de la santé publique sous pression.

Saluons au passage trois femmes courageuses qui, non sans mal et parfois contre leur propre camp politique, permirent de « Limiter la casse⁵³ ».

C'est tout d'abord, Michèle BARZACH, ministre de la Santé et de la Famille, qui signa le 13 mai 1987 un décret autorisant la vente libre de seringues en pharmacie. Là est le véritable point de départ de la politique de réduction des risques en toxicomanie.

En 1993-1995, Simone VEIL, ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, prend de nouvelles dispositions : kits stériles en pharmacie, échange de seringues, accueil des toxicomanes à l'hôpital, mise en place des « boutiques » spécialisées et surtout légalisation des traitements de substitution aux opiacés. Le rapport de la commission HENRION⁵⁴, qu'elle a commandé, « ...reconnait que loin de protéger la santé, la lutte contre la toxicomanie est à l'origine de catastrophes sanitaires et sociales⁵⁵ ».

Enfin, c'est Nicole MAESTRACCHI, présidente de la MILDT, qui, dans la foulée des rapports PARQUET⁵⁶ et ROQUES⁵⁷, promeut dès 2000 l'approche « mode de consommation » plutôt que l'approche « produits ». Validée scientifiquement par un large panel de chercheurs et de praticiens, cette approche sera vulgarisée à travers un livre, « *Drogues : savoir plus, risquer moins* » [11], qui fut un véritable succès de librairie avec

53. Nom du collectif créé en 1993, par des acteurs mobilisés sur les questions du SIDA et des usages de drogues, qui a lutté en faveur de la mise en place d'une politique de réduction des risques sanitaires et sociaux liés à l'usage de drogue.

54. *Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie*, sous la présidence de R. HENRION, La Documentation française, Paris, 1995.

55. COPPEL A., DOUBRE O., *Drogues : sortir de l'impasse* [8], p. 27.

56. PARQUET P.-J., *Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives*, Vanves, CFES, 1997. Ce rapport s'appuie sur la science et reprend les trois concepts que distingue l'OMS : *usage, abus, dépendance*.

57. ROQUES B., *La Dangerosité des drogues : rapport au secrétariat d'État à la Santé*, Paris, Odile Jacob/La Documentation française, 1999. Ce rapport pointe la gravité des problèmes liés aux drogues au-delà de leur seul statut licite ou illicite.

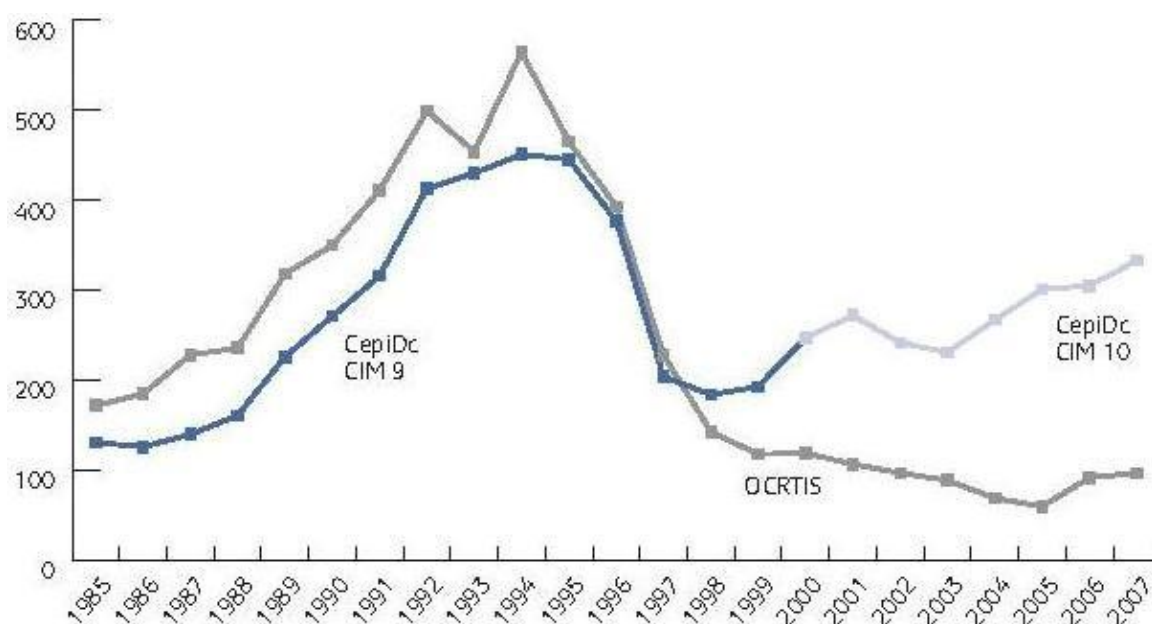
5 millions d'exemplaires vendus. Les parents, les jeunes, les professionnels s'en emparèrent, des réponses concrètes étaient enfin apportées à la population française.

Grâce à ces mesures, qui semblent relever du seul bon sens et de l'humanité la plus élémentaire, les résultats sur l'épidémie de Sida et sur les décès par overdose ne se firent pas attendre comme en témoignent les deux tableaux ci-dessous.



Nombre de cas de sida chez des personnes contaminées par usage de drogues injectées en France entre 1984 et 2008

OFDT, *Les Usages de drogues illicites en France depuis 1999* [12] p. 40.



Les surdoses mortelles en France selon le CépIdc et l'OCRTIS, 1985-2007

OFDT, *Tendances*, n° 70, mai 2010, *Les Surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France*.

Il y eut encore des avancées, notamment grâce à l'insertion de la RdR dans la loi et de son financement par la Sécurité Sociale. Nous commençons à expérimenter le travail en santé communautaire, l'« Outreach »⁵⁸ et la médiation sociale en toxicomanie, il s'agissait de se rapprocher des usagers de drogues en renforçant l'auto-support alors naissant. Nous avons encore beaucoup à expérimenter et à construire, cependant le processus qui ajoutait la réduction des risques aux politiques publiques françaises concernant les drogues semblait durablement enclenché.

C'était sans compter sur la ténacité des tenants de la « guerre à la drogue » qui, bien que sévèrement mis à mal par le réel, ne désarmaient pas de leur idéologie ; c'est ainsi que de nombreux freins sont venus limiter les évolutions en cours au bénéfice des usagers de drogues.

Les freins ont été financiers également du fait de l'assèchement des ressources. J'ai eu connaissance de certains conflits de personne qui ont interféré lorsque des anciens de l'intervention en toxicomanie ou de la RdR, momifiés en statue du commandeur, ne voulaient rien lâcher face aux nouveaux venus qui proposaient d'autres façons d'agir.

Ainsi, aujourd'hui, force est de constater que de nombreux besoins restent à couvrir pour venir en aide aux usagers. Citons, parmi les voies que j'estime les plus prometteuses, la mise en place des SCMR, le « logement d'abord »⁵⁹ pour ceux qui vivent à la rue, l'héroïne médicalisée. Il reste aussi à faire entrer la RdR en prison.

2.1.2 Des limites avérées en soin et en addictologie

Les rapports entre RdR et intervention en toxicomanie restent conflictuels. Le dernier en date est survenu durant l'été 2013 suite à la remise à la Présidente de la MILDT, Mme Danièle JOURDAIN-MENNINGER, du rapport REYNAUD sur « *les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages* »⁶⁰. Ce rapport, qui se dit fondé en science, met en avant des orientations proposées tant par le champ de la RdR que de la Fédération Française d'Addictologie (FFA)⁶¹, en reprenant, mais sans pugnacité, les principales critiques concernant « la guerre à la drogue ».

S'il consacre l'addictologie, il instaure la réduction des dommages au détriment de la RdR, en le justifiant ainsi :

58. De l'anglais « Outreach Work », traduit par « aller vers » pour décrire le travail effectué par les équipes de rue qui vont à la rencontre des personnes en difficultés sociales, là où elles sont.

59. Le « Housing First » des Anglo-Saxons.

60. Disponible en ligne sur le site de la Fédération Addiction (FA) : <http://www.federationaddiction.fr/le-pr-michel-reynaud-rend-son-rapport-a-la-mildt/>

61. Ce rapport doit beaucoup au *Livre blanc de l'addictologie française, 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France*, FFA mai 2011, disponible sur le site de la FFA : http://www.addictologie.org/dist/telecharges/FFA_LivreBlanc-2011mai26.pdf

« Nous parlerons tout au long de ce rapport de “ réduction des dommages ”, car il s’agit là d’une donnée objective, perceptible, évaluable et donc plus à même d’être acceptée par les pouvoirs publics et la société. »

« La notion proche de “ réduction des risques ” est moins évaluable et surtout, complètement associée en France à la réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues injectables. »

« D’autre part la “ réduction des risques ” peut plus facilement donner lieu à des politiques idéologiques, correspondant aux idées que chacun peut se faire des risques, sous tendue par les représentations du “ bon ” et du “ mauvais ”, souvent proches du “ Bien ” et du “ Mal ”. Cette différence sémantique est importante pour l’objectivité et l’acceptabilité des mesures à prendre, même si, en pratique, la réduction des dommages est la conséquence de la réduction des risques⁶². »

Par un courriel commun, l’AFR, ASUD et Gaïa Paris ont annoncé leur retrait du rapport Reynaud, et se sont expliqués dans deux lettres ouvertes⁶³ du 18 juillet destinées au Professeur Michel REYNAUD.

Pour l’AFR, *« ... nous ne nous reconnaissons pas suffisamment dans la dynamique engagée et le nouveau paradigme présenté : primauté de la notion d’addiction et remplacement de la réduction des risques jugée comme favorisant les prises de position idéologiques, par la réduction des dommages.*

Si la réduction des risques est efficace, c’est parce qu’elle agit avant même l’apparition de dommages et parce qu’elle tient compte de la perception des risques de la personne. La RDR est tout autant évaluable que la réduction des dommages. Encore faut-il s’en donner les moyens et avoir une volonté politique forte pour la soutenir. »

ASUD, qui s’associe sans restriction au courrier de l’AFR, regrette encore une fois la faible place donnée aux usagers de drogue dans ce rapport, dont ils font pourtant l’objet, et le peu de cas qui est fait de leur parole. En tant que responsable de projets de RdR, je partage ce point de vue critique. Le Professeur REYNAUD répond le 19 juillet⁶⁴ et tente des justifications mais n’apporte pas de nouveaux arguments.

Cette querelle a son importance, car les pratiques de « réduire les risques » et de « réduire les dommages » ne sont pas assimilables⁶⁵. De mon expérience auprès des

62. Rapport REYNAUD, p. 17.

63. En ligne sur le site de l’AFR : <http://a-f-r.org/actualites-opinions-analyses/rapport-reynaud-nouveaux-habits-lideologie-medicale-en-matiere-drogues> et sur celui d’ASUD : <http://www.asud.org/2013/07/18/lettre-ouverte-au-professeur-reynaud/>

64. Réponse disponible également sur le site de FA à la même adresse que le rapport.

65. Il est à noter que l’IHRA (voir Annexe I p. II) traduit « Harm Reduction » en français par « réduction des méfaits » ou « réduction des risques et des méfaits »...

usagers de drogues, s'ils sont d'accord pour parler des risques liés à leurs consommations, ils sont moins enclins à entendre parler de dommages. C'est le type d'argument qui les a éloignés des dispositifs et du soin. Et si nous avons pu renouer avec eux c'est que nous avons changé nos attitudes et notre langage, comme nous l'enseignait la RdR.

S'agissant des consommations de substances psychoactives, ce rapport déclare l'addictologie seule compétente et somme la RdR de se fondre dans l'approche de « *réduction des dommages en addictologie* ».

Mais qu'est-ce vraiment que l'addictologie ? Le dictionnaire la définit comme le « *champ d'investigation théorique et pratique centré sur les comportements autoaliénants des êtres humains, les addictions, en particulier les pratiques de consommation de substances psychoactives, pouvant engendrer des dommages et des dépendances. L'addictologie est à la croisée de toutes les disciplines qui s'intéressent à l'homme et à ses conduites (psychologie, neurobiologie, clinique...), mais aussi aux substances qu'il consomme pour s'automodifier (pharmacologie, histoire des drogues...) et aux contextes qui interagissent sur ces conduites (sociologie, géopolitique, économie, anthropologie culturelle...)*⁶⁶ ».

Cette définition nous montre l'étendue de ce champ encore très récent, dans lequel s'inscrit ce mémoire.

Le titre d'un chapitre de *Drogues : sortir de l'impasse* pose la question : « *L'addictologie : une clinique fondée en science*⁶⁷ ? » Ce chapitre reprend les travaux de plusieurs auteurs⁶⁸, et interroge cette discipline qui, tout en s'appuyant sur les avancées de la science, et notamment de la neurobiologie, voit sa clientèle augmenter de façon vertigineuse par l'étendue des pratiques qu'elle couvre, au point qu'on pourrait se demander « qu'est-ce qui n'est pas addiction ? ».

La lecture du type « pathologie des comportements » reste inacceptable par de nombreux usagers, ceux que l'intervention en toxicomanie avait déjà laissés sur la touche. Il me semble que, par là même, on risque à nouveau de laisser de côté les personnes que la RdR avait su toucher, les usagers de drogues illicites et notamment les plus précarisés d'entre eux.

Alors l'histoire est-elle en train de se répéter ? La question peut légitimement se poser.

66. Définition du site de la FFA provenant du *Dictionnaire des drogues et des toxicomanies*, Larousse, Paris, 2004, 2^e édition.

67. COPPEL A., DOUBRE O., *Drogues : sortir de l'impasse* [8], p. 119 et suivantes.

68. Citons deux articles accessibles en français celui d'Aude LALANDE et celui de Peter COHEN : LALANDE A., printemps 2010, « L'Addictologie, pour quoi faire ? », *Vacarme*, n° 51, <http://www.vacarme.org/article1886.html> ; COHEN P., 2009, « L'Impératrice nue. Les neurosciences modernes et le concept de dépendance », [visité le 01.02.2007] sur le site du CREDO : <http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.empress.fr.html>.

Gwendola LE NAOUR nous en donne une vision dans son livre *Drogues, SIDA et action publique*, au paragraphe « *Des professionnels en réseau ; l'invention d'un monopole* »⁶⁹ qu'elle consacre au rapport entre la DGS et les acteurs du champ des drogues. Elle y décrit les réticences, dans les années 80, des intervenants en toxicomanie représentés par l'ANIT⁷⁰ envers les tenants de la RDR, principalement AIDES et MDM, alors engagés dans la lutte contre le SIDA. Le conflit pourrait se résumer comme une divergence entre les tenants de l'attente de la demande de l'utilisateur face à ceux, plus proactifs, de l'action humanitaire et de son devoir d'ingérence concrétisé dans l'outreach. Rappelons qu'à leurs débuts, les intervenants en toxicomanie travaillaient de façon similaire et allaient au-devant des toxicomanes, notamment le centre Marmottan, sur le modèle américain des Free Clinics⁷¹.

Alors, les leçons de cette époque ont-elles été bien comprises ? Rien n'est moins sûr, comme j'ai pu le constater sur Paris avec les résistances à travailler en réseaux entre partenaires venant de la RdR et ceux venant de l'intervention en toxicomanie.

Par ailleurs, j'ai été frappé de constater des disparités importantes entre les pratiques des équipes mobiles pratiquant l'outreach. Certaines restent dans leur véhicule posté aux alentours des scènes de consommation pour attendre la demande de matériel de RdR, d'autres préfèrent intervenir à pied dans ces scènes et dans les squats, au plus près des usagers. Selon moi, ces différences de pratiques correspondent à la culture des origines de l'institution, allant ici de l'intervention en toxicomanie à la RdR inspirée de la « santé communautaire »⁷².

L'impact auprès des usagers n'est évidemment pas le même. Aussi, souhaitons que la réduction des dommages en addictologie saura s'emparer véritablement des acquis de la RdR et les faire fructifier, et ne repoussera pas une vision et des pratiques ayant fait leurs preuves, ce qu'elle a déjà fait par le passé.

69. LE NAOUR G., 2010, *Drogues, SIDA et action publique* [13], p. 40.

70. Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie, association créée en 1980, devenue l'Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie et Addictologie (ANITeA) en 2008, depuis le 1^{er} janvier 2011, Fédération Addiction par sa fusion avec la Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie (F3A).

71. « *Or les expériences américaines reposent sur un travail de rue visant à aller à la rencontre des usagers de drogues, exclus du système de soins, pour les inciter à venir consulter dans des free clinics, fondées sur l'écoute et le dialogue avec les toxicomanes et n'imposant pas l'arrêt de la prise de produits. Ce travail de rue, pratiqué par les pionniers français durant deux à trois années, sera progressivement abandonné. Ceux-ci jugeaient en savoir assez sur les toxicomanes et estimaient que continuer ce travail de terrain serait une forme de contrôle social et contreviendrait au principe de la libre formulation d'une demande de soins* » (Gwendola LE NAOUR, *Drogues SIDA et action publique* [13] p. 38).

72. Rappelons l'impact de l'action communautaire sur ces publics, énoncé par l'OMS dans la Charte d'Ottawa, adoptée le 21 novembre 1986, sur la promotion de la santé. Elle est disponible en ligne : <http://www.euro.who.int/fr/who-we-are/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>.

2.1.3 Insécurité, nuisances et sentiment d'insécurité

Comme on l'a vu, la « guerre à la drogue » s'accompagne de grandes violences liées d'une part aux opérations de répression, d'autre part aux règlements de comptes auxquels se livrent les trafiquants. Elle crée pour de nombreux citoyens ordinaires de la planète un véritable climat d'insécurité. Si l'Amérique Centrale⁷³ et l'Amérique du Sud payent un lourd tribut à cette folie, celle-ci embrase peu à peu le monde entier. Une dépêche de l'AFP publiée sur le site de l'Express⁷⁴ rappelle que la « *guerre contre la drogue* » en Thaïlande de 2001 à 2006 a entraîné la mort de 1 400 personnes dans des règlements de comptes et qu'elle a donné lieu à des milliers d'exécutions extra-judiciaires. Les jeux troubles de la géopolitique ont permis aux alliés de l'Amérique de financer leur soutien à sa guerre contre le communisme par l'argent de la drogue. Certains sont aujourd'hui passés du rang de « combattants de la liberté » à celui de terroristes trafiquants de drogues et sont devenus ses ennemis. Entraînée dans cette spirale, devant défendre ses intérêts et préserver la sécurité de ses ressortissants, la France s'est vue contrainte de réagir militairement dans son ancienne colonie du Mali. Les combattants d'AQMI⁷⁵ et de libération de l'Azawad⁷⁶ avaient bousculé l'armée régulière et menaçaient la capitale. La puissance militaire acquise par ces groupes, si elle tient à des composantes locales comme la disponibilité d'armes et en combattants après la guerre en Lybie, leur vient aussi du contrôle des trafics, et notamment celui de la drogue⁷⁷.

Mais la France a aussi de quoi s'inquiéter sur son propre territoire, où les violences liées aux trafics de drogues atteignent des niveaux préoccupants. Depuis le début de l'année 2013, treize homicides par balles ont eu lieu pour la seule ville de Marseille, dans le cadre de règlements de comptes dont tout laisse à supposer qu'ils ont pour cause le trafic de drogues. Ces victimes sont souvent des jeunes, parfois mineurs, des armes de guerre sont employées et le niveau de férocité est accru avec des mises en scène macabres appelées « barbecue⁷⁸ ». La loi du silence qui règne dans ces milieux permet le plus souvent de ne décompter que les homicides.

73. Voir note n° 8.

74. http://www.lexpress.fr/actualites/1/monde/la-guerre-contre-la-droque-de-thaksin-hante-toujours-la-thaïlande_1005916.html.

75. Al Qaeda au Maghreb Islamique.

76. Partie nord, sahélo-saharienne du Mali.

77. Abdelkader Abderrahmane, *Terrorisme et trafic de drogues au Sahel*, Le Monde.fr, 19/07/2012: http://www.lemonde.fr/idees/article/2012/07/19/terrorisme-et-traffic-de-drogues-au-sahel_1735046_3232.html.

78. Pratique du milieu marseillais, qui consiste à brûler dans des véhicules les corps des personnes exécutées afin de ralentir les investigations et d'affirmer sa puissance face aux autres clans.

Marseille n'est pas la seule ville touchée par cette violence, même si elle en détient le triste record ; Paris et sa région arrivent sans doute en deuxième position. En 2009, la fête du quartier de la Goutte-d'Or, à laquelle nous contribuions, fut annulée parce que les jeunes du quartier, chargés de la sécurité de l'évènement, pleuraient l'un des leurs qui avait été abattu la veille dans le nord du 18^e. C'était le troisième jeune tué dans l'année et les rumeurs sur ces meurtres renvoyaient à des règlements de comptes liés aux trafics de drogues.

Et qui aurait pensé, dix ans en arrière, que des exécutions entre dealers auraient lieu à la Kalachnikov, parfois en plein jour et devant des témoins, alors que le taux d'homicides en France est parmi les plus bas du monde et leur nombre en diminution depuis 1995 ?

La violence ne se limite pas à ces évènements dramatiques qui restent, pour l'instant, limités aux tenants des trafics. Pour se maintenir, le deal utilise couramment d'autres formes de violences : tabassages, pressions, racket, etc., dont l'enchaînement des évènements à Marseille montre l'impuissance du pouvoir politique et de celui de la police, alors qu'ils disposent dans ce champ de moyens légaux aussi étendus qu'en matière de terrorisme. En France aussi, la « guerre à la drogue » a créé une véritable insécurité dans de nombreux quartiers populaires.

Sortir de cette spirale de violence nécessiterait de profonds changements des politiques des drogues, tant au niveau mondial que français, et de nombreux hommes politiques et de hauts responsables ont déjà pris position dans ce sens. À l'international, citons la « Global Commission on Drug Policy » dont la liste des membres inclut l'ancien secrétaire général de l'ONU, des anciens présidents de nombreux pays, notamment ceux de la Colombie, du Mexique et du Brésil, d'anciens ministres, parlementaires, maires de grandes villes et hauts fonctionnaires. En France, des hommes politiques s'engagent également, souvent des élus dans des territoires touchés par les problèmes liés aux drogues. Pour mémoire, citons la prise de position publique de M. Daniel VAILLANT, Député-Maire du 18^e arrondissement de Paris, ancien ministre de l'Intérieur, qui considère qu'il convient de passer à la légalisation contrôlée du cannabis⁷⁹.

Mais l'insécurité concerne aussi les usagers de drogues, tout d'abord l'insécurité sanitaire.

La « déclaration de Vienne » en 2010, qui a été le point d'orgue de la « XVIII^e Conférence mondiale sur le sida », commence ainsi : « *La criminalisation des utilisateurs de drogues illicites alimente l'épidémie de VIH et a eu des retombées essentiellement négatives sur la santé et la société. Nous avons besoin d'une réorientation complète des politiques.* »

79. Libération du 16/06/2011, HENRY M., « Cannabis : Daniel Vaillant cultive le pragmatisme ».

Cette insécurité est également pointée par les rapports⁸⁰ de la « Global Commission on Drug Policy » qui insiste sur les responsabilités des gouvernements dans la lutte contre la propagation du SIDA et des hépatites dans les populations usagères de drogues. Elle rappelle par exemple que la Russie, refusant de mettre en œuvre une politique de réduction des risques, a une prévalence moyenne du VIH parmi les usagers injecteurs de 37 % et de plus de 90 % pour le VHC.

La France a fait de gros progrès entre 2004 et 2011, en passant, pour les usagers de drogues ayant pratiqué l'injection au moins une fois dans leur vie, d'une séroprévalence VIH estimée de 11,3 % à 6,2 %-7,4 %, et pour et celle du VHC de 73,8 % à 33,3 %-46,0 %⁸¹. Mais ces chiffres restent élevés, car en population générale, la prévalence VIH est estimée à 0,2 % et celle du VHC à 0,84 %. Comme nous pouvons le constater, des progrès restent à réaliser pour ces populations.

Par ailleurs, quelle sécurité pour les usagers sur les produits consommés ? Ici, aucune traçabilité pour garantir la qualité du produit, sa teneur et sa composition, le test des produits peine à se mettre en place. Et que penser des contacts avec le crime organisé dans les transactions pour se les procurer ?

Enfin, les rapports avec les forces police peuvent, eux aussi, être source de violence. La peur des contaminations par le matériel de consommation à l'occasion des contrôles amènent parfois des policiers à des débordements : coups, emploi de lacrymogènes, insultes, destruction ou confiscation du matériel. Gardes à vue prolongée, contrôles, inculpations répétées sans résultat, viennent renforcer un sentiment d'échec et d'impuissance d'autant plus fort que les représentations négatives sur les personnes usagères de drogues sont courantes dans les forces de l'ordre, surtout chez les hommes et les femmes de terrain qui sont au contact quasi quotidien avec les usagers⁸².

Les riverains, même s'ils font très rarement l'objet de violences physiques, sont de leur côté victimes des nuisances créées par les scènes de deal et de consommation de rue. La vue des consommations en public et tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'injections, les attroupements souvent bruyants, l'état très dégradé de certains usagers, les comportements inquiétants liés aux effets des produits qui peuvent s'ajouter à des

80. Commission globale sur les politiques de drogue, *La Guerre aux drogues face au VIH/sida Comment la criminalisation de l'usage de drogues aggrave la pandémie mondiale*, juin 2012, http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_FR_v3.pdf; et *L'Impact négatif de la « guerre contre la drogue » sur la santé publique : l'épidémie cachée d'hépatite C*, mai 2013, http://www.globalcommissionondrugs.org/hepatitis/GCDP_HepatitisC_2013_FR_Summary_v2.pdf.

81. OFDT, *Drogues, Chiffres clés*, 5^e édition, juin 2013.

82. Les usagères de drogues qui ont recours à la prostitution sur les boulevards extérieurs parisiens rapportent que des policiers les surnomment « toxiputes ». Femme et usagère, la peine est double.

problématiques psychiatriques, la violence entre usagers et entre revendeurs, tout cela génère de forts sentiments d'insécurité. Les seringues et les matériels souillés, mais aussi les détritres et parfois les déjections humaines trouvés dans les parties communes des immeubles, provoquent à bon droit la colère et le désarroi des habitants.

Dans les grandes scènes de drogue du 18^e arrondissement, qui regroupaient des dizaines et parfois des centaines d'usagers, à la fin des années 90, les nuisances associées à ces scènes avaient atteint un niveau extrême.

Lors de débats auxquels j'ai participé en tant que chef de service, coordinateur pour « Coordination Toxicomanies » des quartiers Goutte-d'Or et Simplon / Clignancourt dans le 18^e arrondissement de Paris, j'ai régulièrement noté l'incompréhension des riverains devant l'interdiction de la consommation de drogues dans les structures spécialisées de leur quartier. Ils voyaient avec stupeur les usagers sortir du CAARUD, traverser la rue et venir consommer dans leur immeuble.

La présence des structures d'accueil ou de soin pour usagers dans les quartiers peut donc être vécue comme une source d'insécurité par les habitants car elles paraissent fixer ces publics dans leur territoire, sans les autoriser à consommer dans leurs murs. J'ai ainsi dû souvent faire face à des habitants désabusés, ce qui occasionne un surcroît de travail pour la structure d'accueil. Les ambiguïtés de la loi leur font dire par exemple « *qu'à ces drogués qui sont des délinquants, on leur donne tout, alors que nous qui sommes honnêtes et qui travaillons, il ne nous est fait aucun cadeau* ». Inlassablement, j'ai pris soin de répondre, d'expliquer le sens des interventions et leurs limites, ce qui m'a permis parfois de convaincre.

Ainsi, aujourd'hui, comme hier pour les CAARUD, la perspective de l'implantation d'une SCMR dans le Nord-Est parisien relance ce type d'expression. Alors même que les usagers de drogues sont déjà massivement présents autour de la gare du Nord, le fait d'ouvrir un espace qui leur est dédié, supposé couteux pour la communauté, déclenche à nouveau toute les passions.

2.1.4 Un débat qui ne vient pas

Aujourd'hui, faire face aux problèmes liés aux drogues, c'est d'abord oser en débattre. Or, tout homme politique qui se lance sur ce sujet se fait immédiatement rappeler à l'ordre, par son camp, puis par celui d'en face.

Vincent PEILLON, ministre de l'Éducation nationale, propose en octobre 2012 de débattre sur la dépénalisation du cannabis. S'il est immédiatement repris par l'opposition, il ne reçoit qu'un faible soutien de son propre camp.

Roselyne BACHELOT, alors ministre de la Santé, qui souhaite avancer sur la question des drogues, propose l'expérimentation de SCMR en se fondant sur les résultats de

l'expertise qu'elle a commandée à l'INSERM [14] sur les expériences internationales. Sans qu'aucun débat, même *a minima* n'ait pu avoir lieu, en août 2010 le premier ministre François FILLON tranche contre l'expérimentation.

Sans doute les propos de François MITTERAND, rapportés par Anne COPPEL, nous éclairent-ils sur la frilosité des hommes et des femmes politiques au sujet des drogues : « *Moins on en parle et mieux on se porte, puisque lorsqu'on en parle, il faut hurler avec les loups*⁸³ ». Elle ajoute qu'« *aussi clairvoyante soit-elle, cette forme de cynisme politique contribuera à la culpabilisation de la classe politique de gauche et d'une part des élites, intimement persuadées d'avoir été laxistes parce que les consommations de cannabis ne les inquiétaient pas* ».

Le débat sur les drogues reste impossible tant les tenants de la « guerre à la drogue » le craignent. Les français sont tout à fait capables d'en comprendre les enjeux et d'en débattre comme ma pratique professionnelle me l'a montré et comme les derniers sondages le confirment⁸⁴.

Il est vrai que débattre sur les drogues nécessite un courage et une audace qui semblent rares à notre époque. Car une quantité de questions se posent, qui suscitent bien des ambivalences et peuvent sembler contradictoires.

Les parfums par exemple, emblèmes de la culture française, avec leur nom comme « Opium », « Poison », « Addict », nous rappellent que les ivresses sont recherchées et qu'elles sont sources de plaisir. En France encore, les résistances à ce que l'alcool soit assimilé à une drogue sont grandes, que deviendrait notre art de la table et l'excellence de notre cuisine sans son alliance avec des vins, qui lui apportent une spécificité inégalée ? Or ces mêmes tables qui, raffinement oblige, se couvrent après le repas d'autres alliances complexes entre substances psychoactives issus des cafés, cigares et vieux alcools, ne sont-elles pas fréquentées par ces décideurs qui votent pourtant des lois prohibant les drogues ?

Enfin, si le dopage des plus grandes idoles sportives est connu, ils restent des héros, y compris pour les enfants qui n'ignorent pas ce sujet. On peut ainsi répondre « oui » à la question posée par d'Anne COPPEL « *Peut-on civiliser les drogues ?* »⁸⁵. Aujourd'hui, la société marchande dans son ensemble est addictogène.

83. COPPEL A., DOUBRE O., *Drogues : sortir de l'impasse* [8], p. 21.

84. L'OFDT a relevé 58 % d'opinion favorable chez les Français, « tout à fait ou plutôt d'accord » à la mise en place de SCMR. En 2008, ils n'étaient que 27 %. Voir OFDT, 2013, *Drogues et addictions, données essentielles*, p. 51-52.

85. COPPEL A., *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques* [15].

Il en résulte que, entre condamner d'un côté et promouvoir de l'autre, le débat n'est effectivement pas aisé. Quelle place y faire aux libertés individuelles, y compris celle de disposer de son corps, de consommer ce qu'on veut ? Au nom de quoi accepter d'être « surveillés et punis », pour « notre bien » et sans en débattre ? Quelle place pour les libertés collectives et jusqu'où renoncer à nos droits ?

Le débat doit se construire en s'appuyant sur les résultats et les pratiques des interventions en RdR et en addictologie. Les professionnels qui agissent en première ligne assurent ainsi la pérennité du champ. Pour faire entendre les enjeux hautement démocratiques en terme de santé publique que constitue la RdR, qui a su intégrer pleinement le respect des personnes et des citoyens que sont les usagers, il y a lieu de débattre de toutes ces questions avec la société civile.

Il s'agit de questionner les idéologues et les moralistes crispés sur leur position, d'alerter les parents indignés mais impuissants à aider leurs jeunes, de confronter les « NIMBY⁸⁶ » et ceux qui réfléchissent à partir du prix de l'immobilier qui s'effondre.

Mais il s'agit aussi de répondre à ceux qui s'interrogent vraiment, qui cherchent à comprendre et à avancer, quels que soient leurs présupposés. Qui sait qu'en France, la production d'une seringue nous coûte 14 centimes d'euro, alors que le coût annuel de la trithérapie d'un malade du SIDA est estimé à environ 15 000 €, et que celui du traitement VHC va de 20 000 € à 50 000 € ? Comment prévenir efficacement les consommations à risque, comment limiter ces coûts humains et financiers ? Comment expliquer à des riverains excédés les enjeux globaux que sont la question des droits humains et les questions de démocratie, les aspects historiques et culturels des drogues ? C'est un travail de pédagogue et de chercheur, c'est une ambition de la RdR et de ses acteurs.

En 2001, des associations de riverains qui se confrontaient à ces questions dans le nord-est du 18^e arrondissement de Paris, demandèrent la mise en place d'une table ronde. Elle fut mise en place à la Mairie du 18^e par l'association Coordination Toxicomanies 18 et fut un véritable succès au vu du nombre des participants locaux, habitants, responsables associatifs, institutions. Les débats, houleux parfois, permirent de maintenir les liens entre les différents acteurs et d'avancer sur l'acceptation du dispositif à destination des usagers de drogues sur ce territoire.

Dans le quartier de Stalingrad, une autre forme de débat fut menée avec succès dans le « Pannel Citoyen », organisé par la Mairie du 19^e. Les habitants voyaient une grande scène de drogues se développer, principalement du crack, et, excédés, ils ont entrepris

86. Acronyme qui provient de l'expression anglaise « Not In My BackYard », « pas dans mon arrière-cour » en français. Terme utilisé pour décrire l'opposition des riverains à un projet local d'intérêt général dont ils pensent qu'ils auront préjudice.

de s'affronter⁸⁷ à travers deux associations aux positions radicalement différentes. Au final, malgré des visions divergentes, un consensus quasi unanime entre riverains (voté à 13 voix sur 14) fut trouvé autour des actions à développer pour faire face à ce phénomène et ainsi « Mieux vivre à Stalingrad »⁸⁸. Notons que ce secteur est voisin de la gare du Nord, futur lieu d'implantation de la SCMR parisienne.

Ces deux expériences démontrent qu'il est toujours possible de mener des débats sur un sujet sensible, de tenir les citoyens informés et de ne pas les infantiliser en « pensant pour eux ». Et on peut voir que le courage en politique paye puisque ces deux maires socialistes ont été élus et réélus largement, alors même qu'une vague bleue déferlait sur le reste de la France, malgré les procès nombreux qui leur ont été faits pour leur supposé laxisme sur ces sujets.

Si, pour un élu local, la question de l'information et du débat est de première importance, le soutien de l'Europe peut désormais se révéler une opportunité pour construire de nouveaux partenariats. L'European Forum for Urban Security (EFUS), Forum Européen pour la Sécurité Urbaine (FESU) en français, et son projet « Democracy, Cities and Drugs » (DC&D II) « *soutient les villes européennes dans le développement, en matière de drogues, de politiques locales partenariales impliquant tous les acteurs concernés — autorités locales, services de santé, services de justice, les communautés ainsi que les usagers de centres de soins* ». Son prolongement en France, le Forum Français pour la Sécurité Urbaine (FFSU), s'est emparé des problématiques liées aux drogues et a tenu un important colloque en 2001 dont les actes font références, *La Future Politique française des drogues* [16] qui inclut les SCMR dans les dispositifs. De son côté, l'association Élus, Santé Publique et Territoires (EPST) s'est emparée du thème des SCMR et a publié des conclusions favorables à ces dispositifs⁸⁹.

Depuis 2012, le maire du 10^e arrondissement, M. Rémi FERAUD, a organisé des réunions de concertation sur l'ouverture d'une SCMR dans son arrondissement. Les échanges furent vifs et parfois empreints de mauvaise foi, mais pour être régulièrement intervenu depuis quinze ans dans ce type de débats sur les 18^e et 19^e arrondissements, j'ai pu mesurer combien le ton a changé depuis la fin des années 90, en particulier, les propos

87. Le « Collectif Anti-Crak » des « Pères de Stalingrad » et « Stalingrad Quartier Libre ».

88. Titre du rapport remis au Maire du 19^e en 2003, suite au travail du Pannel Citoyen.

89. EPST est une association qui présente ainsi « ...créée en octobre 2005 à l'initiative d'élus locaux en charge de la Santé, désireux d'œuvrer avec les pouvoirs publics pour que la santé devienne l'un des champs des politiques municipales ». Elle regroupe aujourd'hui plus d'une soixantaine de villes sur l'ensemble du territoire français. Les actes du séminaire sur les SCMR sont disponibles en ligne : EPST, *Salles de consommation contrôlée à moindres risques pour usagers de drogue. Analyses et recommandations des élus locaux*, tome I : *Auditions d'experts et visites*, http://www.espt.asso.fr/images/2010_scmrtome1web.pdf et tome II : *Journée de synthèse*, http://www.espt.asso.fr/images/2010_scmrtome2-web.pdf.

outranciers sur les usagers ont disparu et tout le monde convient aujourd'hui de la nécessité d'une prise en charge par le soin, malgré les désaccords sur la façon de s'y prendre.

Et ces changements sont à mettre en grande partie au crédit des acteurs de RdR parisiens qui ont su apporter un éclairage sur les pratiques, accompagné d'un discours de conviction, modalités permettant le plus souvent de faire comprendre l'ensemble des enjeux à la communauté. J'ai été un de ceux-là, à l'occasion des conseils de quartier et de réunions dans les immeubles où je représentais l'institution.

Dans ces rencontres sur la SCMR, le clivage dans la salle reposait sur deux compréhensions opposées de l'accompagnement sanitaire et social en toxicomanie. Pour les uns, c'est une mesure importante qui contribuera au traitement des problématiques liées à la présence massive d'usagers sur le territoire, et donc à leur apaisement. Pour les autres, cela revient à maintenir les usagers dans la dépendance, avec une forme de complaisance envers l'usage des drogues. Et surtout, cela risque de faire du quartier une zone de non droit qui attirera tous les usagers de Paris et de l'Île-de-France, qui seront de plus suivis de leurs cohortes de dealers.

À travers cette présentation quelque peu caricaturale transparaissent deux conceptions différentes : celle pour qui les drogues font partie de ce monde, la dépendance étant une pathologie à traiter à travers une approche globale, et celle pour qui les consommations sont des choix personnels, ce qui fonde la société à laisser ces consommateurs assumer seuls leur responsabilité individuelle, à se soigner ou pas, dans le cadre des lois du marché.

Notons que cette deuxième vision, mainte fois rebattue dans les médias, avait fini par devenir la seule parole possible sur les drogues et que toute autre position est immédiatement fustigée comme complice. Paradoxalement, les échecs de la « guerre à la drogue », à l'évidence perdue d'avance, continuent d'être présentés comme autant d'arguments pour sa poursuite. On a vu s'instituer la figure d'un nouveau bouc émissaire, le « drogué », comme le fut hier l'immigré. C'est ce qui permet aux hommes politiques d'éviter d'avoir à s'expliquer sur leurs échecs patents, et c'est aussi ce qui autorise de nombreux riverains à s'insurger contre la mise en place de lieux d'accueil tels que les SCMR⁹⁰.

Dans ce contexte, le directeur d'une SCMR, plus que pour n'importe quel autre type d'ESMS, aura à redoubler de vigilance dans sa communication auprès des riverains. Car si le Conseil d'Administration peut réaffirmer les positions et les choix de l'association,

90. Voir en Annexe IX p. XVII, Les positions des riverains de la SCMR, un cliché des banderoles des opposants à la SCMR Paris nord.

c'est bien le directeur qui sera interpellé au quotidien et sommé de se justifier sur ce qui pourra arriver dans le quartier. Il veillera à associer les élus et les institutions comme la police, la justice, les services de la Ville à certaines étapes de la mise en place de l'action et de son évaluation. Comme on a pu le voir pour d'autres expérimentations, ce travail est payant et gage de continuité, y compris en cas de changement d'élus.

Pour conforter sa pratique et l'explicitier, le directeur pourra s'appuyer sur l'avis positif de l'INSERM à propos des expérimentations SCMR à travers le monde⁹¹. Rappelons que la première a ouvert ses portes en 1986 et qu'il existe aujourd'hui plus de cent SCMR à travers le monde, dont vingt-cinq dans seize villes d'Allemagne, une en Australie, une au Canada, trois au Danemark, six dans trois villes d'Espagne, une au Luxembourg, une en Norvège, quarante-cinq dans trente villes des Pays-Bas et douze dans huit villes de Suisse.

Il pourra aussi s'appuyer sur l'avis très favorable des experts mondiaux, parler des évaluations et des coûts, il veillera à promouvoir la participation des riverains, en déroulant encore et inlassablement les arguments humains, les réalisations et les réussites dans ces lieux innovants.

2.2 Des populations en situation précaire et marginalisées

Comme je l'ai exposé succinctement dans la première partie, le Nord-Est parisien reçoit la plus importante concentration d'usagers de drogues en situation de précarité de toute la France, même si, comme nous l'avons vu, leur dénombrement reste difficile. Le cumul des files actives des CAARUD du territoire porte à 7 649 le nombre d'usagers qui les fréquentent. Or, l'addition arithmétique des files actives ne rend pas compte du nombre réel des personnes concernées, car certains usagers fréquentent plusieurs CAARUD, alors que d'autres, qui sont pourtant connus des équipes de rue, n'en fréquentent aucun. Une estimation, sans doute basse, comptabiliserait environ 6 000 usagers de drogues présents régulièrement sur ce secteur.

Une caractéristique importante à prendre en compte est que ce secteur est un nœud de communication important. Ensemble, la gare du Nord et la gare de l'Est, toutes proches l'une de l'autre, ont vu circuler plus de 200 millions de voyageurs en 2011, soit environ 550 000 voyageurs par jour. Certains d'entre eux sont des consommateurs, qui font un crochet sur les scènes de deal et de consommation toutes proches.

91. INSERM, *Expertise collective, 2010, Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues* [14].

2.2.1 Des consommations et des modes de consommation à risques

Le rapport de l'INSERM, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues* [14], dresse un état des lieux de la RdR dans les pays qui y ont souscrit. Il rappelle que l'OEDT a remplacé la terminologie de « toxicomane » par « usager problématique de drogues »⁹², défini ainsi : « usager de drogues par voie intraveineuse ou usager régulier d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour le groupe d'âges de 15-64 ans » ; il définit les critères des usages et des pratiques à risques, le statut d'UDVI renvoie donc à l'usage problématique de produit.

Usages problématiques de produits

Les recherches de SAFE portant sur l'analyse des résidus de seringues récupérées en Île-de-France⁹³, montrent que les seringues provenant de la gare du Nord contiennent pour 49,5 % de l'héroïne, 46,4 % de la cocaïne, 36,8 % de la morphine, 25,8 % de la buprénorphine, 22,3 % de la méthadone, 14,1 % du 4-MEC, 5,5 % des MDMA et 9,0 % d'autres produits⁹⁴. Sur ce secteur, l'usage seul de la buprénorphine et celui du 4-MEC sont moins présents que sur la moyenne en Île-de-France. Par contre, la méthadone y est trouvée avec un taux double, ce qui indique un usage risqué car elle est conditionnée pour ne pas rendre l'injection possible, comme la buprénorphine. Dans son rapport annuel de 2011, Gaïa précise qu'une grande partie des UDVI de la gare du Nord sont par ailleurs fumeurs de crack.

L'étude des résidus de seringues montre aussi que plus de 56 % d'entre elles contiennent au moins deux produits (28 % pour deux, 18 % pour trois et 10 % pour quatre produits et plus), alors que la moyenne Île-de-France est de 47 %. Ces chiffres indiquent un taux probable de réutilisation et de partage important, notamment avec la présence de certains binômes incompatibles (héroïne et TSO, par exemple).

Le rapport de l'INSERM décrit une baisse sur l'ensemble de la France de l'injection, actuellement la pratique la plus à risque, au profit de la voie nasale. Mais localement, quelle est la réalité ? Avec aux environs de 380 000 seringues distribuées par an, et en l'absence de statistiques locales précises, on peut constater que cette pratique est loin d'avoir disparu et qu'elle n'est pas devenue marginale. Ces seringues sont utilisées par les usagers fixés sur le territoire, mais aussi par ceux qui ne font que passer prendre du matériel stérile dans un PES, ils profitent de l'anonymat de la grande ville avant de retourner en toute discrétion vers leurs lieux de vie et de consommation. En effet, utiliser

92. UPD, ou « Problematic Drug User », PDU, en anglais.

93. *Étude longitudinale des résidus de drogues dans les seringues usagées : apport à la connaissance des pratiques des usagers*, SAFE, Université Paris Sud-Faculté de pharmacie, CNRS.

94. Le taux peut être supérieur à 100 % car des seringues contiennent plus de deux produits.

l'automate en bas de sa barre d'immeuble ou au cœur de sa commune peut être lourd de conséquence pour un usager inséré.

Une partie de ce public consomme localement et de façon importante, dans les lieux publics, dans les parkings, et ce malgré le renforcement des sécurités anti-intrusion, et dans les sanisettes des alentours des gares. Ce sont à l'évidence des lieux de consommation, comme en témoignent les emballages vides des kits, les matériels souillés abandonnés, les traces de sang, etc. L'étude menée par Coordination Toxicomanies et l'APUR montre que les sanisettes des abords de la gare du Nord sont celles où l'on compte le plus de seringues abandonnées⁹⁵, avec plus de 10 000 seringues ramassées par an dans certaines d'entre elles.

Or, ces lieux ne sont pas des lieux propices à la RdR car ni l'hygiène, ni la sécurité n'y sont présentes. Quel sens cela a-t-il alors de donner du matériel stérile à des personnes qui l'utiliseront dans des lieux inadaptés ?

Cette utilisation très locale du matériel est due en partie aux contrôles de police. Les usagers constatent que lorsqu'ils sont en possession d'une seringue, aussi bien usagée que neuve, ils s'exposent à des tracasseries et dans certains cas à de sérieux ennuis. Il en résulte un réflexe de consommer au plus près et de se débarrasser rapidement du matériel. La détention de matériel pour fumer le crack peut faire encourir les mêmes risques, de même que la possession de produits de substitution obtenus en officine et sur ordonnance. Aucune directive, même verbale, n'encourage ce genre de pratique. Mais dans un contexte de « guerre à la drogue » sous-jacente à la répression, comment un policier devant faire respecter la loi peut-il se positionner face à un consommateur qui reste un délinquant ? Il va de soi que des politiques publiques harmonisées permettraient d'éviter ces situations où ce que la communauté investit dans le soin est détruit par ce qu'elle investit dans le maintien de l'ordre.

2.2.2 Des populations centrées géographiquement

Comme nous l'avons vu, le Nord-Est parisien, pour des raisons historiques, culturelles et d'urbanisme accueille une grande partie des usagers de drogues en situation de précarité de Paris et des communes limitrophes.

« *La construction du consensus sécuritaire* » en 2002-2007 suivie de la « *Tolérances zéro pour les usagers* »⁹⁶ à partir de 2007 ont entraîné dans la spirale de la désinsertion et de l'exclusion un nombre important d'usagers de drogues à travers un marquage pénal accru. à cette époque, j'ai pu constater que le Nord-Est parisien a constitué un havre pour

95 Voir Annexe VIII p. XV, Distribution et récupération de seringues.

96. COPPEL A., DOUBRE O., *Drogues : sortir de l'impasse* [8] p. 32 et 37.

cette population, comme il l'est pour d'autres populations fragilisées, fixant un peu ces usagers à défaut de les chasser définitivement — et les chasser vers où ?

La fixation des usagers dans ces quartiers vient aussi du fait qu'une majorité des habitants y est tolérante aux différences, pour avoir partagé les mêmes problèmes que les usagers : insécurité sociale, chômage, migration, discriminations. Ici, ce qui rapproche, ce sont les problèmes communs, qui restent plus forts que le ras-le-bol que les drogues peuvent créer. Déjà au XIX^e siècle, les problèmes liés à l'alcoolisme et à l'absinthe qu'Émile Zola décrit dans *L'Assommoir* ont pour cadre le bas-Montmartre et la Goutte-d'Or, et ses quartiers d'accueil des classes laborieuses. Aux immigrations intérieures de pauvres ont succédé celles venues de l'Europe du Sud, et aujourd'hui du monde entier. Désormais, les petits poulbots du bas de la butte ont la peau sombre ou les yeux bridés, et ce n'est plus l'absinthe qui fait des ravages mais le panel des drogues de rue. Cette terre, plus tolérante aux usagers que bien d'autres lieux de la capitale, attire toujours de nouveaux candidats qui continuent de méconnaître les dispositifs.

Pourtant la répression y reste importante. Ce qu'elle a permis au cours du temps, c'est la dispersion des grandes scènes de drogues, tout en reléguant les usagers vers des lieux plus dangereux — surtout lorsque l'on est sous l'effet des drogues —, comme les abords du périphérique, le dessous des bretelles autoroutières, les friches industrielles encore non affectées par la rénovation urbaine. Les mesures prises jusqu'à maintenant pour les éloigner vers les banlieues n'ont pas abouti, les franchissements du périphérique se faisant encore aujourd'hui dans les deux sens.

En l'absence de solution permettant son intégration, notamment par le logement, cette population restera sans aucun doute des années encore dans ces quartiers où un important dispositif s'est constitué au fil du temps. Il comprend des maraudes, des équipes mobiles, des accueils de jour en CAARUD, un hébergement d'urgence et des soins que proposent les CSAPA, l'hôpital et des médecins de ville.

La mise en place d'une SCMR viendra compléter utilement les actions de réduction des risques déjà en place, en venant encadrer le temps de la consommation. C'est un moment privilégié qui devrait permettre de toucher une partie de ces publics qui ne bénéficient pas encore de l'action publique. C'est aussi un temps qui permettra aux chercheurs et aux praticiens d'affiner leurs observations sur les usages de drogues et de proposer des actions plus adaptées dans la lutte contre les dommages.

2.2.3 Des populations fragiles au plan social et sanitaire

La lecture, année après année, des rapports d'activités de Gaïa et des structures du territoire montre des populations d'usagers de drogues en grande précarité et, pour la population des usagers de crack, en précarité sociale extrême.

Plus de 70 % n'ont pas de logement stable. Pour certaines catégories, ce taux est proches de 80 % pour le public du centre d'accueil d'EGO et de 90 % pour le public de l'Espace Femme-Boutique 18 de l'association Charonne⁹⁷. Plus de 50 % d'entre eux n'ont pas de revenus et très peu ont une activité salariée.

Pour beaucoup, se soigner est un luxe, parce que la vie d'usager de drogue en errance impose de se soucier de sa survie en premier lieu, savoir où dormir ce soir, chercher sa nourriture, appréhender amis / ennemis. Tous ces actes sont accomplis au quotidien sous la pression de la recherche du produit.

On passe dans un centre pour y trouver un peu de calme, pour s'occuper un peu de soi, on y a parfois rendez-vous pour tenter d'améliorer sa situation. Mais rapidement, le futur immédiat reprend le dessus, car quand on vit dans la rue, et que l'on n'est pas sûr de retrouver ses habits ou ses chaussures à son réveil, quand on vit dans le plus grand dénuement, comment être constant dans son traitement de trithérapie ?

Pascale JAMOULLE, dans *Drogues de rue. Récits et styles de vie* [17], raconte ces itinéraires où précarité et consommation de drogues se renforcent mutuellement et forment un cercle vicieux donnant peu de chance à la personne de le rompre sans une aide extérieure.

Comme on l'a vu dans le chapitre précédent, la précarité constitue un facteur de risque de dépendance aux substances psychoactives qui elle-même conduit le plus souvent à la perte d'emploi, aux ruptures des liens familiaux et sociaux, à la perte du domicile. Cette marginalisation expose à son tour à d'autres difficultés comme la violence, la solitude et le mépris des autres. Enfin, la précarité induit des recours plus tardifs au système de soin et augmente les taux et le coût des hospitalisations, en raison de l'allongement devenu nécessaire des durées de séjour⁹⁸.

Dans cet engrenage où consommation et précarité se renforcent mutuellement, des problématiques psychiatriques peuvent éclore, comme dans le processus d'auto-exclusion que Jean FURTOS définit comme un syndrome de la précarité⁹⁹. L'hypothèse est avancée par certains auteurs que la consommation de drogues est une forme d'automédication de l'exclusion, en vue d'oublier la dureté du quotidien et de pouvoir rester performant dans la survie.

97. Rapport d'activité annuel 2008 association Charonne, p. 106.

98. MATHY C., BENSADON M., *Le Surcoût de l'hospitalisation des patients précaires*, 2002, Journal d'économie médicale, vol. XX, n° 5.

99. FURTOS J., *De la précarité à l'auto-exclusion*, [17] 2009, Éditions Rue d'Ulm, collection « La rue ? Parlons-en ! », 58 p.

Face à ces situations extrêmement dramatiques, que pouvons-nous faire ? À cette question, Emmanuel HIRSCH, professeur d'éthique médicale, directeur du Département de recherche en éthique de l'Université Paris-Sud 11, répond que : « ... *La question essentielle est bien celle de l'exercice de nos responsabilités, de nos obligations à l'égard de personnes en situation d'extrême fragilité. Ou nous les considérons à ce point disqualifiées qu'elles ne relèvent plus de nos préoccupations sociales et doivent donc être abandonnées au désastre et à leur mort annoncée. Ou nous estimons résolument que le parcours dans la toxicomanie relève de multiples facteurs qui engagent nos responsabilités collectives et justifient des approches et des réponses adaptées, évolutives, des modalités d'accompagnement qui procèdent du principe de non abandon.* »¹⁰⁰

Cette position nous rappelle que la RdR est un combat éthique sans cesse renouvelé, combat qu'il n'est pas possible d'abandonner, dans une société addictogène, sans abandonner aussi le principe d'humanité.

Dans son souci d'améliorer ses réponses avec ces publics, le CAARUD de Gaïa a régulièrement renouvelé son action en proposant en 2010, des examens Fibroscan® et, en 2011, les TROD. Ces outils permettent d'améliorer la fréquence de dépistage des usagers et donnent une information personnalisée sur les risques de transmission des maladies virales, les délais de séroconversion, les pathologies virales (VIH et hépatites) et, surtout, les moyens de les traiter.

Complété par le travail de partenariat avec la mission ERLI de MdM, l'intérêt d'un outil d'intervention au plus près de l'acte de consommation apparaît désormais comme une évidence et montre l'urgence qu'il y a à développer des dispositifs SCMR.

2.2.4 Une réponse sociale et de santé publique incomplète

En vingt-cinq ans, la RdR a réussi à améliorer nettement l'état des usagers, en les responsabilisant sur leurs droits et sur leurs devoirs. C'est l'alliance avec ces populations, renouvelée avec les nouvelles générations d'usagers qui a permis ces gains importants. Pour faire perdurer cette alliance basée sur la confiance, il est important de montrer que le champ ne se satisfait pas de ces acquis et poursuit son développement par des actions innovantes.

Le nombre et les profils des publics d'usagers de drogues qui fréquentent le nord-est de Paris nous obligent à avancer dans les réponses à apporter pour ce territoire. De nombreuses questions de santé publique se posent. Comment adapter l'action pour

100. Intervention de clôture de la conférence-débats du 5 octobre 2011 sur les SCMR organisés par ASUD, la Mairie de Paris et le Conseil Régional d'IDF. Actes de la conférence [18] p. 59.

toucher tous les publics, jeunes consommateurs, femmes, migrants ? Comment faire perdurer l'alliance qui existe entre les riverains, les acteurs locaux et les structures ? Comment diminuer les nuisances sur l'espace public ?

Des projets sont à l'étude comme ceux portant sur le logement, qui reste une préoccupation centrale pour l'observance des traitements et la réinsertion.

L'ouverture d'une SCMR contribuera de son côté à construire une réponse à ces questions fondamentales, malgré un contexte politique relativement difficile en France du fait de l'idéologisation extrême du sujet. L'engagement d'élus de tous bords qui ont sérieusement travaillé le sujet¹⁰¹ devrait lui être favorable.

De son côté, la DGS n'a pas souhaité créer un nouveau type d'établissement, et c'est la solution de la modification du décret CAARUD qui semble retenue avec l'introduction d'une nouvelle mission, probablement facultative, la « consommation supervisée de drogues ».

L'engagement de la Ville de Paris et de la Région sont très clairs, comme (en tout cas nous l'espérons) celui de l'État. Mais le choix du mode d'expérimentation reste ambigu par le nombre très limité d'expériences engagées puisque Paris serait actuellement la seule ville d'expérimentation retenue, et pour une seule salle.

Une pression importante sera ainsi mise sur la structure, ce qui pourrait être la source de résultats décevants. Or, comme la poursuite de l'expérimentation risque de reposer sur l'évaluation de cette salle, c'est faire prendre un risque à l'ensemble du secteur de la RdR.

Ainsi, comme le fait remarquer Serge LONGERE, ancien président de l'AFR, directeur du Bus 31/32 à Marseille et de PROSES¹⁰² en Seine-Saint-Denis, on peut regretter que le choix n'ait pas porté sur une expérimentation plus large. Il aurait en effet été possible, pour le même investissement financier, d'accompagner plusieurs CAARDUD volontaires à ouvrir dans leurs locaux un espace dédié à la consommation, au lieu d'ouvrir une seule SCMR en France. Plusieurs petites unités auraient ainsi pu voir le jour, ce qui aurait permis une évaluation plus fine car portant sur une plus grande diversité de réalisations.

101. Projets FESU, DC&D II, EPST.

102. Prévention des Risques, Orientation Sociale, Échange de Seringue, association qui porte aujourd'hui deux CAARUD (Montreuil et Saint-Denis) avec une équipe mobile et qui a développé un projet innovant de logement pour usagers de drogues actifs « Le Pavillon ».

Les arbitrages ont été autres et, dans la lignée du « Collectif du 19 mai »¹⁰³ dont Gaïa est membre, nous avons présenté notre projet de SCMR, qui a été retenu par la Mairie de Paris.

Porter une telle innovation est une reconnaissance des actions menées par l'association et ses équipes et une validation des options de ce qui fut un des tous premiers PES, il y a plus de vingt-cinq ans. Ces circonstances exigent de nous une détermination sans faille pour répondre au cahier des charges d'une SCMR, dans le cadre spécifique du Nord-Est parisien et dans un contexte politique tendu. Pour un directeur d'ESMS, c'est un véritable challenge !

Au questionnement initial de ce chapitre, « Entre ordre moral, répression et politiques sanitaire et sociales, respect des droits humains, comment améliorer aujourd'hui la situation sociale et la santé des usagers de drogues ? », la réponse choisie par Gaïa est l'ouverture d'une SCMR dans son territoire d'action, avec le but de « faire évoluer les pratiques en matière de drogues, pour répondre aux besoins de tranquillité et de santé publiques ».

Pour mettre en œuvre cette SCMR, son directeur doit être en mesure de répondre à une problématique touchant de nombreux domaines : « **Dans un contexte idéologique et politique tendu, face aux nuisances liées aux drogues et aux riverains qui s'opposent à sa création, comment ouvrir, dans un cadre coopératif, au bénéfice des droits et de la santé des usagers de drogues, une SCMR ?** » C'est l'objet de la troisième partie qui décrit comment je mettrai en œuvre ce dispositif, et les partenariats que je développerai sur ce territoire au bénéfice de ses publics d'usagers de drogues, de ses riverains et de ses acteurs.

103. Collectif qui, à l'occasion de la journée mondiale des hépatites du 19 mai 2009, installa une salle de consommation à moindre risque dans les locaux de l'association ASUD. Il est formé des associations ASUD, Act Up-Paris, ANITeA, Gaïa, SAFE, SOS Hépatites Paris.

3 Des réponses adaptées à une problématique complexe

3.1 Place du directeur dans une unité innovante de réduction des risques

C'est une chance pour un directeur de pouvoir créer une entité à la fois neuve et novatrice. C'est aussi une charge de mettre en place cette première expérience française, qui sera scrutée à la loupe, évaluée et pesée à partir d'intérêts divergents, véritable jeu d'acteurs, au sens de Crozier¹⁰⁴. Dans un champ où beaucoup de questions restent en suspens, comme nous l'avons vu précédemment, cette expérience aura un impact sur la définition des structures à venir et leur fonctionnement, elle conditionnera jusqu'à leur existence. La responsabilité du directeur est donc grande. La réussite de l'ouverture de cette SCMR, et ses enjeux, supposent une grande implication de son directeur.

3.1.1 Le projet de salle de consommation à moindres risques

La préoccupation de mieux répondre aux besoins sanitaires et sociaux des usagers de drogues est constante dans l'association Gaïa. C'est pourquoi elle s'est prononcée publiquement depuis plusieurs années en faveur de l'expérimentation de SCMR¹⁰⁵.

Après les temps de l'analyse et de la prise de parole politique, l'association est passée à l'action lorsque son Conseil d'Administration a décidé d'initier un projet de SCMR en octobre 2011, alors que le Conseil de Paris se prononçait favorablement pour l'expérimentation dans la capitale d'« *au moins une salle de consommation supervisée de drogues* ».

Le travail d'avant-projet qui a suivi a montré la nécessité de bâtir ce projet dans un cadre coopératif. Rapidement, MdM est apparu, par l'histoire commune et la complémentarité des actions de RdR, comme le partenaire incontournable de la phase de démarrage.

En mai 2012, les Conseils d'Administration des deux institutions ont donc voté l'ouverture d'une SCMR qui serait portée par Gaïa-Paris, initiant une coopération avec MdM, qui reste ouverte aux structures œuvrant dans ce sens.

Le Conseil d'Administration, Maître d'Œuvre du projet, m'en a confié la Maîtrise d'Ouvrage. Une coordinatrice du projet m'assistera dans cette tâche.

104. CROZIER M., FRIEDEBERG E., 1977, *L'Acteur et le Système* [20], p. 91 et suivantes.

105. Membre fondateur du « Collectif du 19 mai » devenu le « Réseau Français de Réduction des risques » qui œuvre en faveur de la diffusion de la RdR dans l'ensemble de la société et de l'expérimentation des SCMR.

Nous avons démarré la rédaction du projet en juin 2012, aussitôt après le recrutement de cette chef de projet SCMR qui fut rapide. Plusieurs groupes de travail incluant des administrateurs, des membres du personnel et des partenaires y ont contribué, des usagers ont été consultés.

Notre projet a été retenu par l'ARS et la Ville de Paris, qui a rapidement mis en place un Comité de pilotage afin d'en faciliter l'avancement et pour garder une visibilité globale sur son développement. Les principaux membres de ce comité sont la MILDT, l'ARS, la Ville de Paris, la région Île-de-France, le Parquet, la Préfecture de Police, la SNCF et RFF, avec Gaïa.

Objectifs

Nous avons construit notre projet de SCMR à partir de son objectif général qui est de « *réduire la mortalité, la morbidité, l'exclusion sociale et les troubles à l'ordre public liés à la consommation de drogues en espace urbain au sein d'une salle de consommation à moindre risques et à visée éducative ayant vocation à offrir un modèle d'intervention aux acteurs français de la RdR.* » Il est adapté au contexte parisien.

Le projet est décliné en quatre objectifs spécifiques comportant chacun des résultats attendus¹⁰⁶ :

- « *Entrer en contact, améliorer la santé et favoriser l'insertion sociale des usagers de drogues les plus marginalisés*
- *Promouvoir l'éducation aux risques liés à l'injection et à tout autre mode de consommation afin de réduire les contaminations VIH et hépatites et les risques d'overdoses*
- *Réduire les nuisances associées à l'usage de drogues en milieu urbain*
- *Contribuer à la formation des professionnels et à la recherche dans le champ de la RdR* ».

Public

Le projet est initialement prévu pour huit places d'injection et quatre places pour l'inhalation. Il est principalement destiné aux usagers injecteurs qui pourront utiliser aussi la salle d'inhalation en cas de besoin. Dans un premier temps, elle ne sera pas destinée aux publics qui ne pratiquent que l'inhalation.

106. Voir en Annexe X p. XX, Synthèse du projet de SCMR défini par GAÏA.

Horaires d'ouverture

La salle sera ouverte aux usagers sept heures par jour, sept jours sur sept, dans des plages horaires d'après-midi et de début de soirée. Nous prévoyons de réajuster les horaires en fonction des premiers constats qui seront faits quand la SCMR fonctionnera.

En outre, il peut, sans modification profonde de ses contenus, être capable de s'adapter à des plages horaires plus larges mais éventuellement plus réduites, notamment dans la phase de démarrage.

Contraintes

Les locaux nécessaires à un fonctionnement optimal de la SCMR ne seront pas disponibles avant un délai que nous ne connaissons pas, certaines décisions n'étant pas de notre ressort. La date d'ouverture a été différée plusieurs fois déjà depuis la fin de l'année 2012, date à laquelle aurait dû ouvrir notre SCMR.

Afin de ne pas repousser encore son ouverture, le Conseil d'Administration de Gaïa a entériné la décision d'une ouverture dès la mise à la disposition par la Ville de Paris des premières surfaces, qui seront insuffisantes pour quelques mois. Il s'agit en effet de ne pas laisser se refermer cette opportunité favorable.

C'est un choix que j'ai défendu, car même s'il implique un fonctionnement restreint au démarrage, il permet de ne pas laisser entamer la crédibilité de la structure aux yeux des usagers, de nos partenaires et des salariés. Nous craignons aussi une possible dilution des volontés et l'usure, due à la répétition des reports déjà nombreux.

Nous avons prévu plusieurs phases dans la mise en œuvre du projet, qui seront calées sur la livraison progressive des locaux par la Ville. Dans la phase d'ouverture, l'accueil se fera dans un espace restreint, avec seulement quatre places dédiées à l'injection. De même, toutes les autres prestations seront réduites et, au démarrage, il n'y aura pas d'espace dédié à l'inhalation. Cet espace nécessite en effet des aménagements spécifiques, presque étanches, avec un système d'aspiration des fumées que crée par la légère dépressurisation qui empêche leur propagation tout en autorisant l'entrée d'air frais.

Malgré ces limitations, nous apporterons dès le départ le plus grand soin à faire de cet espace et de ses alentours immédiats un endroit dynamique, agréable et protecteur pour ses publics et l'ensemble de ses bénéficiaires.

3.1.2 Personnels et moyens financiers

Un changement d'organisation

Les locaux actuels de Gaïa abritent les espaces dédiés à l'administration et à la direction ainsi que les lieux fixes du CAARUD et du CSAPA. La création d'une nouvelle entité dans l'association aura pour conséquence des changements dont il convient d'anticiper les

effets. L'arrivée d'une nouvelle équipe avec le quasi-doublement du nombre de salariés et la mise en place d'un nouveau site séparé entraînera des remaniements.

Il s'agira de modifier l'organigramme¹⁰⁷ autour d'une équipe de direction étendue. Elle inclura sous mon autorité, les responsables du CAARUD, du CSAPA, de la SCMR ainsi que la coordinatrice des projets Fibroscan® et TROD. Avec l'équipe de direction, je définirai une nouvelle répartition des tâches et des responsabilités, pour continuer à assurer le fonctionnement des actions du CAARUD et du CSAPA, tout en mettant en œuvre la SCMR. Un référent sera nommé pour déployer la démarche qualité dans l'ensemble des services.

L'élargissement de mes responsabilités à la gestion de deux sites m'amènera à déléguer de nouvelles responsabilités aux chefs de services. Je les chargerai de développer l'autonomie des intervenants salariés dans le fonctionnement de leur service.

La proximité entre équipes due à l'unicité des locaux sera de fait rompue. Mon rôle sera de faire émerger une nouvelle culture de travail basée sur le fonctionnement de services distincts, mais agissant dans l'unité du projet associatif. Les projets transversaux qui restent à développer seront un puissant outil pour ce nouveau fonctionnement qui reste à bâtir.

Je veillerai à ce que personne ne soit mis en difficulté dans cette phase de transition. Ce sera aussi pour l'Association et son Conseil d'Administration l'occasion de se repencher sur le projet associatif.

Le personnel

Les besoins en personnels pour la SCMR sont évalués à 16,0 ETP, postes d'encadrement et postes administratifs inclus. Le CAARUD et le CSAPA cumulant aujourd'hui 18,76 ETP, le nombre de salariés doublera.

Afin de permettre à ces nouveaux salariés d'intégrer au mieux les équipes, un livret d'accueil des personnels, nouvel outil d'information et de communication de l'association, leur sera distribué dès leur arrivée. Il sera également remis à ceux qui sont déjà en poste pour les aider à comprendre les formes nouvelles de l'organisation.

La représentation des salariés évoluera également, doublant le nombre de délégués du personnel (DP), qui passera d'un titulaire et un suppléant à deux titulaires et deux suppléants.

107. Je m'inspire des propositions du livre de LOUBAT J.-R., *Penser le management en action sociale et médico-sociale* [21], p. 105 et suivantes.

L'effectif total (trente-six environ) restant sous la barre des cinquante ETP, il n'y a pas de nécessité à mettre en place d'un Comité d'Entreprise. Le dialogue social aura lieu à travers les réunions mensuelles avec les DP. En revanche, avec plus de vingt ETP, de nouvelles obligations apparaissent pour l'association comme la création d'un règlement intérieur à destination des salariés et l'obligation d'employer des travailleurs handicapés.

Une équipe pluridisciplinaire

Pour le fonctionnement d'une SCMR, les compétences d'une équipe professionnelle pluridisciplinaire sont nécessaires : infirmiers, médecins, éducateurs, assistants sociaux, psychologues, animateurs de prévention.

Des travailleurs pairs¹⁰⁸, engagés sur des temps courts en tant qu'animateurs de prévention, ainsi que des bénévoles, compléteront l'équipe pour répondre à des besoins spécifiques, comme il est pratiqué sur le CAARUD.

La surface des locaux attribués par la Ville de Paris, partenaire du projet, conditionnera la capacité d'accueil par le nombre de places disponibles pour consommer. De même, la taille de l'équipe dépendra des moyens financiers que l'Agence Régionale de Santé décidera d'allouer au projet, ceci notamment en fonction des plages horaires de fonctionnement du lieu et de sa capacité d'accueil. Ces contraintes feront l'objet d'une évaluation progressivement affinée dès avant le démarrage.

Les premiers recrutements se feront par mutation interne ou changement de service pour les salariés intéressés par le projet, et par augmentation du temps de travail pour les personnes qui ont des contrats à temps partiel. Des salariés se sont déjà positionnés en ce sens. Les recrutements en externe sont prévus pour compléter les équipes, en phase avec la livraison des espaces.

L'équipe de la SCMR sera sous la responsabilité d'un chef de service, sans doute l'actuelle coordinatrice du projet, recrutée aussi pour ces capacités à manager une équipe. Pour couvrir l'amplitude journalière d'ouverture sur l'ensemble des jours ouverts, d'autres cadres seront impliqués dont le directeur. La mise en place d'un planning d'astreinte permettra d'assumer l'encadrement de l'équipe lorsque son chef de service ne sera pas présent. À moyen terme en fonction des plages horaires financées et des premières évaluations, le recrutement d'un autre cadre sera envisagé.

108. Usagers participant au système de prise en soin médicale et sociale.

Les valeurs de la RdR

Avec le chef de service, responsable de l'équipe de la SCMR, j'apporterai un soin tout particulier, lors des entretiens d'embauche, aux motivations des candidats à travailler dans ce projet particulier. En effet, il n'est pas rare de rencontrer des éducateurs diplômés qui, bien que faisant état d'une expérience significative dans d'autres champs, considèrent que donner du matériel de RdR, c'est aider les usagers à se droguer ; on rencontre aussi des professionnels affichant un positionnement anti-prohibitionniste et prônant la légalisation pure et simple des drogues. L'affichage dans l'espace professionnel de telles positions personnelles ne sont pas compatibles avec le travail en RdR, et plus particulièrement en SCMR.

Un équilibre des profils des intervenants sera recherché, en fonction de leurs qualifications, âge, expériences professionnelles et personnelles, sans oublier les mixités de genre et de culture. Ce point a son importance dans l'accueil de public en grande difficulté et pour maintenir une bonne communication avec lui.

Des compétences professionnelles spécifiques aux SCMR

Le comportement, les attentes et les besoins des usagers ne sont pas les mêmes lorsqu'ils viennent pour consommer que lorsqu'ils viennent se poser dans un CAARUD, entre deux épisodes de consommation.

En SCMR, l'encadrement du temps de la consommation et de l'après-consommation nécessiteront des adaptations de la part des professionnels. Chaque salarié suivra, dès son intégration dans l'équipe, la formation aux gestes de premiers secours afin d'être en mesure de gérer une situation de détresse vitale en suivant le référentiel national « *Recommandations relatives à l'unité d'enseignement prévention et secours civiques de niveau 1* »¹⁰⁹.

Chacun d'eux sera de plus formé à détecter une surdose aux opiacés, un malaise lié aux mélanges de substances ou une surdose de cocaïne / crack. C'est ce qui permettra à l'équipe d'appliquer les protocoles d'urgence établis pour chaque type de malaise : convulsions, dépression respiratoire, troubles de la conscience...

La gestion des overdoses et des urgences nécessite en effet une attention particulière de tous les personnels présents, et plus spécifiquement du personnel médical et infirmier. Ces derniers seront présents en continu sur toute la plage d'ouverture de la salle, car ils sont les seuls habilités à administrer (sous la responsabilité du médecin d'astreinte) du

109. PSC 1, disponible sur le site du Ministère de l'Intérieur : <http://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/La-Securite-civile/Documentation-technique/Le-secourisme/Les-recommandations-et-les-referentiels>.

naxolone¹¹⁰ en cas de surdose aux opiacés. En cas de besoin, ils assurent le suivi avec les équipes d'urgence, pompiers et SMUR¹¹¹.

Chaque salarié sera formé au protocole Accident Exposant au Sang (AES) que nous aurons défini pour la SCMR et en partenariat avec les Urgences de l'Hôpital Lariboisière.

La place et les moyens accordés à la formation seront donc déterminants dans la réussite du projet. Tous les domaines feront l'objet de formation complémentaire : les produits consommés, formes, aspects, effets, modes de consommation, risques ; l'éducation aux risques liés à l'injection (ERLI) et aux autres modes de consommation. Une sensibilisation à la relation d'aide (counseling), à l'empowerment et à la pratique en santé communautaire sont également au programme.

L'accompagnement en SCMR touche à la vie intime des usagers et peut éprouver particulièrement certains personnels. Des temps de supervision permettront aux accueillants de faire remonter les difficultés qui peuvent survenir dans leur accompagnement des usagers dans leur consommation. L'analyse des pratiques sera partie intégrante du fonctionnement de la structure.

Un financement simplifié

L'évaluation financière que j'ai réalisée, sur la base d'une ouverture sept heures par jour, 7j/7 et avec des besoins en personnels équivalents à 16,0 ETP, porte le budget prévisionnel de fonctionnement de la première année à 750 000 €¹¹² dont le principal poste est la masse salariale, qui représente 560 000 €.

Ces fonds seront mobilisés par l'ARS et proviendront des FNPEIS de la CNAM¹¹³. La première année ne représentera que quelques semaines de fonctionnement, avec des effectifs réduits, car la totalité des locaux ne seront pas livrés en 2013. Les engagements de financements pris par les collectivités territoriales pour l'ouverture de la SCMR¹¹⁴, nous éviteront de recourir à l'emprunt.

110. Molécule antagoniste spécifique des récepteurs neuronaux de la morphine qui, lorsqu'ils sont saturés, peuvent entraîner une dépression respiratoire. Elle est souvent connue sous son nom commercial, le Narcan®.

111. Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

112. D'après Jean-Pierre HARDY, l'addictologie coûte à l'assurance maladie 422 M€ : HARDY J.-P., *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux* [22], p. 4.

113. Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaires de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

114. Ville et Région sont contributeurs : « *La Région a décidé de soutenir à hauteur de 300 000 € la commune qui souhaiterait implanter une SCMR sur son territoire* » (Mairie de Paris..., *Salles de consommation...* [19], p. 8).

Les locaux prévus dans l'enceinte de la gare du Nord seront gracieusement mis à disposition de Gaïa par la Ville de Paris. Avec la Région Île-de-France, la Ville¹¹⁵ apportera les fonds nécessaires aux investissements pour l'aménagement des locaux et leur mise aux normes.

3.1.3 Communication et gestion de l'environnement

À l'occasion de mes expériences précédentes, j'ai pu observer autour des dispositifs traitant des drogues que le voyeurisme et le sensationnalisme ne sont jamais très loin.

Autour de ce projet nouveau dans le champ des toxicomanies, ayant comme nous l'avons vu une portée symbolique certaine, la communication sera un élément stratégique majeur et le Président et le Conseil d'Administration auront un rôle de premier plan à jouer dans ce domaine. Mais le rôle de maître d'ouvrage tenu par le directeur, en fera l'interface de tous les acteurs au jour le jour, comme j'ai pu le vivre dans mes expériences passées.

De plus, les affrontements idéologiques sont récurrents dans ce champ où cohabitent des positions très clivées, il sera donc indispensable de veiller à ne pas alimenter inutilement les spéculations pour laisser la place aux informations tangibles.

C'est donc une stratégie globale de communication que je développerai, et qui fera l'objet d'une réflexion continue entre la gouvernance associative et la dirigeance.

Communication externe

Je proposerai au Conseil d'Administration de mettre en place rapidement une publication périodique (format A4 recto verso) sur les actions menées avec le public. Elle aura pour objectif d'éclairer les interlocuteurs, les riverains, les acteurs locaux et les élus sur ce qui se passe au sein de la SCMR, afin d'éviter le développement des fantasmes et les rumeurs. Elle pourra être développée avec nos partenaires. Les salariés seront invités à contribuer à sa rédaction. Les informations qui circuleront nécessiteront un contrôle important pour ne pas laisser prise à des critiques infondées. Les élus, les autorités de contrôle et les financeurs en seront également destinataires.

Communication interne

La communication institutionnelle aura pour temps fort une réunion destinée à l'ensemble des équipes dont j'assurerai la direction et l'animation. Sa fréquence sera d'une fois tous les deux mois, et sa durée de deux heures, son ordre du jour sera défini en réunion de direction et donnera lieu à un compte-rendu qui sera distribué à l'ensemble des salariés. De cette façon, tous les salariés, y compris les absents, pourront s'y référer et conserver

115. Ce sont déjà la Ville et la Région qui finance la phase pré-opérationnelle du projet, qui inclut le salaire de la coordinatrice du projet.

le même niveau d'information. En dehors du fonctionnement, des aspects administratifs et du rappel du projet, d'autres sujets importants trouveront leur place dans ces discussions : l'association, ses publics, ses partenaires, les politiques publiques. C'est une façon de faire vivre le lien de groupe entre les membres de l'équipe car « *faute de ce lien, les organisations ne peuvent que perdre leur force et disparaître, ou subsister dans un état bureaucratique, au sens péjoratif du terme, c'est-à-dire incapable d'agir car elles perdront leur vitalité*¹¹⁶ ».

Elle sera aussi un temps de partage collectif d'informations entre les équipes engagées quotidiennement auprès des publics dans des horaires décalés et sur des sites distants à l'échelle parisienne. L'état des recherches concernant notre secteur sera régulièrement abordé en équipe.

En équipe de direction, nous définirons les outils de communication nécessaires à l'activité, au recueil des informations techniques et statistiques (fiches d'accueil, carnets de bord, logiciels...) et à leurs transmissions.

Communication et médiation avec le quartier

Un contact régulier avec les riverains sera assuré par l'équipe à l'occasion de ses maraudes en proximité de la SCMR. Les équipes iront ainsi au contact des usagers dans le but de nouer ou de rétablir un contact avec eux, et de les orienter vers le dispositif SCMR. Ils croisent régulièrement des riverains, notamment ceux qui subissent des nuisances liées aux drogues, et leur permettent d'identifier la structure comme un lieu ressources. En cas de besoin, ils pourront faire appel à l'équipe qui établira un diagnostic de la situation, et la traitera directement dans les cas les plus simples, comme le ramassage de faibles quantités d'objets contaminés ou de médiation avec un usager. Ils feront appel à Coordination Toxicomanies dans les autres cas¹¹⁷.

La réunion ouverte

Une réunion « ouverte à tous », y compris aux usagers qui le souhaitent, sera programmée en soirée une fois par mois, après la fermeture de la salle, et à un horaire qui permettra à ceux qui travaillent de venir échanger. Elle sera animée le plus souvent par le directeur et parfois par un cadre. Tous les sujets pourront être abordés, dans le respect du droit, des personnes, de l'anonymat et de la confidentialité.

116. BERNOUX P., 2009, *La Sociologie des organisations* [21], p. 200-201.

117. Structure dont une des missions est la médiation en toxicomanie, entre riverains, usagers de drogues et institutions. Leurs interventions concernent l'espace public et, sur demande, les espaces privés collectifs (partie communes des immeubles). Son territoire d'intervention d'abord limité au 18^e arrondissement de Paris s'est élargi au Nord-Est parisien et parfois au-delà.

Pour avoir animé ce type de réunion dans une structure située au cœur d'un quartier touché par la vente et les consommations de drogues de rue, j'ai pu vérifier que c'est un outil très riche qui participe au pilotage du projet par les remontées des rumeurs dont il faut tenir compte. Elle peut être aussi un outil de promotion de la structure et de rencontre avec de futurs adhérents et parfois de futurs administrateurs¹¹⁸.

3.2 Un espace collectif pour des prestations individuelles

3.2.1 Un lieu identifié pour des publics ciblés

En principe, la SCMR sera ouverte à tout consommateur de drogues, par voie intraveineuse ou par inhalation âgé de plus de dix-huit ans. Elle pourra accueillir toutes les populations d'usagers présentant des consommations problématiques de drogues.

Situation et publics

La SCMR de Gaïa sera implantée en proximité de scènes de consommations et de deal, fréquentées depuis longtemps par de nombreux usagers ; elle se situera géographiquement au cœur du dispositif spécialisé déjà en place dans le nord-est de Paris. Le travail d'information et de réflexion mené avec les différentes structures a permis de faire connaître les prestations qu'elle offrira aux usagers dans un futur proche.

L'effervescence qui entoure depuis un an l'ouverture de cette SCMR a déjà permis au plus grand nombre d'identifier son emplacement, car les immeubles voisins de la future SCMR sont couverts de banderoles s'opposant à son ouverture¹¹⁹. Elles créent un balisage, non souhaité, mais qu'il est difficile de ne pas voir.

Pour contrebalancer cette contre-publicité, des outils de communications seront mis à disposition des partenaires pour être distribués auprès des publics susceptibles de fréquenter la salle.

Les nombreux transports en commun présents en proximité la rendent facilement accessible. Bien que située dans une zone très dense d'habitations et d'activités, son accès situé en retrait, permettra d'assurer une relative discrétion aux mouvements des usagers. Sa situation géographique la dédie aux usagers de drogues en situation de précarité et il est peu probable que d'autres publics s'en emparent, par exemple des consommateurs de drogues insérés, abuseurs ponctuels de produits.

118. J'ai assisté à ce genre d'implication, de la part de personnes parfois venues pour une critique sévère du CAARUD où j'exerçai. « Converti » par l'action qu'ils découvriraient, ils se sont impliqués bénévolement dans l'association. Quelques-uns sont devenus administrateurs et l'un devint président du Conseil d'Administration.

119. Voir Annexe IX p. XVII, Les positions des riverains de la SCMR : les façades.

Ainsi, nous prévoyons la fréquentation par deux grandes typologies d'usagers présents sur ces territoires : les fumeurs de crack du nord, qui s'injectent parfois, et les injecteurs d'opiacés du sud, eux aussi engagés dans d'autres consommations. Leurs caractéristiques partagées sont la polyconsommation, l'injection et l'inhalation et, par ailleurs, la précarité sociale.

La salle du Nord-Est parisien a été conçue pour répondre aux besoins de ces usagers grands précaires, néanmoins elle ne leur sera pas exclusivement réservée.

Nous sommes en effet conscients que les autres publics possibles pour ces prestations ne doivent pas en être écartés, c'est pourquoi les dispositifs et les praticiens généralistes du soin en toxicomanie seront informés et pourront proposer ce lieu comme une ressource à certains de leurs patients.

En l'absence de dispositif similaire, nous avons du mal à anticiper et nous ne pouvons encore faire que des hypothèses sur les publics et le nombre de personnes qui fréquenteront la salle. Afin de prévenir une éventuelle surfréquentation, nous avons décidé de n'accueillir dans un premier temps que les usagers qui utilisent l'injection. Par exemple, elle n'accueillera pas à ses débuts, les fumeurs de crack qui ne pratiquent pas l'injection. Notons au passage que c'est le seul choix que nous permettent actuellement les locaux déjà disponibles.

Architecture de l'espace

C'est un lieu agréable, propre et sécurisant que nous voulons créer. Les incertitudes concernant la livraison des locaux et leurs caractéristiques réelles nous font anticiper plusieurs scénarios pour répondre à l'impératif politique d'ouvrir en 2013. Mais au final lorsque les 250 m² que nous avons jugés nécessaires au fonctionnement du projet seront livrés, nous serons en mesure de proposer neuf espaces différenciés.

Un espace est consacré au premier contact et à l'attente d'un poste de consommation libre. Quatre espaces sont dédiés aux actes en lien avec la consommation supervisée : deux espaces dédiés aux consommations (injection et inhalation), une salle de soin, un espace de détente.

Deux bureaux permettront de mener les entretiens privés et des consultations médicales ou psychologiques. Un espace sera réservé aux ateliers et aux réunions. Le bureau du responsable sera situé au cœur du site afin qu'il soit bien identifié par les usagers comme un membre à part entière de l'équipe et le garant du projet.

L'espace dédié à l'injection comprendra huit places avec séparations favorisant le respect de l'intimité des usagers durant la consommation. Chaque place sera constituée d'un siège et d'une tablette en inox, de nettoyage aisé, surmontée d'un miroir afin de garantir à l'utilisateur une bonne visibilité de ce qui se passe autour de lui. Pour les intervenants, ce

miroir permettra de vérifier que la consommation se déroule conformément au règlement intérieur de la salle et que l'utilisateur n'est pas en situation critique. L'espace dédié à l'inhalation pourra accueillir quatre personnes autour d'une table, dans un espace fermé avec un système d'aspiration des fumées.

L'accès au lieu, tous les espaces comme les blocs sanitaires répondront aux normes d'accessibilité, ce qui dans notre cas facilitera l'intervention des équipes d'urgence.

3.2.2 Accueillir et stabiliser les usagers

L'Éthique de l'accueil

Accueillir des publics qui ne se conforment pas aux usages communs du vivre ensemble est une tâche difficile. Leurs comportements ou leurs caractéristiques peuvent être source de rejet, alimenté par la peur des violences, des contaminations ou de leurs attitudes étranges. Or, la SCMR de Gaïa est en partie dédiée à des publics entrant dans cette catégorie.

Cet accueil débute dès le pas de la porte avec la première parole délivrée, il se doit de favoriser la création d'un lien positif entre l'utilisateur et l'institution. Pour de nombreux collègues, la RdR est « une clinique du lien social », c'est un point de vue que je partage.

Le monde de la rue et des drogues n'est pas notre monde à tous, et c'est tant mieux, car une de ses caractéristiques négatives est le recours usuel aux violences. Recevant ces publics, comment accueillir ce mode de vie *a priori* incompatible avec le nôtre, comment concilier ce qui paraît inconciliable ?

Seul un travail sur l'éthique peut répondre à cette question afin de trouver la voie médiane qui ne conduit ni au rejet, ni à l'acceptation de l'inacceptable. Si nous nous devons d'accueillir ces publics jugés infréquentables par beaucoup, nous devons nous en donner les moyens. Cela suppose une attention de tous les instants au cadre d'accueil que nous leur donnons. Et ceci concerne tous les personnels, car tous se retrouvent peu ou prou au contact des usagers.

Pascale JAMOULLE précise sa vision de l'éthique du travail de proximité et de la déontologie du rapprochement : « *Le travail de proximité, dans ses positions d'empathie active, confronte en direct les travailleurs à des formes d'altérité, de violence et de souffrance insupportables. [...] Cette démarche ne vise pas à piéger les populations, à les instrumentaliser, à leur imposer des styles de vie. [...] La proximité ne force pas les demandes, elle les rend éventuellement possibles. Elle crée un contact de manière proactive, mais peut s'arrêter là* »¹²⁰.

120. In FURTOS J., 2008, *Les cliniques de la précarité* [24], p. 93 et 94.

Ma vision de l'accompagnement des usagers de drogues s'inspire de cette vision éthique. Cette attitude professionnelle, cette procédure d'accueil, cet aménagement des locaux ne génèrent-ils pas incompréhension et frustration ? Quelle est ma limite, celle de l'équipe face aux propos déplacés, injurieux ou menaçants d'un usager ? Comment empêcher une personne de monter en pression ? Comment sanctionner un comportement dangereux sans reproduire l'exclusion sociale qui est souvent l'expérience de l'utilisateur ? Quel recours pourra formuler celui qui aura été exclu de la salle du fait d'un comportement contraire au règlement intérieur, et auprès de quelle instance ?

Ainsi mettre en place les conditions d'un accueil large nécessite une réflexion continue sur le regard porté sur les personnes et sur soi-même. C'est un positionnement éthique auquel je suis attaché, qui doit être porté par tous et notamment par les cadres et le directeur. Mais j'ai également en tête de conserver les dimensions politiques du projet car « *le métier de directeur se trouve situé au nouage de l'éthique et du politique.* »¹²¹

L'inclusion dans la salle

Avant toute consommation, une procédure d'inclusion doit être suivie par l'utilisateur. Elle consiste en un premier entretien de l'utilisateur avec un intervenant, qui remplit un questionnaire comprenant des données sociodémographiques et qui permet de faire le bilan des consommations et des pratiques. L'utilisateur est informé des règles de fonctionnement de la SCMR, et il reçoit le livret d'accueil et le règlement intérieur expliquant le fonctionnement de la SCMR. Il reçoit aussi la charte de la personne accueillie, document co-rédigé avec les usagers.

Enfin, il signe un contrat qui engage la structure à l'accueillir, et qui notifie que d'une part les règles de fonctionnement du lieu ont été portées à sa connaissance et que d'autre part il les accepte. Pour préserver son anonymat, ce contrat comporte un identifiant unique choisi avec l'utilisateur. Cet identifiant est noté sur la carte qui lui est remise en fin d'entretien en cas d'inclusion. Elle lui sera demandée pour toute utilisation ultérieure de la salle.

Les critères de refus d'inclusion sont peu nombreux : être âgé de moins de dix-huit ans ou être en état d'ébriété ou d'agitation pendant l'entretien, ou refuser le règlement de fonctionnement.

Certains usagers font l'objet d'un entretien un peu plus poussé comme les femmes enceintes ou les couples d'injecteurs. Notons que l'entretien avec un primo-injecteur est conçu de façon qu'en re-contextualisant sa demande, il puisse y renoncer.

121. MIRAMON J.-M., COUET D., PATURET J.-B., 2005, *Le Métier de directeur. Techniques et fictions* [23], p. 127.

Le travail de RdR commence immédiatement lors de la présentation des lieux, avec la possibilité de faire analyser ses produits par le procédé de la chromatographie sur couche mince et par la proposition d'un travail de formation et d'accompagnement à l'injection.

L'enregistrement dans des fiches permettra de suivre l'évolution de la pratique de l'injecteur dans des objectifs de RdR.

Un tel accueil, réalisé dans un lieu neutre où les consommations sont possibles et sécurisées, permettra à l'usager de stabiliser progressivement son état de santé et de l'améliorer grâce à l'accompagnement médical et infirmier qui sont assurés sur place. Ensuite, lorsque ce processus est suffisamment engagé et qu'un lien de confiance s'est instauré avec les accueillants, l'orientation vers des centres de soins devrait pouvoir se réaliser dans de meilleures conditions qu'actuellement, et sans que le sevrage en soit la condition préalable. Il en est de même au sujet des accompagnements sociaux, administratifs et d'aide au logement.

3.2.3 Un relais vers l'accompagnement social et le soin

Le temps de la consommation

Le temps de la consommation est un temps privé, qui appartient à l'usager.

L'accompagnement à la consommation à moindre risque qui lui sera proposé n'a pas pour but de se substituer à lui dans l'un des gestes nécessaires à la consommation, mais de le faire progresser dans sa pratique de l'injection vers une consommation plus sûre. Et pourquoi pas vers son abandon pour d'autres pratiques de consommation moins risquées.

Venir consommer des drogues, notamment par l'injection, dans une structure médico-sociale n'est pas anodin. C'est se dévoiler, livrer une part d'intime à un travailleur social, ce que Jean-Claude Métraux définit comme un cadeau, des « *dons de paroles*¹²² ». Ce peut être la base du lien de confiance porté au travers de l'intervenant à l'institution, pour faire évoluer favorablement sa situation, réduire les risques liés à ses consommations et entamer des démarches.

Ces actes spécifiques de la RdR, demande d'accès à la salle, demande de testing, demande d'accompagnement à une consommation à moindre risque, demande d'accès à l'espace de détente après la consommation, retours de matériels usagés et retrait de matériel stériles, sont autant d'opportunités pour engager un échange et faire des suggestions. À certains il sera proposé un « petit » atelier artistique ou culturel, à d'autres un groupe de paroles, une consultation d'accès au droit, un rendez-vous avec l'assistante

122. Jean-Claude MÉTRAUX, *La Migration comme métaphore* [19], chapitre VI, p. 167.

sociale ou le médecin. C'est aux intervenants de trouver les points d'accroche adaptés à l'utilisateur, tout en respectant sa temporalité. Le lien peut en effet se rompre facilement et l'utilisateur retourner à ses consommations à risques, loin du soin.

Les accompagnements en aval

La SCMR se veut une passerelle vers le soin et si possible, la réhabilitation sociale des usagers, elle vise une meilleure autonomie des usagers et leur retour dans le droit commun. Pour que ceux qui sont venus pour consommer à moindre risque poursuivent leur avancée vers une meilleure santé et vers l'insertion sociale, il sera nécessaire de mobiliser différents réseaux d'acteurs et le droit commun. Les étapes à franchir devront être calculées de façon à éviter les chutes, qui découragent et renvoient aux consommations à risque. C'est un travail qui s'inscrit dans la durée, dont on souhaite la continuité, mais dont il faut savoir admettre la discontinuité.

3.3 Une démarche collaborative

3.3.1 Des usagers relais

Toutes les scènes de consommation ne peuvent faire l'objet d'un travail de prévention et de réduction des risques de la part des intervenants professionnels, et ce, pour plusieurs raisons. D'une part, la multiplication des interventions nécessiterait des moyens humains très importants ; d'autre part, beaucoup de scènes de drogue nous sont inconnues ; enfin, certaines scènes sont inaccessibles aux professionnels. Par ailleurs, certains usagers sont beaucoup plus réceptifs aux messages de leurs pairs qu'à ceux que tiennent les éducateurs. C'est ce qui a amené la RdR à développer cette éducation par les pairs qu'on rencontre dans les modèles de la santé communautaire dont Gaïa s'inspire.

Le projet de SCMR prévoit donc la formation d'usagers à l'accompagnement et aux messages de prévention à destination de leurs pairs. En effet, comme tout groupe humain, les communautés d'usagers de drogues ont des leaders qui, s'ils deviennent porteurs de propos et de pratiques limitant les méfaits liés aux consommations, peuvent entraîner un nombre important d'usagers à adopter des pratiques plus sûres.

Ceux des usagers qui en font la demande ou que l'équipe sait volontaires à porter la responsabilité d'éduquer les membres de sa communauté à la RdR recevront cette formation.

Ces usagers relais recevront des supports de communication (brochures, autocollants...) permettant de faire connaître la SCMR à leurs pairs sur les lieux même de consommation, et de leur indiquer son emplacement et son fonctionnement. Des réunions de groupe d'auto-support seront programmées mensuellement, elles prendront la forme de

discussion sur un thème choisi en commun (les produits, l'hépatite C, les pratiques de l'injection, le SIDA, les abcès...).

En outre, en complément des réunions programmées du Conseil de la Vie Sociale (CVS), il sera proposé à ses membres usagers de drogues de se réunir régulièrement autour des sujets de leur choix (la SCMR et son fonctionnement, la rue, la culture, l'actualité...), en présence ou non d'un accueillant ou d'un intervenant extérieur.

Enfin, certaines tâches pourront être remplies contre rémunération par des usagers avec l'équipe, en fonction de l'impact prévisible qu'elles auront dans leur parcours de réinsertion et sur le public de la salle. Prévues sur de courtes durées, elles pourront consister à participer avec les accueillants à la distribution d'outils de RdR, à l'entretien quotidien des abords de la SCMR, notamment dans le ramassage des matériels de consommation, ou dans des tâches d'entretien ou de jardinage.

3.3.2 Des partenariats à élargir

A) Partenariats avec la RdR, les soins et l'addictologie

La RdR en général, et plus particulièrement les SCMR, favorisent les passages, passages vers les soins, le logement, les droits, la citoyenneté, le vivre ensemble. Pour répondre aux demandes et aux besoins des usagers, le recours aux partenariats et aux réseaux est indispensable. C'est une pratique qui irrigue la RdR de puis sa naissance en France.

Gaïa a depuis longtemps noué des partenariats avec les acteurs de RdR, qu'il s'agisse d'activer un réseau autour de la situation d'un usager, ou de créer un outil de RdR pour fumeur de crack, avec les associations Charonne, EGO, PROSES, AIDES, SOS-DI et la Terrasse-Hôpital Maison Blanche, d'en évaluer la pertinence avec l'INvS, et d'en défendre la mise à disposition face aux financeurs, de le distribuer et d'en grouper l'achat pour en réduire les coûts. L'inscription de Gaïa dans l'AFR et le Réseaux Français de Réduction des Risques, et sa proximité avec MdM sont des atouts dans la recherche du bon interlocuteur au bon moment.

Des partenariats permettant d'assurer la continuité des soins feront l'objet de conventions : avec les services d'addictologie et de psychiatrie, ainsi qu'avec les ECIMUD des hôpitaux de proximité. D'autres partenariats seront établis avec le Sleep'In de SOS-DI pour l'hébergement, et avec des CSPA, pour les usagers préférant un lieu de soin et de dispensation de méthadone en dur plutôt que le Bus méthadone. Enfin, les liens avec les lieux de postcures requerront toute notre attention, pour les usagers qui souhaitent se sevrer.

Mais n'oublions pas que de nombreuses institutions, hier opposé à la RdR, sont aujourd'hui devenus ses partenaires. Si le discours et les pratiques ont le plus souvent changés, il convient de rester vigilant car les vieilles pratiques ne sont pas toujours très

loin et exclure un usager de drogue précarisé ne se révèle pas très difficile. C'est pourquoi le conventionnement est une pratique à développer car elle met clairement chacun face à ses responsabilités.

B) Partenariats pour un retour au droit commun

Pour diversifier les réponses à apporter aux publics, les partenariats et le travail en réseau doivent être développés également avec les secteurs non spécialisés : infirmiers en libéral, médecins de quartier, dentistes, pharmaciens et toutes les professions paramédicales. Ils peuvent aussi bien être prescripteurs de la SCMR qu'apporter une réponse à une situation donnée. Comment être observant de sa trithérapie lorsqu'on n'a pas de toit, que l'on est sans revenus, parfois sans papiers et usager de drogues ? Ce qu'il conviendra de tisser relève de l'intervention de réseau, tel que Régis DUMONT la décrit dans le livre *Travailler en réseau*¹²³. Mobiliser le réseau et l'animer sera alors la tâche de Gaïa, pour faire graviter autour de l'utilisateur tous les acteurs concernés du droit commun.

Ce travail sera à développer à partir de cas concrets, pour lesquels il conviendra de mobiliser des professionnels isolés comme des réseaux préexistants, par exemple le « Réseau de Santé Paris Nord » qui permet de toucher un nombre important de ces professionnels et qui possède sur son site¹²⁴ Internet une rubrique « addiction » bien documentée.

C) Coopérer avec les acteurs locaux et communiquer sur le projet

Le travail avec les riverains doit aller bien au-delà de la gestion de l'environnement précédemment décrite et de leur participation à l'évaluation de la SCMR.

Il est à noter que cet aspect du travail de RdR existe dans la directive CAARUD, qui fixe comme 5^e mission « *l'intervention de proximité à l'extérieur du centre, en vue d'établir un contact avec les usagers. Ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues* ».

J'engagerai l'équipe de la SCMR dans la construction d'un véritable partenariat avec les riverains dans le but de démontrer que le dispositif ne se met pas en place contre leurs intérêts, mais que le travail effectué en direction des usagers est indispensable à l'amélioration de la tranquillité publique dans le quartier. Les maraudes programmées de l'équipe et les réunions mensuelles ouvertes à tous en seront l'ossature. Dans ce cadre,

123. DUMOULIN P., *Travailler en réseau. Méthodes et pratiques en interventions sociales* [21], p. 135-148.

124. <http://www.reseau-paris-nord.com/>

un numéro de téléphone sera mis à disposition des riverains afin de recueillir leurs questions et leurs critiques.

C'est un réseau local que Gaïa devra animer, par la mise en œuvre d'un Comité de concertation qui se réunira avec les associations et les collectifs de riverains, parfois de simples individus. Considérés comme des experts de leur quartier, ces riverains-relais nous apporteront des détails qui échappent aux équipes de rue, car même s'ils n'ont pas le regard aiguisé d'un professionnel, ils sont présents sur la totalité du territoire, 24 h sur 24 et tous les jours : là, dans une courette, une micro-scène de consommation par injection, avec des seringues abandonnées occasionnant une gêne pour des voisins incapables de se plaindre car fraîchement immigrés ; ici, des interpellations d'usagers ont lieu régulièrement à côté d'un automate ; là encore, une personne qui semble usagère de drogues reste prostrée dans le square. Ces informations se révèlent vite très précieuses pour le travail des maraudes et contribuent à asseoir la légitimité locale de la salle.

Engagée dans un processus gagnant-gagnant, la SCMR pourra paraître aux riverains, habitants, commerçants, sous un jour plus positif, tout comme, à terme, les usagers de drogues qu'on croise lors des réunions mensuelles et avec qui on discute. Ainsi, la notion du vivre ensemble pourra prendre progressivement du sens.

Ce qui est vrai pour les riverains l'est aussi pour d'autres acteurs : personnels SNCF de sécurité, services de la Ville, police, justice, élus. La notion de partenariat avec ces services est rarement comprise par les travailleurs sociaux quand elle n'est pas purement et simplement dénoncée comme complice des forces de répression et contraire à l'éthique du travail social.

Mais c'est précisément pour réunir des conditions plus favorables aux actions de RdR qu'il convient de nouer ces partenariats et de s'interroger sur leur sens. En effet, comment assouplir les positions souvent très rigides sur ces questions si nous n'ouvrons pas le dialogue avec le parquet et la police ?

Comment faire pour que les usagers de drogues qui fréquentent la SCMR puissent y venir et en partir sans risquer d'être interpellés pour détention de drogue ? Quel serait le sens de l'ouverture d'une SCMR qui enverrait ses usagers en prison ?

En l'attente de politiques publiques véritablement intégrées, il y a lieu de tisser au local tous les liens utiles à un bon fonctionnement de la SCMR, dans le respect du droit et des principes de la RdR. C'est de ma responsabilité de directeur de veiller à ce que toutes ces garanties soient réunies.

Il reste plusieurs sujets à traiter avec la justice et la police sur les contradictions entre répression et santé publique : que ce soit des matériels de consommation à moindre risques considérés comme preuves d'usage de drogues, de même que les ordonnances

de produits de substitution, ou de la pression mise sur les travailleurs de rue et les tracassés liés au stationnement des unités mobiles.

Les réunions du Comité de pilotage organisé par la Ville sont pour l'instant la seule instance de débat sur ces sujets. Ce sera pour moi une opportunité à saisir pour traiter ces sujets qui limitent nos actions et nos résultats. Les élus doivent en effet pouvoir s'approprier ce dispositif et le défendre, comme un élément structurant de leur territoire. C'est mon travail et celui de l'équipe de réussir le pari d'en faire des partenaires.

Car, en dehors de ses promoteurs d'aujourd'hui, bien des élus se montrent encore sceptiques ou totalement opposés. Et si l'on observe que les majorités d'aujourd'hui sont parfois les minorités de demain, on peut se demander quel poids pèsera ce dispositif expérimental unique, si des liens solides ne se sont pas établis, y compris dans la contradiction.

Alors inviter les élus à venir visiter la salle et à débattre de son utilité sanitaire et de sa plus-value sociale fait aussi partie de mes tâches et de ma responsabilité, partagée avec le Conseil d'Administration et son Président.

3.4 Affirmer la visibilité de l'action

3.4.1 La SCMR, un espace de formation

Le monde des drogues est très changeant, nouveaux produits, nouvelles pratiques, nouveaux publics remettent constamment en question les institutions professionnelles. Plus conscients de notre ignorance que de la sûreté de nos connaissances, la formation et la recherche sont indispensables à la conduite d'un tel projet. C'est pourquoi je ferai de la recherche-action et de la formation le quatrième axe transversal du projet.

Le modèle que je développerai pour les salariés est celui de « l'organisation apprenante », qui favorise les apprentissages collectifs et permet la professionnalisation des salariés à travers l'analyse et l'évaluation continue de leur pratique. Il implique les publics, les professionnels et les partenaires du projet, qui occupent tour à tour les places du formé et du formateur. Le travail en SCMR est en effet basé sur une équipe construisant ses savoirs ensemble, indépendamment du métier pratiqué et de la qualification, dans l'idée de mettre en œuvre de bonnes pratiques.

Les structures de RdR d'IdF ont été invitées il y a plusieurs mois par Gaïa à participer à des groupes de réflexion sur la mise en œuvre des SCMR. De nombreuses structures ont détaché des personnels, et ces groupes de travail ont connu une bonne fréquentation, révélant le réel intérêt des participants à se former à l'accompagnement des consommations dans le but d'en réduire les risques. Quelles retombées pour leurs publics ?

Avec les formations classiques du champ de la RdR (produits et effets, modes de consommations et risques associés, outreach, santé communautaire, auto-support), des formations plus spécifiques aux SCMR seront proposées aux membres de l'équipe, aux équipes des autres structures de RdR et aux stagiaires. Elles comprendront en premier lieu la prise en charge des risques liés à l'injection et les spécificités d'un accueil en SCMR (protocole d'accueil, gestion des postes de consommation). Viendront ensuite les conditions de la pratique en SCMR : enjeux éthiques, développement des réseaux, travail avec les riverains et l'environnement, etc. Outre les aspects théoriques qui auront toute leur place, c'est au moyen de la mise en situation avec l'équipe de la SCMR que ces formations prendront tout leur sens.

Envisager la SCMR comme un site qualifiant nous semble *a priori* indispensable.

Mais pour former qui et à quoi ?

Avec d'autres responsables du champ de la RdR, je doute que les filières classiques de formation au travail social soient aujourd'hui les bonnes pour la RdR. Mon expérience personnelle, acquise à travers des recrutements que j'ai effectués dans mes précédents postes, m'a montré qu'en effet, des personnes diplômées hors du champ du travail social, géographe, biologiste, politique de la ville, par exemple, avaient été beaucoup plus faciles à sensibiliser aux principes de la RdR et à la relation d'aide que nombre d'éducateurs spécialisés ou de moniteurs-éducateurs qui s'y opposaient.

De mon point de vue, la RdR apporte une façon de voir et de travailler avec des publics spécifiques qui vient enrichir le travail social. Par ses apports majeurs que sont la notion d'urgence sociale, le choix d'une approche proactive plutôt que l'attente de la demande, sa conception novatrice des droits humains et la clinique du lien social, elle ouvre des perspectives d'innovation à partir de cet important point d'entrée qu'est la formation. L'évaluation des pratiques transversales en RdR et ses travaux de recherche contribueront à définir de nouvelles compétences dans le travail social.

3.4.2 Faire exister un lieu expérimental pour une normalisation législative et réglementaire

Dans la deuxième partie du mémoire, j'ai insisté sur les aspects contradictoires des politiques publiques en matière de dogues. On a vu que l'espace du débat français est propice au clivage, qui entrave les évolutions de la société même quand elles sont devenues incontournables. Par exemple, dès 1789 la dépénalisation de l'homosexualité est engagée, mais il aura fallu attendre 1982 pour qu'elle soit complète. Les opposants à cette dépénalisation promettaient la dépravation totale des mœurs, et prédisaient la réalisation du vieux mythe de Sodome et Gomorrhe, or — et c'était prévisible —, rien de tel ne fut observé.

C'est ce contexte, de mon point de vue contraire aux principes démocratiques, qui accompagne depuis toujours les discussions sur l'immigration et la prostitution, asphyxiant d'avance les débats et stérilisant toute volonté de penser les questions de fond alors qu'elles concernent de près les citoyens. Des processus semblables ont été répétés *ad nauseam* lors du vote sur le PACS et, plus récemment, à l'occasion du vote pour le mariage pour tous.

C'est dans ce climat où le populisme est entretenu par certaines factions politiques et idéologiques que la SCMR voit le jour, elle ne pourra pas s'y soustraire. C'est un fardeau pour la RdR et notamment pour ses dirigeants, dont les directeurs de CAARUD, qu'on somme sans cesse de se justifier et qui sont peu soutenus par les autorités décisionnelles dès que survient le moindre évènement.

Au moment d'ouvrir cette première SCMR, avec mon équipe, je suis en mesure de garantir que tous les habitants des 10^e et 18^e arrondissements de Paris ne deviendront pas des junkies, et que tous les enfants des alentours ne joueront pas avec des seringues souillées. Non seulement la civilisation ne va pas s'effondrer, mais bien au contraire, elle gagnera en humanité tout en évitant des contaminations dont le traitement est si coûteux.

Notre projet servant de base à la MILDT, à la DGS et aux ARS pour la rédaction de ce qui deviendra le Cahier des charges national des SCMR¹²⁵ — dont la publication ne devrait pas tarder —, nous contribuons à la transformation du champ de la RdR, en rendant possible l'ouverture de SCMR dans toute la France. Nombre de CAARUD sont prêts à étendre leurs missions et leurs prestations.

Des changements législatifs à envisager

La réussite de cette expérience de Gaïa devrait permettre l'approfondissement du débat sur les drogues, et peut-être les politiques des drogues sortiront-elles enfin de l'exceptionnalité dans laquelle elles sont enfermées depuis quarante-trois ans. En ce domaine, il est nécessaire de repenser la complexité et l'altérité, c'est en ce sens que l'association Gaïa appuie la demande de révision de la loi de 1970 sur les drogues.

La normalisation législative et réglementaire attendue permettrait d'étendre l'efficacité de la RdR et de l'addictologie. Mais aussi, elle contribuerait à limiter la montée inquiétante en France de la violence issue des trafics et à réduire la surpopulation carcérale, comme à baisser la criminalité dans les pays qui produisent les drogues et ceux par lesquels elles transitent. Comme on le voit, les enjeux de cette révision de la loi sont importants.

125. Mi-septembre 2013, ce « Cahier des charges » n'est toujours pas publié, pas plus que les dispositions précisant les conditions d'existence de ces dispositifs. Une piste souvent évoquée est la modification du décret CAARUD, rajoutant une mission, sans doute facultative, au CAARUD.

3.4.3 Établir les premiers éléments d'évaluation

En tant que simple directeur de la SCMR de Gaïa, et sans grandiosité, je suis conscient de l'étendue de mes responsabilités. L'exposé qui précède nous montre clairement l'importance de l'évaluation de la SCMR : qu'est-ce qu'on y fait vraiment et à quoi ça sert ?

J'aurai donc à cœur de mettre en œuvre trois niveaux d'évaluation :

- l'évaluation de la SCMR comme dispositif expérimental, coordonné et financé par la MILDT,
- les évaluations internes et externes permettant le renouvellement de l'agrément, auquel s'astreint tout ESMS à travers le recueil de données quantitatives et qualitatives sur son activité,
- et enfin la mise en place des outils de pilotage qui permettront d'adapter et de réajuster les actions dans le court terme.

Dans ces processus, le point de vue des usagers, trop souvent laissé de côté, devra trouver toute sa place. J'y veillerai particulièrement à travers la constitution d'un CVS qui est le lieu d'un contre-pouvoir indispensable à l'équilibre du fonctionnement de la SCMR.

Évaluation du dispositif expérimental

La MILDT a confié la réalisation de l'évaluation de la SCMR à l'ISERM. Un volet quantitatif sera réalisé par l'INSERM Marseille, un volet qualitatif sera pris en charge par l'équipe de Marie JAUFFRET-ROUSTIDE de l'ISERM Paris, qui réalisera également la partie « acceptation sociale » avec l'étude géographique des nuisances liées aux drogues sur le quartier. Elle comprendra deux périodes : la période en amont du démarrage qui commencera en septembre 2013 et celle qui concernera son fonctionnement.

Au démarrage de la SCMR, le Comité de pilotage se transformera en Comité de Suivi qui intégrera des représentants des riverains. À la fin de la période d'expérimentation de trois ans, le Comité de Suivi et l'INSERM se prononceront sur les suites à lui donner.

Évaluation de l'ESMS

Quatre ans seulement se sont écoulés entre la publication du décret CAARUD en 2005 et celle du *Guide pour la mise en œuvre de bonnes pratiques d'évaluation : évaluer les interventions de réduction des risques* publié par l'OFDT [28], diffusé en 2009. Ce document, conçu à partir des recommandations de l'ANESM¹²⁶, a impliqué de nombreux responsables de RdR, Gaïa y était représenté par sa directrice Élisabeth AVRIL et le

126. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

président du groupe Valère ROGISSART — devenu « CAFDESien » en 2008 — en ayant intitulé son mémoire *Devenir CAARUD : s'inscrire dans la durée par l'évaluation, un enjeu majeur de direction*¹²⁷.

La RdR fait de l'évaluation un élément à part entière de son fonctionnement. Je juge l'évaluation indispensable au pilotage d'une structure, rappelons qu'elle doit être exposée dans le rapport d'activité annuel. J'appuierai ma démarche sur le guide précédemment cité en m'inspirant des évaluations mises en place par l'INSERM.

Je m'attacherai à développer les outils qui permettront de mesurer la performance du projet, à travers l'analyse du triangle objectif-moyens-résultats.

En équipe, nous définirons rapidement des objectifs précis et des indicateurs permettant de nous guider vers leur réalisation. Des outils de recueil de données quantitatif et qualitatif seront intégrés au processus ordinaire de fonctionnement. Ils concerneront les publics et les bénéficiaires, les acteurs de l'environnement et les partenaires. Les membres du Conseil d'Administration et les salariés participeront à ce choix des outils statistiques et des protocoles qui nous permettront de mesurer l'activité de la SCMR, sa pratique et sa performance.

Si nous donnons à la SCMR comme pertinence générale « d'améliorer l'état de santé des usagers », il nous faudra pouvoir mesurer son efficacité en montrant « dans quelle mesure précise (quel taux) nous avons amélioré l'état de santé des usagers » et son efficience en rapportant cette mesure aux « moyens engagés pour améliorer l'état de santé des usagers ». D'autres aspects ne seront pas négligés, comme le climat social du travail, les rapports gouvernance / dirigeance, l'état des partenariats et des réseaux, les innovations, etc.

Réajustement du projet

Au démarrage de l'activité d'accueil pour la consommation, une évaluation continue basée sur le court terme, avec des indicateurs simples, permettra d'adapter le fonctionnement de la salle aux réalités des demandes du public. Pour une première mesure statistique des accompagnements à la consommation, les indicateurs de base pourront être les suivants : le nombre d'usagers reçus et la file active, le nombre d'accueils par usager, le nombre de consommations par type, le nombre d'accompagnements à la consommation, le nombre et la nature des incidents dans la salle liés à l'activité. Des éléments qualitatifs seront tirés du débriefing de fin de journée sur le fonctionnement au quotidien de la salle. Pour les nuisances et les plaintes du

127. <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/memoires/cafdes/2008/rogissart.pdf>

voisinage, les appels des riverains seront notés, de même que le nombre d'interventions de la police, sa réactivité, son mode d'intervention auprès des usagers, etc.

L'étude régulière de ces éléments nous permettra de prendre rapidement les décisions nécessaires pour stabiliser le fonctionnement de la SCMR. Par exemple, j'ai tranché en défaveur de l'emploi d'un agent de sécurité pour gérer les entrées, comme c'est le cas à « Quai 9 », la SCMR de Genève. J'ai pris cette décision¹²⁸ à partir de deux facteurs, d'une part en m'appuyant sur le déploiement prévu sur le quartier d'un dispositif spécifique annoncé par la Préfecture de Police, et d'autre part en me fiant à mon expérience de responsable d'un CAARUD situé sur ce même territoire, lui-même très fréquenté, et où j'ai eu régulièrement à gérer des situations très conflictuelles impliquant des usagers de drogues. J'ai pu observer que, malgré les contacts rugueux avec les publics et des situations parfois très tendues, l'équipe est en capacité de réguler l'accueil seule ou doit tendre à le devenir.

J'ai vérifié pendant toutes ces années que l'analyse et la compréhension des indicateurs, alliée à la volonté de comprendre les problèmes quand ils surviennent, doit nous permettre de réajuster nos attitudes et nos protocoles de travail... ou d'embaucher un agent de sécurité.

Ainsi, par une évaluation permanente (même sommaire) des processus qui peuvent traverser le groupe, nous pourrions développer des prestations de qualité pour nos publics et construire une SCMR performante.

3.4.4 Développer une stratégie d'évolution

La SCMR de Gaïa à trois années pour réussir, et ce seront trois petites années. Le contexte de sa création met la barre des exigences très haut. Il s'agit ni plus ni moins que de répondre à une problématique globale qui dérange, celles des rapports entre les humains et les drogues, ce que très peu sont enclins à regarder en face.

En comparant l'évolution des mentalités en France avec ce qui s'est passé au sujet de l'homosexualité, il nous faudrait attendre l'année 2213 pour pouvoir agir dans un cadre « normal » qui énoncerait des politiques publiques cohérentes.

Et encore ! Compte tenu du niveau des débats à l'Assemblée nationale qui se sont déroulés récemment, et les propos tenus à cette occasion, nous pouvons craindre que quelques décennies supplémentaires soient nécessaires pour que l'homophobie soit réduite aux propos de quelques groupuscules aux prétentions totalitaires.

¹²⁸ Ici, je suis mis face à mes responsabilités de directeur dans un arbitrage qui n'est pas qu'une simple décision technique. C'est ce que Pierre CADOUX, directeur, relate dans le chapitre « *La légitimité de la décision* » p. 41 et suivantes, LEBRUN J.-P., ..., 2009, *Y-a-t-il un directeur dans l'institution* [29].

Deux cents ans, c'est bien long pour un projet médico-social, c'est long pour son équipe et pour ses dirigeants ; mais c'est plus long encore pour ses publics, même s'ils ont l'habitude d'être maltraités. Cette dimension pèse sur le directeur, sur les équipes et sur les pratiques ; c'est aussi un impact à prendre en compte dans les freins aux bonnes pratiques.

Je compte mettre toute mon énergie, mes compétences et mon savoir-faire à la réussite de ce projet, tout en mesurant les limites que lui impose un contexte ambigu. En expérimentant avec une seule SCMR, nous ne pouvons pas nous inscrire dans un réseau de SCMR, ce qui dommageable. Échanger, comparer, évaluer, confronter nos pratiques et nos résultats entre SCMR serait pourtant le meilleur moyen de réussir. À quand une deuxième expérimentation ? Devons-nous devenir l'opérateur n° 1 en SCMR ?

Il conviendra pour Gaïa de se projeter au-delà de ces trois années. Pour cette association créée en 2005 pour assurer la continuité du travail de RdR engagé par MdM, cette solution dédiée au portage des projets PPMU-CAARUD et Bus méthadone-CSAPA, est-elle encore pertinente ? Quel est aujourd'hui le projet associatif et quel sera son avenir ? Quel est le niveau d'engagement de ses membres aujourd'hui ? Et puis quel peut être l'avenir aujourd'hui d'une structure médico-sociale de trente-cinq ETP, pesant moins de deux millions d'euros de budget annuel ? Gaïa devra-telle grossir ou se fondra-telle dans une grosse structure mieux à même de gérer de nombreux services ?

Il sera nécessaire d'envisager ces questions pour préparer l'avenir.

D'autres interrogations, plus opérationnelles, concernent le développement du projet. En complément de la sécurisation des consommations, il me semble indispensable d'aborder l'aspect logement pour les publics qui la fréquentent car ils sont pour la plupart sans toit. L'accès au soin implique de penser à ces développements, à l'image de ce qu'ont créé de nombreux centres, comme le « Düsseldorf Drogenhilfe e.V. » avec ses nombreux services et actions¹²⁹ ou « Insite », la SCMR de Vancouver dont « ... *le deuxième étage a accueilli une postcure, un pied-à-terre pour les usagers qui ont fini la " détox " mais qui sont en attente d'un futur logement*¹³⁰ ». Quelles innovations pouvons-nous initier d'ici la fin de la période expérimentale ?

Cette analyse à mener avec le Conseil d'Administration, et portant sur les forces, les faiblesses, les menaces et les opportunités¹³¹ concernant le projet de SCMR mais aussi

129. Voir en Annexe XI p. XXII, SCMR : un exemple allemand.

130. CHAPPARD P., 3^e trimestre 2012, « " **Insite** " porte-drapeau pour lutter contre la guerre anti-drogue », SWAPS, n° 68, p. 4.

131. Analyse SWOT, acronyme tiré de l'anglais pour Strengths (« forces »), Weaknesses (« faiblesses »), Opportunities (« opportunités »), Threats (« menaces »), soit FFOM ou MOFF en français.

les autres projets menés par Gaïa, nous permettra de choisir en connaissance de cause les orientations politiques qui paraîtront les meilleures pour engager l'avenir, comme le devenir de l'association Gaïa.

Conclusion

Les idéologues de la « guerre à la drogue », relayés par nombre d'hommes politiques, s'opposent à ce que la question des drogues soit reposée. Plutôt que de s'atteler à la recherche de réponses nouvelles, ils ont désigné comme bouc émissaire « l'usager de drogue » pour expliquer aux citoyens les nombreux problèmes que posent la consommation et les trafics. Ils freinent le développement du débat public sur des questions qu'il est pourtant urgent de repenser¹³² si l'on considère le déploiement des violences liées aux drogues et la généralisation des consommations.

De son côté, entre lieux de relégation et prison, l'usager de drogues est ainsi condamné à errer dans les purgatoires de notre société à la fois hygiéniste et où règne l'insécurité.

Dans ce contexte inquiétant, une fenêtre s'est ouverte avec la commande à Gaïa d'ouvrir une SCMR. Le directeur doit donc s'atteler au jour le jour à la réussite d'un projet qui préfigure peut-être une évolution des politiques publiques.

Il est tenu de garantir la réussite du projet sur le plan pratique, en organisant la prise en charge de la consommation dans des conditions d'hygiène et de sécurité satisfaisantes qui permettront de limiter les contaminations et les overdoses chez les usagers de drogues. Si ce projet répond à un problème de santé publique, il satisfait aussi aux conditions éthiques et politiques que porte la RdR.

En proposant aux usagers de drogue un accompagnement humanisant, ce projet satisfait à la question éthique de ne pas laisser les publics vulnérables à l'abandon. Les accueillir dans un lieu institué pour ça, c'est leur reconnaître le droit d'être protégé dans leur dépendance et les réintégrer dans la communauté humaine qui mandate la SCMR, à travers son cadre légal.

En aidant, à travers la conduite du projet de Gaïa, à la définition du cahier des charges des SCMR, le directeur contribue à réintégrer le traitement des drogues dans le droit commun¹³³, et à l'élaboration d'un facteur de protection sociale global des usagers de drogues et de la communauté.

132 Hanna ARENDT nous dit que « *C'est dans le vide de la pensée que s'inscrit le mal* ».

133. Pour préciser mon propos, je reprends à la suite un extrait de texte de Robert Castel, tiré de *L'Insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé* [23], p. 78-79 : « *Le recours au droit est la seule solution qui ait été trouvée à ce jour pour sortir des pratiques philanthropiques ou paternalistes. [...] Les conditions d'application et d'exercice d'un droit peuvent se négocier, car on ne saurait confondre l'universalité d'un droit et l'uniformité de sa mise en œuvre. Mais un droit ne se négocie pas, il se respecte. [...] Il faut rappeler avec fermeté que la protection sociale n'est pas seulement l'octroi de secours en faveur des plus démunis pour leur éviter une déchéance totale. Au sens fort du terme, elle est pour tous la condition de base pour qu'ils puissent continuer d'appartenir à une société de semblables.* »

Pour un directeur, parvenir à normaliser le fonctionnement au quotidien d'un tel lieu, à l'interne comme à l'externe, et réussir à associer le voisinage au projet, c'est favoriser la concertation et l'éducation des citoyens.

C'est donc œuvrer à la mise en place de conditions favorables au débat à venir pour transformer le traitement des drogues en France, débat dont on a vu qu'il est incontournable désormais.

Bibliographie

- [1] ECOHOTADO A., 1995, *Histoire élémentaire des drogues, des origines à nos jours*, Paris : Éditions du Lézard, 231 p. .
- [2] ROSENZWEIG M., 1998, *Les drogues dans l'histoire*, Paris, Bruxelles : De Boeck&Belin, 198 p. .
- [3] HUXLEY A., 1954, *Les portes de la perception*, Paris : 10/18, 320 p. .
- [4] LAPASSADE G., 1987, *Les états modifiés de la conscience*, Paris : PUF, 127 p. .
- [5] LABROUSSE A., 2000, *DROGUES un marché de dupes*, Paris : Éditions Alternatives, 139 p. .
- [6] LABROUSSE A., 2006, *Géopolitique des drogues*, Paris : PUF, 127 p. .
- [7] MARTINEAU H. , GOMART É., 2000, *Politiques et expérimentations sur les drogues aux Pays-Bas*, Paris : OFDT - Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 155 p. .
- [8] COPPEL A. , DOUBRE O., 2012, *Drogues : sortir de l'impasse. Expérimenter des alternatives à la prohibition*, Paris : La Découverte, 296 p. .
- [9] CABALLERO F. , BISIYOU Y., 2000, *Droit de la drogue*, Paris : Dalloz, 827 p. .
- [10] OEDT, 2013, *Rapport européen sur les drogues 2013 : tendances et évolutions*, Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne, 74 p. , <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/edr2013rap.pdf>.
- [11] MILDT-CFES , MAESTRACCI N., 2000, *Drogues : Savoir plus, risquer moins - Drogues et dépendances, le livre d'information*, Vanves : CFES (Comité Français d'Education pour la Santé), 146 p. .
- [12] COSTES J.-M., 2010, *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999 - Vue au travers du dispositif TREND*, Saint-Denis : OFDT, 192 p. , <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap10/epfxjq2.html>.
- [13] LE NAOUR G., 2010, *Drogues, SIDA et action publique*, Rennes : Presses Universitaires de Rennes, 273 p. .
- [14] INSERM, Expertise collective, 2010, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, Les éditions Inserm, 573 p. , <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>.

- [15] COPPEL A., 2002, *Peut-on civiliser les drogues ? De la guerre à la drogue à la réduction des risques*, La Découverte, 384 p. .
- [16] Forum Français pour la Sécurité Urbaine , MARCUS M., 2011, *La future politique française des drogues*, Paris : Forum Français pour la Sécurité Urbaine (FFSU), 68 p. , <http://www.ffsu.org/index.php?id=31966>.
- [17] JAMOULLE P., 2000, *Drogues de rue. Récits et styles de vie*, Bruxelles : De Boeck / Oxalis, 239 p. .
- [18] FURTOS J., 2009, *De la précarité à l'auto - exclusion*, Paris : Editions Rue d'Ulm, collection « La rue ? Parlons – en ! », 58 p. .
- [19] MAIRIE DE PARIS Mission de Prévention des Toxicomanies - CONSEIL RÉGIONAL D'ILE DE FRANCE - ASUD, in *SALLES DE CONSOMMATION à moindres risques pour usagers de drogues, CONFERENCES-DEBATS 27 juin et 5 octobre 2011*, Paris, 2011, 64 p. .
- [20] CROZIER M. , FRIEDEBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris : Editions du Seuil, Points Essais, 500 p. .
- [21] LOUBAT J.-R., 2006, *Penser le management en action sociale et médico-sociale*, Paris : Dunod, Santé Sociale, 391 p. .
- [22] HARDY J.-P., 2010, *Financement et tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux*, Paris : Dunod, Santé Social, 464 p. .
- [23] BERNOUX P., 2009, *La sociologie des organisations*, Points Essais édition, Paris : Editions du Seuil, 466 p. .
- [24] FURTOS J., 2008, *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositif*, Issy les Moulineaux : Masson, 284 p. .
- [25] MIRAMON J.-M., COUET D., , PATURET J.-B., 2005, *Le métier de directeur. Techniques et fictions*, Rennes : Editions ENSP, 270 p. .
- [26] METRAUX J.-C., 2004, *La migration comme métaphore*, Paris : LA DISPUTE, 261 p. .
- [27] DUMOULIN P., DUMONT R., BROSSE N., , MASCLET G., 2006, *Travailler en réseau. Méthodes et pratiques en interventions sociales*, Paris : Dunod, Santé Social, 272 p. .
- [28] DIAZ GOMEZ C., MILHET M., , BEN LAKHDAR C., 2009, *Guide pour la mise en oeuvre de bonnes pratiques d'évaluation : évaluer les interventions de réduction des risques*, OFDT, Ed. Saint-Denis24 p. .

- [29] LEBRUN J.-P. , et un groupe de directeurs, 2009, *Y-a-t-il un directeur dans l'institution*, Rennes : Presses de l'EHESP, 192 p. .
- [30] CASTEL R., 2003, *L'insécurité sociale - qu'est-ce qu'être protégé*, Paris : Seuil / La République des Idées, 96 p. .
- [31] MINO A. , ARSEVER S., 1996, *J'accuse les mensonges qui tuent les drogués*, Paris : Calmann-Lévy, 276 p. .
- [32] ENRIQUEZ E., 2008, *Clinique du pouvoir, Les figures du maître*, Sociologie clinique édition, Toulouse : ERES, 238 p. .

Liste des annexes

Annexe I.	IHRA, la réduction des risques liés aux drogues	II
Annexe II.	La politique suisse des quatre piliers	IV
Annexe III.	La loi du 31 décembre 1970.....	VI
Annexe IV.	L'activité des CAARUD à Paris	IX
Annexe V.	Caractéristique de la file active du CAARUD d'EGO.....	X
Annexe VI.	Principaux matériels de RdR mis à disposition.....	XII
Annexe VII.	Les Bus de Gaïa	XIII
Annexe VIII.	Distribution et récupération de seringues	XV
Annexe IX.	Les positions des riverains de la SCMR	XVII
Annexe X.	Synthèse du projet de SCMR défini par GAÏA	XX
Annexe XI.	SCMR : un exemple allemand	XXII

Annexe I. IHRA, la réduction des risques liés aux drogues

QU'EST-CE QUE LA RÉDUCTION DES RISQUES ET MÉFAITS?

POSITION DE L'IHRA (International Harm Reduction Association) sur la DÉFINITION de la RÉDUCTION DES MÉFAITS.

La réduction des méfaits concerne les lois, les programmes et les pratiques qui visent à réduire les méfaits associés à l'utilisation de drogues psychoactives, par des personnes qui sont incapables ou qui n'ont pas la volonté de cesser de consommer. Une des caractéristiques qui définit principalement cette approche, est qu'elle se concentre sur la prévention des méfaits et sur les personnes elles-mêmes, plutôt que sur la prévention de la consommation de drogues.

Ce n'est qu'à la suite de la propagation du virus du VIH parmi les utilisateurs de drogues par injection que l'approche de réduction des méfaits a enfin été reconnue. Par contre, des approches similaires sont depuis longtemps utilisées dans d'autres contextes et pour une grande variété de drogues.

La réduction des méfaits complète d'autres approches qui ont pour but de prévenir ou de réduire le niveau général de consommation de drogues. Cette approche est basée sur l'acceptation du fait que plusieurs personnes à travers le monde consomment des drogues psychoactives malgré tous les efforts déployés afin d'en prévenir l'initiation ou l'usage continué. L'approche de la réduction des méfaits accepte le fait que plusieurs personnes qui consomment des drogues sont incapables ou n'ont, à aucun moment, la volonté de cesser leur consommation. L'accès aux traitements est d'autant plus important que plusieurs personnes aux prises avec des problèmes de consommation ne peuvent ou refusent de se faire traiter. Par ailleurs, la majorité des personnes qui consomment des drogues n'ont pas besoin d'être traitées. Il est donc nécessaire de s'assurer que les personnes qui consomment des drogues aient accès à différentes options qui permettent de réduire les risques dus au fait qu'elles continuent à consommer, et de diminuer les méfaits envers elles-mêmes et envers la communauté. Il est également important que l'information, les services et les interventions en lien avec la réduction des méfaits demeurent, afin de garder les personnes en santé et en sécurité. Permettre que des personnes souffrent et meurent, de causes qui auraient pu être évitées n'est pas une option. Plusieurs personnes qui consomment des drogues préfèrent des méthodes non cliniques et informelles pour réduire leur consommation de drogues et les risques qui y sont associés.

Cette courte déclaration définit les principales caractéristiques de la réduction des méfaits. Elle est conçue afin d'être applicable à toutes les drogues psychoactives incluant également les médicaments prescrits, les drogues contrôlées l'alcool et le tabac. Les méthodes d'intervention en réduction des méfaits peuvent varier d'une substance à l'autre. Les lecteurs peuvent se référer au site web de l'IHRA-www.ihra.net pour des informations plus détaillées sur ces interventions.

Définition

La « Réduction des méfaits » concerne les lois, les programmes et les pratiques qui visent principalement à réduire les conséquences néfastes tant au niveau de la santé qu'au niveau socio-économique, sans nécessairement diminuer la consommation de drogues. La réduction des méfaits bénéficie aux personnes qui consomment des drogues, à leurs familles ainsi qu'à la communauté.

Principes

L'approche de la réduction des méfaits est basée sur un solide engagement envers la santé publique et les droits humains.

Cibler les risques et méfaits

La réduction des méfaits est une approche ciblée qui vise spécifiquement les risques et méfaits. Les politiciens, responsables, communautés, chercheurs et travailleurs de première ligne, et les personnes qui consomment des drogues devraient se questionner sur :

International Harm Reduction Association
Unit 701, The Chandlery
50 Westminster Bridge Road
London
England
SE1 7QY

Ph + 44 (0) 207 953 7412
Fax +44 (0) 207 953 7404
Email: info@ihra.net

For more information, contact us at
info@ihra.net or visit www.ihra.net

The briefing sheets will be updated
periodically and made available on the
IHRA website.

- Quels sont les risques et méfaits associés à l'usage spécifique de chaque drogue psychoactive ?
- Quelle est la cause de ces risques et méfaits ?
- Que doit-il être fait afin de réduire ces risques et méfaits ?

La réduction des méfaits cible ce qui cause les risques et les méfaits. L'identification spécifique des méfaits, de leurs causes et de la façon appropriée d'intervenir demande une évaluation adéquate du problème et des démarches à entreprendre. L'élaboration des interventions de réduction des méfaits s'adressant à ces risques et méfaits particuliers, doit aussi prendre en considération des facteurs comme l'âge, le sexe et l'incarcération, qui rendent les personnes qui consomment des drogues particulièrement vulnérables.

Éléments tangibles et rentabilité

Les différentes approches en réduction des méfaits se veulent pratiques, concrètes, efficaces, sécuritaires et rentables. Elles s'engagent à fonder leurs politiques et leurs pratiques sur les observations et les données les plus probantes disponibles. La plupart de ces approches sont peu coûteuses, faciles à implanter, et ont un impact élevé sur la santé des individus et celle de la communauté. Dans un monde où les ressources sont insuffisantes, les bénéfices sont multipliés quand des interventions peu coûteuses et ayant un grand impact sont favorisées au détriment des interventions coûteuses et mais avec peu d'impact.

Progression

Les intervenants qui utilisent l'approche de la réduction des méfaits reconnaissent l'importance de tout changement positif apporté dans la vie d'une personne. Les interventions en réduction des méfaits sont progressives plutôt que contraignantes, et sont fondées sur les besoins de la personne. De ce fait, ces services sont conçus afin de rencontrer les besoins de la personne, tels qu'ils sont actuellement, à ce moment précis de leur vie. Chaque petit gain même modeste, est plus bénéfique pour un ensemble de personnes que d'énormes progrès réalisés par seulement quelques individus. Les personnes sont plus enclines à avancer en faisant plusieurs petits pas plutôt que d'accomplir un ou deux pas gigantesques. Dans une situation spécifique, l'objectif de réduction des méfaits peut être hiérarchisé en plaçant les options les plus faciles à faire au premier plan (ex : prendre soin de sa santé) et les plus difficiles, mais tout de même désirables options, sur un plus long terme. Dans une telle hiérarchie des options, l'abstinence peut être considérée comme un objectif très difficile à atteindre mais tout de même important pour la réduction des risques et méfaits. Préserver la vie des personnes qui consomment des drogues et prévenir des dommages irréparables reste la priorité absolue malgré l'importance des autres priorités et options.

Dignité et compassion

Les intervenants qui utilisent l'approche de la réduction des méfaits acceptent les personnes telles qu'elles sont et évitent de porter des jugements. Les personnes qui consomment des drogues ont elles aussi un père et une mère, des frères et des sœurs. Cette compassion s'étend jusqu'aux familles et aux communautés des personnes qui consomment des drogues. Les intervenants qui utilisent l'approche de la réduction des méfaits s'opposent à la stigmatisation des personnes qui consomment des drogues. Des termes tels que « drogué », « junkie », « toxicomanes » perpétuent les stéréotypes, marginalisent et créent des barrières qui empêchent d'aider les personnes qui consomment des drogues. Le langage et les termes employés devraient toujours être empreints de respect et de tolérance.

L'universalité et l'interdépendance des droits

Les droits humains s'appliquent à toutes les personnes. Les personnes qui consomment des drogues ne s'affranchissent pas de leurs droits et ceux-ci incluent entre autres le droit au travail, le droit de bénéficier des plus hauts standards en matière de progrès scientifiques, en services de santé et services sociaux, le droit de ne pas être détenu de manière arbitraire, ni de subir des traitements inhumains ou dégradants. La réduction des méfaits s'oppose aux châtiments délibérément infligés aux personnes qui consomment des drogues faits au nom de la prévention et du contrôle du trafic des drogues et face à la consommation de drogues, propose des réponses qui respectent les droits humains fondamentaux.

Contester les pratiques et politiques qui accentuent les méfaits

Plusieurs facteurs contribuent aux risques et méfaits associés à la consommation de drogue. Ces facteurs incluent les comportements et les choix des individus, l'environnement dans lequel ils consomment ainsi que les lois et politiques destinés à contrôler la consommation des drogues. Plusieurs de ces pratiques et politiques, que ce soit de manière intentionnelle ou non, créent et augmentent les risques et méfaits pour les personnes qui consomment des drogues. Parmi celles-ci on retrouve : la criminalisation de la consommation de drogues, la discrimination, les pratiques abusives et corrompues, les lois et politiques restrictives et punitives, le déni des pratiques médicales et programmes de réductions des méfaits qui pourraient sauver des vies, et les iniquités sociales. Les politiques et pratiques en réduction des méfaits doivent supporter les personnes dans leur volonté de changer leurs comportements. Mais il est également essentiel de contester lois et les politiques nationales et internationales qui créent des environnements de consommation à risques et contribuent ainsi aux méfaits reliés à l'utilisation de drogues.

Transparence, responsabilité et participation

Les décideurs sont responsables et de leurs décisions et de leurs interventions tout autant que de leurs succès et échecs. Les principes de réduction des méfaits encouragent le dialogue, la consultation et les débats. Une grande majorité des intervenants doit être impliqués significativement dans le développement des politiques ainsi que dans la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes. En définitive, ce sont les personnes qui consomment des drogues et les communautés qui en sont affectées qui doivent être impliquées significativement dans les décisions qui les touchent.

IHRA: PROMOTING HARM REDUCTION ON A GLOBAL BASIS

What is Harm Reduction?

A position statement from the International Harm Reduction Association, London, United Kingdom, French, April 2010.

Traduit par les membres de l'équipe Méta d'Âme, Montreal, Canada: Ken Wong, corrigé par Chantale Perron et révisé par Guy-Pierre Lévesque.

Annexe II. La politique suisse des quatre piliers

L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) la définit ainsi :

Politique des quatre piliers

La politique suisse des quatre piliers est pragmatique et orientée vers l'efficacité. Les effets les plus importants sont la diminution des décès dus à la consommation de drogue, la réduction de la criminalité, l'amélioration de la santé des toxicodépendants et la disparition des scènes ouvertes.

Le pilier « prévention » contribue à la réduction de la consommation de drogues en évitant que les gens ne se mettent à en consommer et ne développent une dépendance.

Le pilier « thérapie » contribue à la réduction de la consommation de drogues en permettant de sortir d'une dépendance ou à en préserver la possibilité. Elle contribue en outre à la promotion de l'intégration sociale et de la santé des personnes traitées.

Le pilier « réduction des risques » contribue à minimiser les effets négatifs de la consommation de drogues sur les usagers et — indirectement — sur la société en rendant possible une consommation entraînant moins de problèmes individuels et sociaux.

Le pilier « répression et régulation du marché » contribue, par des mesures de régulation servant à appliquer l'interdiction des drogues illégales, à réduire les effets négatifs de la consommation de drogues.

Page Internet de la **Politique des quatre piliers** de l'OFSP au 04/09/2013 :
<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/06044/index.html?lang=fr>

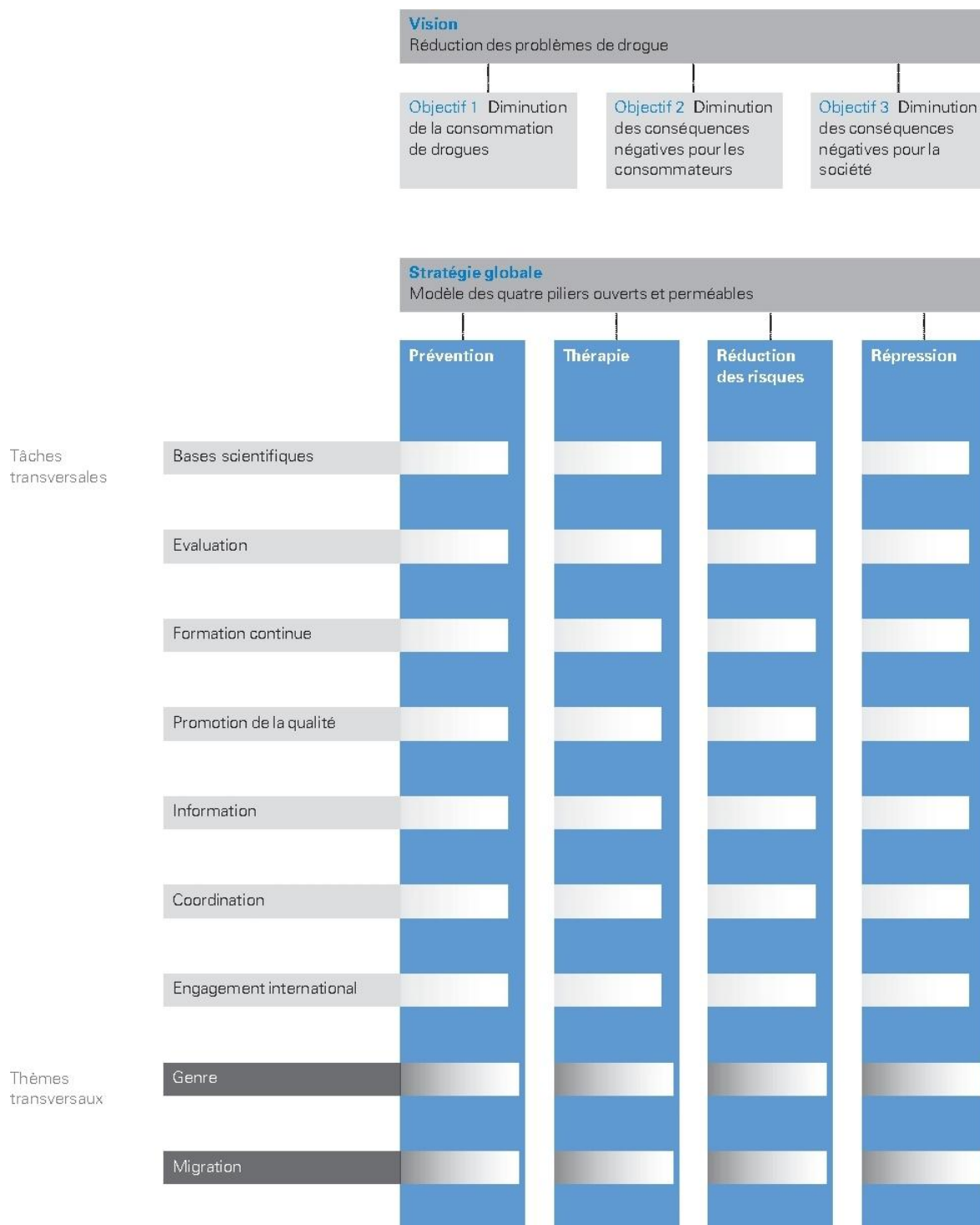
Alcool, tabac, drogues, sur le site de l'OFSP :
<http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/index.html?lang=fr>

Voir aussi le document « *La Politique suisse en matière de drogue. Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006–2011* », modification du 30.01.2013 accessible sur :
<http://www.bag.admin.ch/shop/00035/00204/index.html?lang=fr>

La page suivante qui synthétise sous forme de tableau la **Politique des quatre piliers** est issue de ce document (p. 16).

La mise en place de cette politique doit beaucoup au Dr. Annie Mino, médecin-chef de l'unité spécialisée dans la toxico-dépendance au sein de la psychiatrie publique genevoise puis Directrice générale de la santé du canton de Genève, dont le livre **J'accuse les mensonges qui tuent les drogués [31]** fait encore référence.

La politique suisse des quatre piliers



Annexe III. La loi du 31 décembre 1970

74

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Janvier 1971

LOI n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. — Le livre III du code de la santé publique est complété ainsi qu'il suit :

TITRE VI

Lutte contre la toxicomanie.

« Art. L. 355-14. — Toute personne usant d'une façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants, est placée sous la surveillance de l'autorité sanitaire.

CHAPITRE I^{er}

Dispositions particulières aux personnes signalées par le procureur de la République.

« Art. L. 355-15. — Chaque fois que le procureur de la République, par application de l'article L. 628-1, aura enjoint à une personne ayant fait un usage illicite de stupéfiants, de suivre une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale, il en informera l'autorité sanitaire compétente. Celle-ci fait procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé.

« Art. L. 355-16. — 1° Si, après examen médical, il apparaît que la personne est intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint de se présenter dans un établissement agréé choisi par l'intéressé, ou à défaut désigné d'office, pour suivre une cure de désintoxication.

« 2° Lorsque la personne a commencé la cure à laquelle elle a été invitée, elle fait parvenir à l'autorité sanitaire un certificat médical indiquant la date du début des soins, la durée probable du traitement, et l'établissement dans lequel ou sous la surveillance duquel aura lieu l'hospitalisation ou le traitement ambulatoire.

« 3° L'autorité sanitaire contrôle le déroulement du traitement et informe régulièrement le parquet de la situation médicale et sociale de la personne.

« 4° En cas d'interruption du traitement, le directeur de l'établissement ou le médecin responsable du traitement en informe immédiatement l'autorité sanitaire qui prévient le parquet.

« Art. L. 355-17. — 1° Si, après examen médical, il apparaît à l'autorité sanitaire que l'état de la personne ne nécessite pas une cure de désintoxication, cette autorité lui enjoint de se placer, tout le temps nécessaire, sous surveillance médicale, soit d'un médecin choisi par elle, soit d'un dispensaire d'hygiène sociale ou d'un établissement sanitaire agréé, public ou privé.

Loi n° 70-1320 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 829 ;
Rapport de M. Mazeaud, au nom de la commission des lois (n° 1155 et 1330) ;
Discussion et adoption le 30 juin 1970.

Sénat :

Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 358 (1969-1970) ;
Rapport de M. Lemarié, au nom de la commission des affaires sociales, n° 39 (1970-1971) ;
Avis de la commission des lois n° 35 (1970-1971) ;
Discussion et adoption le 3 novembre 1970.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1427 ;
Rapport de M. Mazeaud, au nom de la commission des lois (n° 1496) ;
Discussion et adoption le 10 décembre 1970.

Sénat :

Proposition de loi, modifiée par l'Assemblée nationale, n° 102 (1970-1971) ;
Rapport de M. Lemarié, au nom de la commission des affaires sociales, n° 117 (1970-1971) ;
Avis de la commission des lois n° 121 (1970-1971) ;
Discussion et adoption le 17 décembre 1970.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1555 ;
Rapport de M. Mazeaud, au nom de la commission des lois (n° 1563) ;
Discussion et adoption le 18 décembre 1970.

« 2° Lorsque la personne s'est soumise à la surveillance médicale à laquelle elle a été invitée, elle fait parvenir à l'autorité sanitaire un certificat médical indiquant la date du début de cette surveillance et sa durée probable.

« 3° L'autorité sanitaire contrôle le déroulement du traitement et informe régulièrement le parquet de la situation médicale et sociale de la personne.

« 4° En cas d'interruption de la surveillance médicale, le médecin responsable du traitement en informe immédiatement l'autorité sanitaire qui prévient le parquet.

CHAPITRE II

Dispositions particulières aux personnes signalées par les services médicaux et sociaux.

« Art. L. 355-18. — L'autorité sanitaire peut être saisie du cas d'une personne usant d'une façon illicite de stupéfiants soit par le certificat d'un médecin, soit par le rapport d'une assistante sociale. Elle fait alors procéder à un examen médical et à une enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé.

« Art. L. 355-19. — Si, après examen médical, il apparaît que la personne est intoxiquée, l'autorité sanitaire lui enjoint d'avoir à se présenter dans un établissement agréé, choisi par l'intéressé, ou à défaut désigné d'office, pour suivre une cure de désintoxication et d'en apporter la preuve.

« Art. L. 355-20. — Si, après examen médical, il apparaît que l'état de la personne ne nécessite pas une cure de désintoxication, l'autorité sanitaire lui enjoint de se placer, tout le temps nécessaire, sous surveillance médicale, soit du médecin choisi par elle, soit d'un dispensaire d'hygiène sociale ou d'un établissement agréé, public ou privé.

CHAPITRE III

Dispositions particulières aux personnes se présentant spontanément aux services de prévention ou de cure.

« Art. L. 355-21. — Les toxicomanes qui se présenteront spontanément dans un dispensaire ou dans un établissement hospitalier, afin d'y être traités, ne seront pas soumis aux dispositions indiquées ci-dessus. Ils pourront, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne pourra être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants.

« Les personnes ayant bénéficié d'un traitement dans les conditions prévues à l'alinéa précédent pourront demander au médecin qui les aura traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement. »

Art. 2. — Le chapitre I^{er} du titre III du livre V du code de la santé publique est rédigé comme suit :

CHAPITRE I^{er}

Substances vénéneuses.

« Art. L. 626. — Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 2.000 F à 10.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions des règlements d'administration publique concernant la production, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi des substances ou plantes ou la culture des plantes classées comme vénéneuses par voie réglementaire, ainsi que tout acte se rapportant à ces opérations.

« Les règlements visés ci-dessus pourront également prohiber toutes les opérations relatives à ces plantes et substances.

« Dans tous les cas prévus au présent article, les tribunaux pourront, en outre, ordonner la confiscation des substances ou des plantes saisies.

« Art. L. 627. — Seront punis d'un emprisonnement de deux ans à dix ans et d'une amende de 5.000 F à 50.000.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront contrevenu aux dispositions des règlements d'administration publique prévus à l'article précédent et concernant les substances ou plantes vénéneuses classées comme stupéfiants par voie réglementaire. Lorsque le délit aura consisté dans

l'importation, la production, la fabrication, ou l'exportation illicites desdites substances ou plantes, la peine d'emprisonnement sera de dix à vingt ans.

« La tentative d'une des infractions réprimées par l'alinéa précédent sera punie comme le délit consommé. Il en sera de même de l'association ou de l'entente en vue de commettre ces infractions.

« Les peines prévues aux deux alinéas précédents pourront être prononcées alors même que les divers actes qui constituent les éléments de l'infraction auront été accomplis dans des pays différents.

« Seront également punis d'un emprisonnement de deux à dix ans et d'une amende de 5.000 F à 50.000.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement :

« 1° Ceux qui auront facilité à autrui l'usage desdites substances ou plantes, à titre onéreux ou à titre gratuit, soit en procurant dans ce but un local, soit par tout autre moyen ;

« 2° Ceux qui, au moyen d'ordonnances fictives ou d'ordonnances de complaisance, se seront fait délivrer ou auront tenté de se faire délivrer lesdites substances ou plantes ;

« 3° Ceux qui, connaissant le caractère fictif ou de complaisance de ces ordonnances, auront, sur la présentation qui leur en aura été faite, délivré lesdites substances ou plantes.

« Lorsque l'usage desdites substances ou plantes aura été facilité à un ou des mineurs de moins de vingt et un ans ou lorsque ces substances ou plantes leur auront été délivrées dans les conditions prévues au 3° ci-dessus, la peine d'emprisonnement sera de cinq à dix ans.

« Les tribunaux pourront, en outre, dans tous les cas prévus aux alinéas précédents, prononcer la peine de l'interdiction des droits civiques pendant une durée de cinq à dix ans.

« Ils pourront prononcer l'interdiction de séjour, pendant une durée de deux ans au moins et de cinq ans au plus, contre tout individu condamné en vertu du présent article. Ils pourront également prononcer le retrait du passeport ainsi que, pour une durée de trois ans au plus, la suspension du permis de conduire.

« Les dispositions de l'article 59 (alinéa 2) du code de procédure pénale sont applicables aux locaux où l'on usera en société de stupéfiants et à ceux où seront fabriquées, transformées ou entreposées illicitement lesdites substances ou plantes.

« Les visites, perquisitions et saisies ne pourront se faire que pour la recherche et la constatation des délits prévus au présent article. Elles devront être précédées d'une autorisation écrite du procureur de la République lorsqu'il s'agira de les effectuer dans une maison d'habitation ou un appartement, à moins qu'elles ne soient ordonnées par le juge d'instruction. Tout procès-verbal dressé pour un autre objet sera frappé de nullité.

« Art. L. 627-1. — Dans les hypothèses prévues à l'article L. 627, le délai de garde à vue est celui prévu aux premier et second alinéas de l'article 63 du code de procédure pénale.

« Toutefois, le procureur de la République, dans les cas visés aux articles 63 et 77 du code de procédure pénale et le juge d'instruction, dans le cas prévu à l'article 154 du même code, peuvent, par une autorisation écrite, la prolonger pour une durée de quarante-huit heures.

« Une deuxième prolongation peut être accordée dans les mêmes conditions pour une durée supplémentaire de vingt-quatre heures.

« Dès le début de la garde à vue, le procureur de la République doit désigner un médecin expert qui examinera toutes les vingt-quatre heures la personne gardée à vue et délivrera après chaque examen un certificat médical motivé qui sera versé au dossier.

« D'autres examens médicaux pourront être demandés par la personne retenue. Ces examens médicaux seront de droit.

« Art. L. 628. — Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à un an et d'une amende de 500 F à 5.000 F ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants.

« Art. L. 628-1. — Le procureur de la République pourra enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer

sous surveillance médicale, dans les conditions prévues par les articles L. 355-15 à L. 355-17.

« L'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformées au traitement médical qui leur aura été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme.

« De même, l'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants, lorsqu'il sera établi qu'elles se sont soumises, depuis les faits qui leur sont reprochés, à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale, dans les conditions prévues par les articles L. 355-18 à L. 355-21.

« Dans tous les cas prévus au présent article, la confiscation des plantes et substances saisies sera prononcée, s'il y a lieu, par ordonnance du président du tribunal de grande instance sur la réquisition du procureur de la République.

« Les dispositions prévues aux alinéas 2 et 3 ci-dessus ne sont applicables que lors de la première infraction constatée. En cas de réitération de l'infraction, le procureur appréciera s'il convient ou non d'exercer l'action publique, le cas échéant dans les conditions du premier alinéa.

« Art. L. 628-2. — Les personnes inculpées du délit prévu par l'article L. 628, lorsqu'il aura été établi qu'elles relèvent d'un traitement médical, pourront être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction ou du juge des enfants, à subir une cure de désintoxication accompagnée de toutes les mesures de surveillance médicale et de réadaptation appropriées à leur état.

« L'exécution de l'ordonnance prescrivant cette cure se poursuivra, s'il y a lieu, après la clôture de l'information, les règles fixées par l'article 148-1 (alinéas 2 à 4) du code de procédure pénale étant, le cas échéant, applicables.

« Art. L. 628-3. — La juridiction de jugement pourra, de même, astreindre les personnes désignées à l'article précédent à subir une cure de désintoxication, notamment en confirmant l'ordonnance visée à l'article précédent ou en en prolongeant les effets. Dans ces deux derniers cas, cette mesure sera déclarée exécutoire par provision à titre de mesure de protection. Dans les autres cas, elle pourra, au même titre, être déclarée exécutoire par provision.

« Lorsqu'il aura été fait application des dispositions prévues à l'article L. 628-2 et au premier alinéa du présent article, la juridiction saisie pourra ne pas prononcer les peines prévues par l'article L. 628.

« Art. L. 628-4. — Ceux qui se soustrairont à l'exécution d'une décision ayant ordonné la cure de désintoxication seront punis des peines prévues à l'article L. 628, sans préjudice, le cas échéant, d'une nouvelle application des dispositions des articles L. 628-2 et L. 628-3.

« Toutefois, ces sanctions ne seront pas applicables lorsque la cure de désintoxication constituera une obligation particulière imposée à une personne qui avait été condamnée à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve.

« Art. L. 628-5. — La cure de désintoxication prévue par les articles L. 628-2 et L. 628-3 sera subie soit dans un établissement spécialisé, soit sous surveillance médicale. L'autorité judiciaire sera informée de son déroulement et de ses résultats par le médecin responsable. Un règlement d'administration publique fixera les conditions dans lesquelles la cure sera exécutée.

« Les dépenses d'aménagement des établissements de cure ainsi que les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale entraînés par l'application des articles L. 628-1 à L. 628-3 seront pris en charge par l'Etat. Le règlement visé ci-dessus fixera les modalités d'application de cette disposition.

« Art. L. 628-6. — Lorsque le juge d'instruction ou la juridiction saisie aura ordonné à un inculpé de se placer sous surveillance médicale ou l'aura astreint à une cure de désintoxication, l'exécution de ces mesures sera soumise aux dispositions des articles L. 628-2 à L. 628-5 ci-dessus, lesquelles font exception aux articles 138 (alinéa 2-10°) et suivants du code de procédure pénale en ce qu'ils concernent la désintoxication.

« Art. L. 629. — Dans tous les cas prévus par les articles L. 627 et L. 628, les tribunaux devront ordonner la confiscation des substances ou plantes saisies. Cette confiscation ne pourra toutefois être prononcée lorsque le délit aura été constaté dans une officine pharmaceutique si le délinquant n'est que

le gérant responsable, à moins que le propriétaire de l'officine n'ait fait acte de complicité ou que la détention de ces substances ou plantes ne soit illicite.

« Dans les cas prévus au premier alinéa et au 3° du quatrième alinéa de l'article L. 627, les tribunaux pourront interdire au condamné l'exercice de la profession à l'occasion de laquelle le délit aura été commis pendant un délai qui ne pourra excéder cinq ans.

« Dans les cas prévus au premier alinéa de l'article L. 627, la confiscation des matériels et installations ayant servi à la fabrication et au transport des substances ou plantes devra être ordonnée.

« Dans les cas prévus au 1° du quatrième alinéa de l'article L. 627, les tribunaux pourront ordonner la confiscation des ustensiles, matériels et meubles dont les lieux seront garnis et décorés, ainsi que l'interdiction pour le délinquant, pendant un délai qui ne pourra excéder cinq ans, d'exercer la profession sous le couvert de laquelle le délit aura été perpétré.

« Quiconque contreviendra à l'interdiction de l'exercice de sa profession prononcée en vertu des alinéas 2 et 4 du présent article sera puni d'un emprisonnement de six mois au moins et de deux ans au plus, et d'une amende de 3.600 F au moins et de 36.000 F au plus, ou de l'une de ces deux peines seulement.

« Art. L. 629-1. — En cas de poursuites exercées pour l'un des délits prévus aux articles L. 627 et L. 628, le juge d'instruction pourra ordonner à titre provisoire, pour une durée de trois mois au plus, la fermeture de tout hôtel, maison meublée, pension, débit de boissons, restaurant, club, cercle, dancing, lieu de spectacle ou leurs annexes, ou lieu quelconque ouvert au public ou utilisé par le public, où ont été commis ces délits par l'exploitant ou avec sa complicité.

« Cette fermeture pourra, quelle qu'en ait été la durée, faire l'objet de renouvellement dans les mêmes formes pour une durée de trois mois au plus chacun.

« Les décisions prévues aux alinéas précédents et celles statuant sur les demandes de mainlevée peuvent faire l'objet d'un recours devant la chambre d'accusation dans les vingt-quatre heures de leur exécution ou de la notification faite aux parties intéressées.

« Lorsqu'une juridiction de jugement est saisie, la mainlevée de la mesure de fermeture en cours, ou son renouvellement pour une durée de trois mois au plus chaque fois, est prononcée selon les règles fixées par l'article 148-1 (alinéas 2 à 4) du code de procédure pénale.

« Sans préjudice de l'application des dispositions du titre III du code des délits de boissons et des mesures contre l'alcoolisme, le tribunal pourra, dans tous les cas visés à l'alinéa 1°, ordonner la fermeture de l'établissement pour une durée de trois mois à cinq ans et prononcer, le cas échéant, le retrait de la licence de débit de boissons ou de restaurant.

« Art. L. 630. — Sans préjudice des dispositions de l'article 60 du code pénal, seront punis d'un emprisonnement de un an à cinq ans et d'une amende de 5.000 F à 500.000 F, ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué à l'un des délits prévus et réprimés par les articles L. 627 et L. 628, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet, ou qui les auront présentés sous un jour favorable.

« Seront punis des mêmes peines ceux qui, par un moyen quelconque, auront provoqué, alors même que cette provocation n'aurait pas été suivie d'effet, à l'usage de substances présentées comme ayant les effets de substances ou plantes stupéfiantes.

« En cas de provocation au moyen de l'écrit, même introduit de l'étranger, de la parole ou de l'image, même si celles-ci ont été émises de l'étranger, pourvu qu'elles aient été perçues en France, les poursuites prévues aux alinéas précédents seront exercées contre les personnes énumérées à l'article 285 du code pénal, dans les conditions fixées par cet article, si le délit a été commis par la voie de la presse, et contre les personnes reconnues responsables de l'émission, ou, à leur défaut, les chefs d'établissements, directeurs ou gérants des entreprises ayant procédé à la diffusion ou en ayant tiré profit, si le délit a été commis par toute autre voie.

« Art. L. 630-1. — Sans préjudice de l'application des articles 23 et suivants de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945, les tribunaux pourront prononcer l'interdiction du

territoire français, pour une durée de deux à cinq ans, contre tout étranger condamné pour les délits prévus par les articles L. 626, L. 628, L. 628-4 et L. 630. Ils pourront prononcer l'interdiction définitive du territoire français contre tout étranger condamné pour les délits prévus à l'article L. 627.

« Le condamné sera dans tous les cas soumis aux dispositions des articles 27 et 28 de l'ordonnance précitée.

« Art. L. 630-2. — Les peines prévues au présent chapitre seront portées au double en cas de récidive, dans les conditions de l'article 58 du code pénal. »

Art. 3. — Les dépenses de prévention résultant de l'application de l'article 1° ainsi que les dépenses d'hospitalisation et de soins des personnes visées au chapitre III dudit article, sont réparties entre l'Etat et les départements selon les dispositions de l'article L. 190 du code de la famille et de l'aide sociale.

Art. 4. — Les dispositions de l'article 2 de la présente loi sont applicables aux territoires d'outre-mer.

Toutefois, dans les territoires des Comores, des îles Wallis et Futuna, de la Nouvelle-Calédonie et dépendances, de la Polynésie française, et dans le territoire français des Afars et des Issas, les conditions dans lesquelles les personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants subiront la cure de désintoxication prévue par les articles L. 628-1, L. 628-2, L. 628-3 et L. 628-5, seront fixées par des délibérations des assemblées locales.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 31 décembre 1970.

GEORGES POMPIDOU.

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
JACQUES CHABAN-DELMAS.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
RENÉ PLEVEN.

Le ministre de l'intérieur,
RAYMOND MARCELLIN.

Le ministre de l'économie et des finances,
VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Le ministre délégué auprès du Premier ministre,
chargé des départements et territoires d'outre-mer,
HENRY REY.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale,
ROBERT BOULIN.

LOI n° 70-1321 du 31 décembre 1970 relative aux actes de disposition afférents à certains biens ayant appartenu à des contumax (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1°. — Les ventes faites par l'Etat, avant l'entrée en vigueur de l'article 639 du code de procédure pénale, d'immeubles confisqués en vertu d'une condamnation prononcée par contumace, dont la résolution a été, avant la publication de la présente loi, judiciairement constatée en raison de la représentation du contumax, sont validées sous la seule condition que les acquéreurs ou leurs ayants droit occupent encore matériellement les lieux.

La résolution est, dans ce cas, réputée n'avoir jamais produit effet.

Loi n° 70-1321 TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1)

Assemblée nationale :

Proposition de loi n° 1190 ;
Rapport de M. Foyer, au nom de la commission des lois (n° 1284) ;
Discussion et adoption le 30 juin 1970.

Sénat :

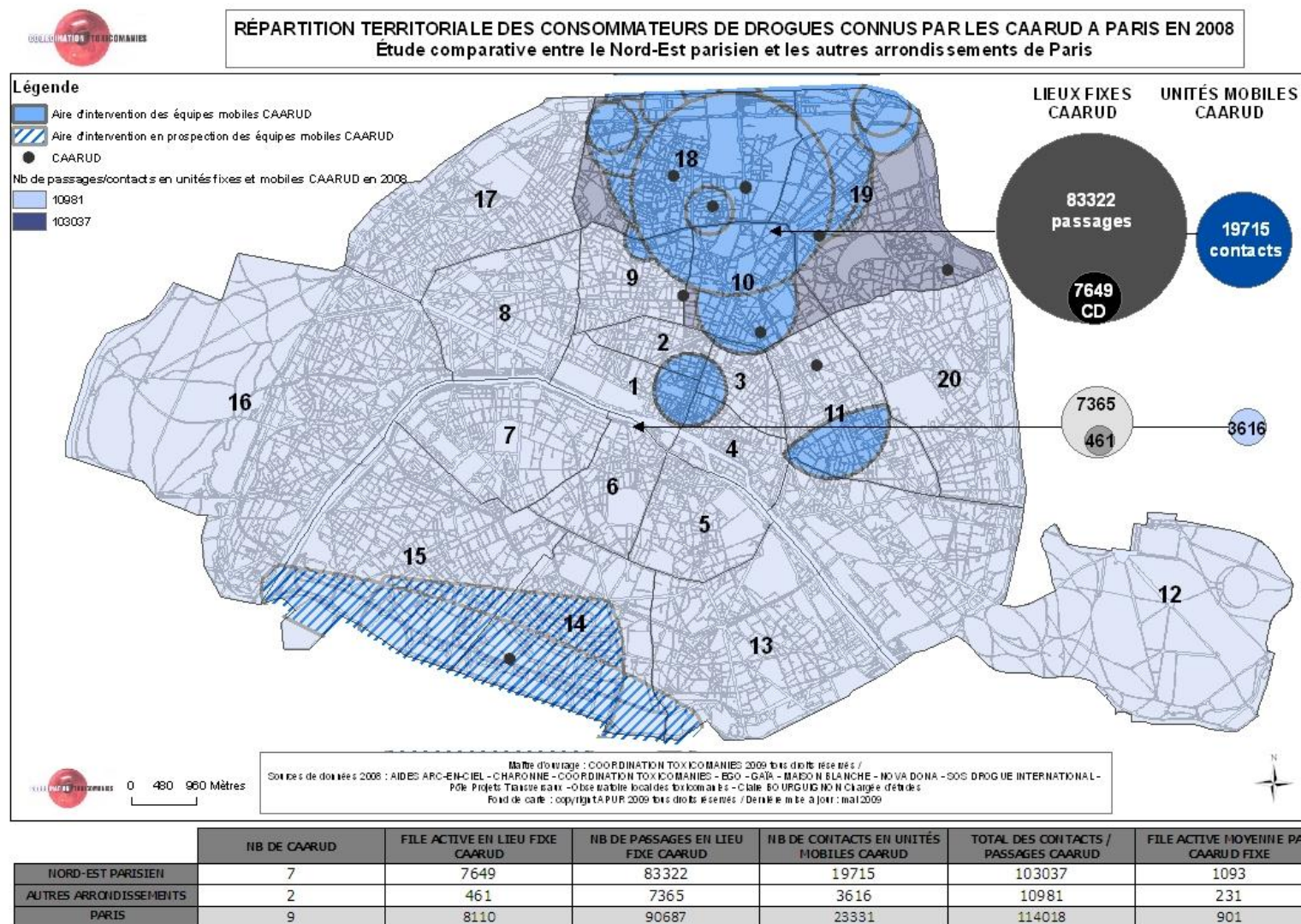
Proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, n° 361 (1969-1970) ;
Rapport de M. J. Piot, au nom de la commission des lois, n° 105 (1970-1971) ;
Discussion et adoption le 17 décembre 1970.

Assemblée nationale :

Proposition de loi, modifiée par le Sénat, n° 1561 ;
Rapport de M. Foyer, au nom de la commission des lois (n° 1588) ;
Discussion et adoption le 18 décembre 1970.

Annexe IV. L'activité des CAARUD à Paris

Source : Coordination Toxicomanie



Annexe V. Caractéristique de la file active du CAARUD d'EGO

Les quatre tableaux qui suivent sont issus de la partie CAARUD du rapport d'activité 2008 de l'association EGO. Avec une file active très importante, ils donnent une image précise des caractéristiques des publics reçus, sans doute assez proches des caractéristiques de l'ensemble des publics d'usagers de drogues présents sur le Nord-Est parisien, même si tous les publics du territoire ne le fréquentent pas. Ils reflètent un public vieillissant, polyconsommateur de drogues dont le crack, en situation de grande précarité et d'exclusion sociale.

	2006	2007	2006-2007	2008	2007-2008
File active	4 235	5 318	25,6 %	4 650	-12,60 %
Nb passages	32 072	36 730	14,5 %	33 755	-8,10 %
Age moyen des UD	36,5 ans	35 ans	1,4 an	38,7 ans	3,7 ans

a. Fréquentation et âge moyen du public

	2006	2007	2006-2007	2008	2007-2008
Femmes UD	656	957	45,9 %	740	-22,7 %
Hommes UD	3579	4361	21,8 %	3910	-10,3 %
%femmes	15,5 %	18,0 %	16,2 %	15,9 %	-11,6 %
%hommes	84,5 %	82,0 %	-3,0 %	84,1 %	2,5 %

b. Fréquentations femmes / hommes

Ces deux tableaux décrivent des espaces très fréquentés, proche 5 000 personnes / an et 8 passages par an et par personne en moyenne, moins fréquenté des femmes (< 20 %) alors que les équipes de rues côtoient de 30 à 40 % d'usagères dans les espaces publics et les squats. Il y a peu de renouvellement de génération.

	2006		2007		% 2007-2006	2008		% 2008-2007
	File active		File active			File active		
	4235	%	5318	%		4650	%	
Héroïne	678	16 %	532	10 %	-6 %	792	17 %	7,0 %
Cocaïne	720	17 %	1595	30 %	13 %	1184	25 %	-4,5 %
Crack	3134	74 %	3510	66 %	18,0 %	3380	73 %	6,7 %
Buprénorphine	1228	29 %	2499	47 %	-8,0 %	2287	49 %	2,2 %
Benzodiazépine	1228	29 %	1968	37 %	8 %	1445	31 %	-5,9 %
Ecstasy	169	4 %	319	6 %	2 %	180	4 %	-2,1 %
LSD	169	4 %	266	5 %	1 %	197	4 %	-0,8 %
Amphétamines	169	4 %	266	5 %	1 %	205	4 %	-0,6 %
Cannabis		60 %	2872	54 %	-6 %	2782	60 %	5,8 %
Sulfate de morphine	1228	29 %	1808	34 %	5 %	1207	26 %	-8,0 %
Alcool		43 %	2499	47 %	4 %	2562	55 %	8,1 %

c. Files actives et produits consommés

Le crack est le premier produit consommé, suivi du cannabis et de l'alcool, mais les opiacés (héroïne, buprénorphine et sulfate de morphine) sont aussi très présents. Avec le

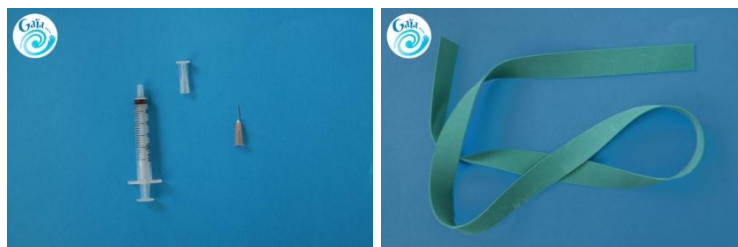
tabac, non présent dans ce tableau, mais consommé par 95,6 % de la file active en 2008, ces chiffres montrent une fréquentation par des usagers aux profils de polyconsommateurs aux modes multiples de consommations. La consommation de médicaments détournés de leurs usages (benzo) est loin d'y être négligeable.

	Centre d'accueil	STEP	Total CAARUD
Usager sans travail	88 %	73 %	78 %
Aucune ressource	49 %	31 %	37 %
Perçoit le RMI	32 %	35 %	34 %
Perçoit un salaire	6 %	21 %	16 %
Aucun logement	49 %	25 %	33 %
Squat	6 %	8 %	7 %
Logement personnel	21 %	37 %	31 %
Logement précaire	24 %	31 %	29 %
Ayant été en prison	68 %	56 %	60 %
Pas de pièce identité	40 %	22 %	28 %
Célibataire, divorcé, séparé	79 %	70 %	73 %
Ayant des enfants	48 %	38 %	42 %
Dont séparé de leurs entants	88 %	77 %	82 %
Ayant fait le dépistage VIH/VHB/VHC en 2008	41 %	77 %	64 %

d. Situation sociale et administrative de la file active

Les publics qui fréquentent cette structure rencontrent de nombreuses difficultés sociales : 37 % sont sans ressource alors que seulement 16 % touchent un salaire régulier. Ils sont 69 % sans logement durable (dont 33 % de SDF), 60 % ont connu la prison et 28 % n'ont pas de papier d'identité, beaucoup ont des problèmes familiaux. Malgré cela, le souci de leur santé reste important car 64 % ont fait un dépistage sérologique dans l'année.

Annexe VI. Principaux matériels de RdR mis à disposition



Matériel pour l'injection :
seringues, filtres,
coupelles et aiguilles
stériles ; garrot



Kit d'injection et contenant récupérateur de seringues usagées



**Embout stérile pour
pipe à crack et
Kit Base pour fumer
le crack**



Préservatifs féminin et masculin

Annexe VII. Les Bus de Gaïa



Le PPMU en place dans le secteur la gare du Nord, face à l'hôpital Lariboisière



L'intérieur du bus PPMU et ses paniers de matériels à distribuer



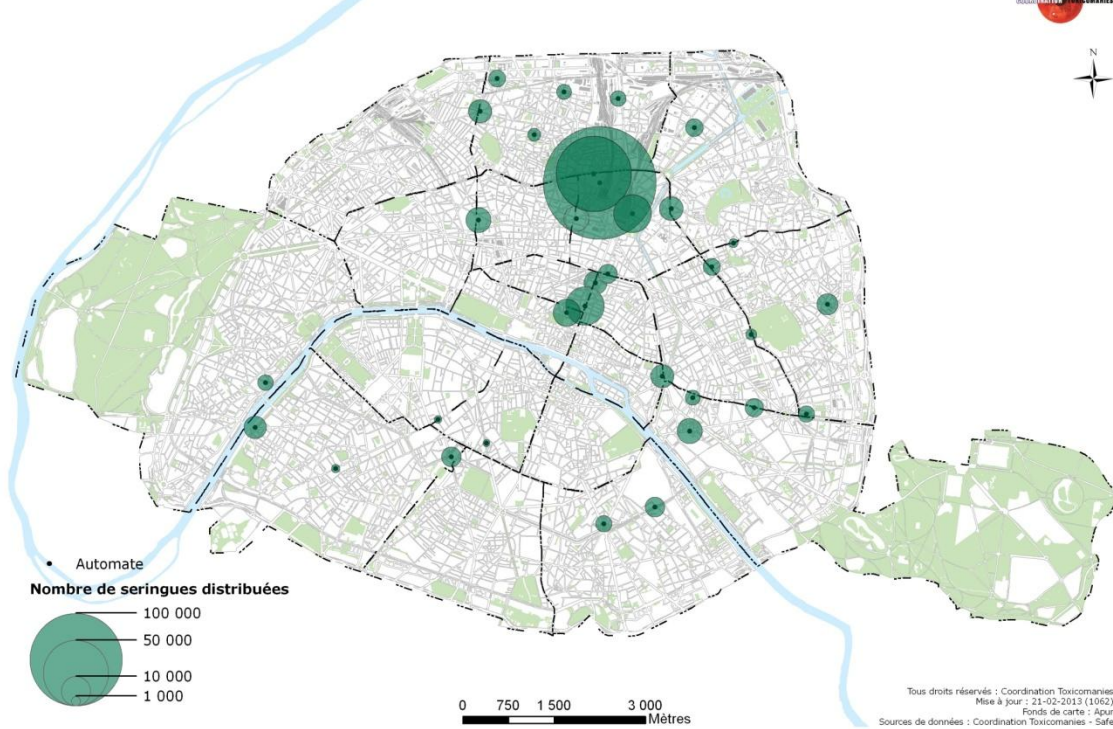
Le bus Méthadone



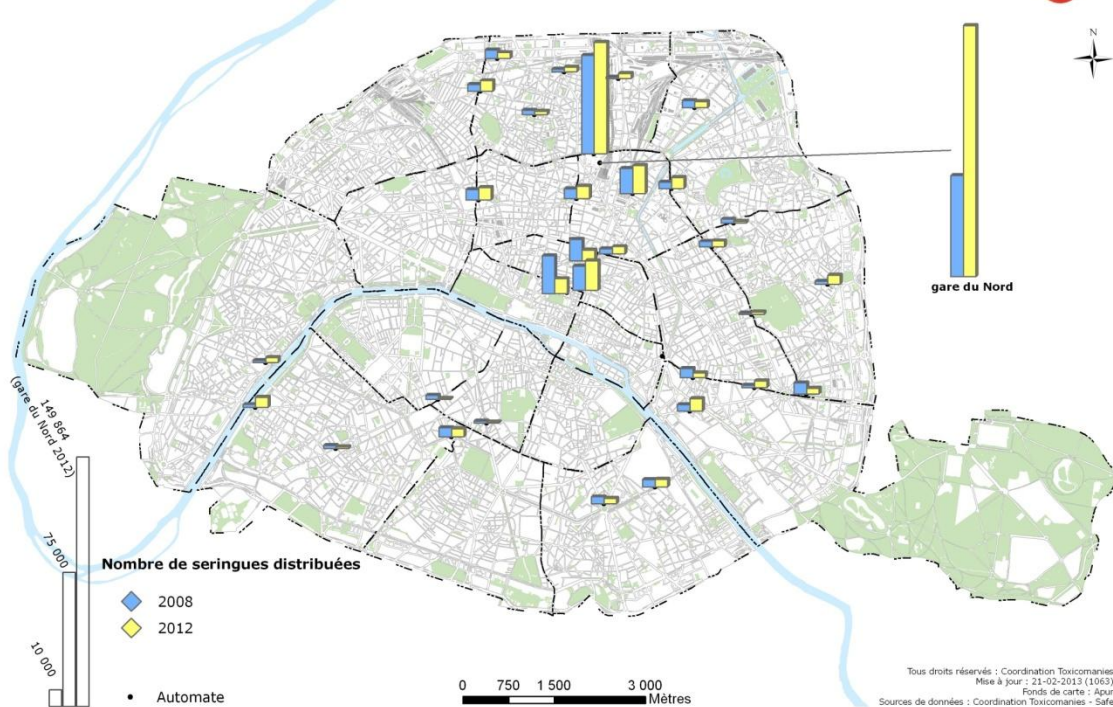
Le bus Méthadone, intérieur

Annexe VIII. Distribution et récupération de seringues

ACTIVITÉS DE DISTRIBUTION DES AUTOMATES SAFE EN 2012

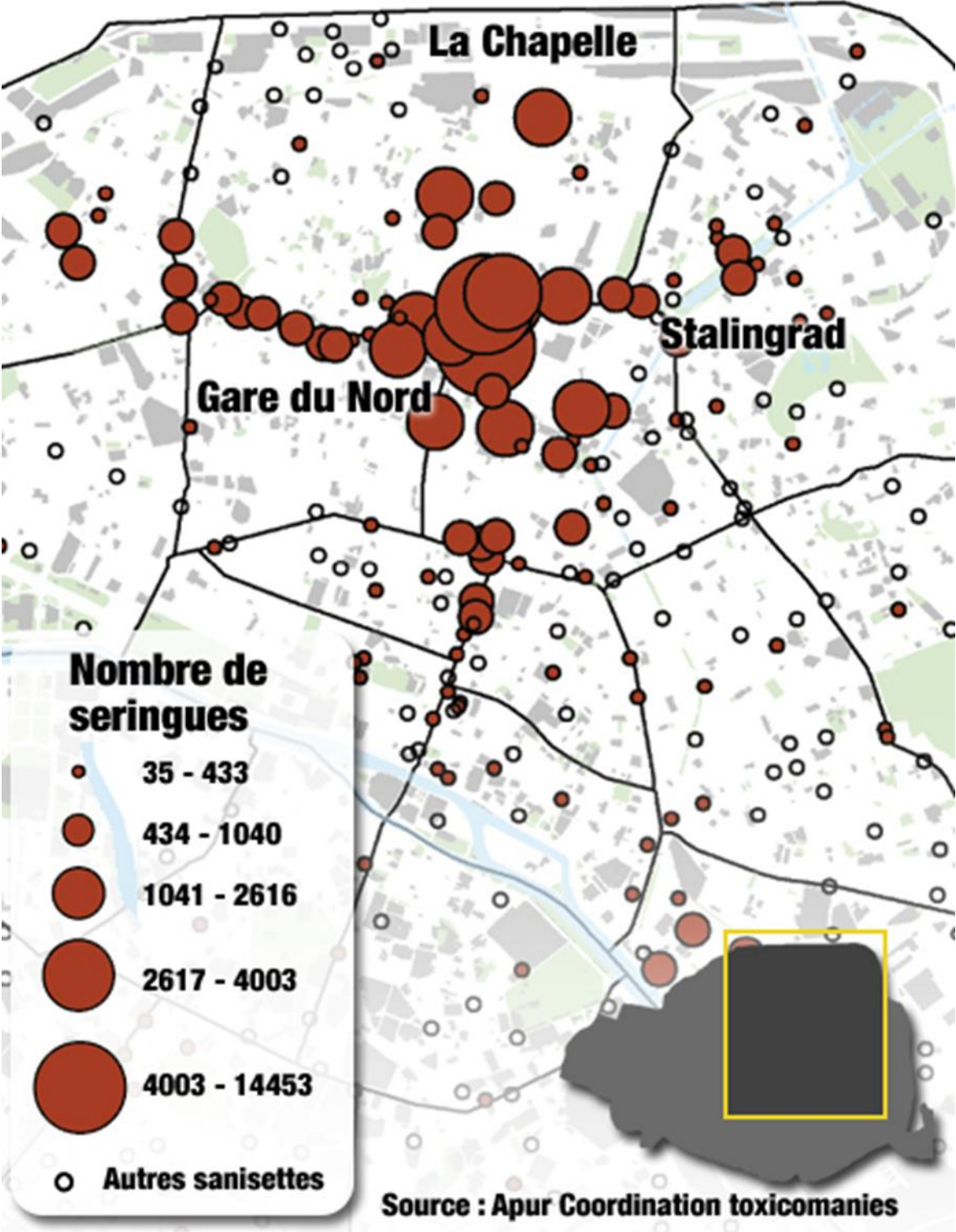


ACTIVITÉS DE DISTRIBUTION DES AUTOMATES SAFE ENTRE 2008 ET 2012



Source : Coordination Toxicomanie

Comptage des seringues abandonnées dans les sanisettes à Paris (extrapolation à l'année - 2011)



Annexe IX. Les positions des riverains de la SCMR

Des riverains opposants au projet



Les sites internet des opposants au projet :

<http://www.quartiers-lachapelle.fr/>

<http://www.parentscontreladrogue.com/>

MANIFESTATION

Samedi 6 Juillet à 11 h au 39 bd de la Chapelle

CONTRE UNE SALLE DE SHOOT* AU RABAIS

NOUS REFUSONS :

- **Une salle de shoot** prévue au 39 Bd de la Chapelle dans le quartier Chapelle/Gare du Nord:
 - à **moins de 300 mètres** de **8 établissements scolaires** ou **crèches** accueillant plus de 1400 enfants
 - à **proximité immédiate d'habitations** et de cours mitoyennes où jouent des enfants.
- **Une salle de shoot** qui crée, dans un quartier familial relativement épargné, un **second foyer de toxicomanie** proche de la Gare du Nord sans pour autant résorber celui de Lariboisière.
- **Une salle de shoot** qui aggrave l'**insécurité** liée à la drogue :
 - par la présence de toxicomanes désœuvrés
 - et de dealers suivant leur clientèle, cette salle ne fournissant ni drogue ni substitut.
- **Une salle de shoot** ne **proposant pas une aide systématique** à la sortie de la dépendance aux drogues.
- **Une salle de shoot** mettant en évidence le **désengagement de l'Etat**, qui délègue à une association un grave problème de santé publique.

NOUS EXIGEONS :

- **Une structure intégrée aux locaux de l'Hôpital Lariboisière** autour duquel gravitent déjà les toxicomanes.
- **Une structure médicale et sociale** qui accompagne systématiquement les toxicomanes vers la sortie de la dépendance.
- **Une structure** qui sonne le glas du **désengagement de l'État** et **s'inscrit dans un programme ambitieux à la hauteur de ce grave problème de santé publique.**
- **Une lutte véritable** contre le trafic de drogue.

Collectif Apolitique des Habitants Quartiers La Chapelle
Association Vivre Gares du Nord & Est



Signez la pétition en ligne sur :
www.quartiers-lachapelle.fr



Mail : nonalalledeshoot@gmail.com

* Salle de consommation de drogues

Les riverains soutiens du projet

Une page du blog d'Action Barbès

DROGUES ET PROHIBITION

mardi, 10 septembre 2013

L'article publié dans Le Parisien d'hier nous annonçant l'ouverture de la Salle de Consommation à Moindre Risque (SCMR) pour novembre prochain ne dit pas grand-chose sur sa future installation prévue depuis des mois le long des voies de la gare du Nord en contrebas du boulevard de la Chapelle. Contrairement au Parisien, nous continuons à nommer ce local une "salle de conso" (cf. [notre article du 23 juillet dernier](#)) et non une "salle de shoot", qui en soi révèle le regard négatif qu'on porte sur cette expérience. Plus, nous continuons à informer. En témoigne la vidéo découverte sur la toile tout récemment.

Cela nous vient du Canada ! Et c'est une interview qui remet les choses à leur place. [Line Beauchesne](#) est professeure titulaire au Département de criminologie de l'Université d'Ottawa. Elle étudie la prohibition depuis 20 ans. De cette politique des drogues, elle dresse trois constats : l'inutilité, la nuisance et le gaspillage. Inutile, d'abord, parce qu'interdire n'élimine aucunement l'accessibilité des produits illicites. Nuisible, ensuite, parce que la prohibition oblige l'argent à suivre la voie des marchés noirs ce qui renforce le pouvoir des mafias dont les réseaux sont maintenant mondialisés. Gaspillage, enfin, parce que 95 % des ressources publiques investies vont à la répression plutôt qu'au traitement et à la prévention. L'échec est donc total : éliminer la drogue est une utopie et les moyens mis de l'avant ne font qu'empirer la situation.

"Ce qu'il faut comprendre, c'est que la prohibition des drogues n'a rien à voir avec des questions de santé publique". Le ton est donné et les explications argumentées suivent. La vidéo dure 53 minutes. Oui, c'est long. Mais ce n'est pas trop pour y voir clair en pensant au projet de la SCMR.

Non, l'interdiction et la répression n'ont pas réglé le problème de la consommation de drogues. Ayons le courage de regarder cette question bien en face, abordons la d'une manière intelligente et pas en fonction de principes qui ne font qu'aggraver les choses.

À propos

Nous contacter

Courriel

action.barbes@gmail.com

Suivre @ActionBarbes

Adhésion à Action Barbès

Bulletin d'adhésion

Catégories

- Actualités
- Brèves
- Circulation & voirie
- Commerce
- Convivialité
- Culture
- Dans le 9ème
- Dans le 10ème
- Dans le 18ème
- Démocratie locale
- Economie
- Environnement
- Histoire
- Histoire Louxor
- Prévention & sécurité
- Propreté
- Social & solidarité
- Transports
- Urbanisme

<http://actionbarbes.blogspot.com/social-solidarite/> consulté le 10/09/2013

D'autres pages du blog concernent l'ouverture de la SCMR, dont celle de l'entretien avec M. Remi Ferraud, maire du 10^e arrondissement :

<http://actionbarbes.blogspot.com/archive/2013/07/22/salle-de-consommation-rencontres-avec-remi-ferraud-et-gaia.html>

Annexe X. Synthèse du projet de SCMR défini par GAÏA

Intitulé : Diminuer les contaminations VIH, hépatites, les risques d'overdoses et les consommations en scène ouverte en renforçant les outils de Réduction des Risques par la création d'une salle de consommation à moindre risques et à visée éducative

Durée : 3 ans

Localisation : Paris

Objectif général :

Réduire la mortalité, la morbidité, l'exclusion sociale et les troubles à l'ordre public liés à la consommation de drogues en espace urbain au sein d'une salle de consommation à moindre risques et à visée éducative ayant vocation à offrir un modèle d'intervention aux acteurs français de la RdR

Objectifs spécifiques

Objectif spécifique 1	Entrer en contact, améliorer la santé et favoriser l'insertion sociale des usagers de drogues les plus marginalisés
Objectif spécifique 2	Promouvoir l'éducation aux risques liés à l'injection et à tout autre mode de consommation afin de réduire les contaminations VIH et hépatites et les risques d'overdoses
Objectif spécifique 3	Réduire les nuisances associées à l'usage de drogues en milieu urbain
Objectif spécifique 4	Contribuer à la formation des professionnels et à la recherche dans le champ de la RdR

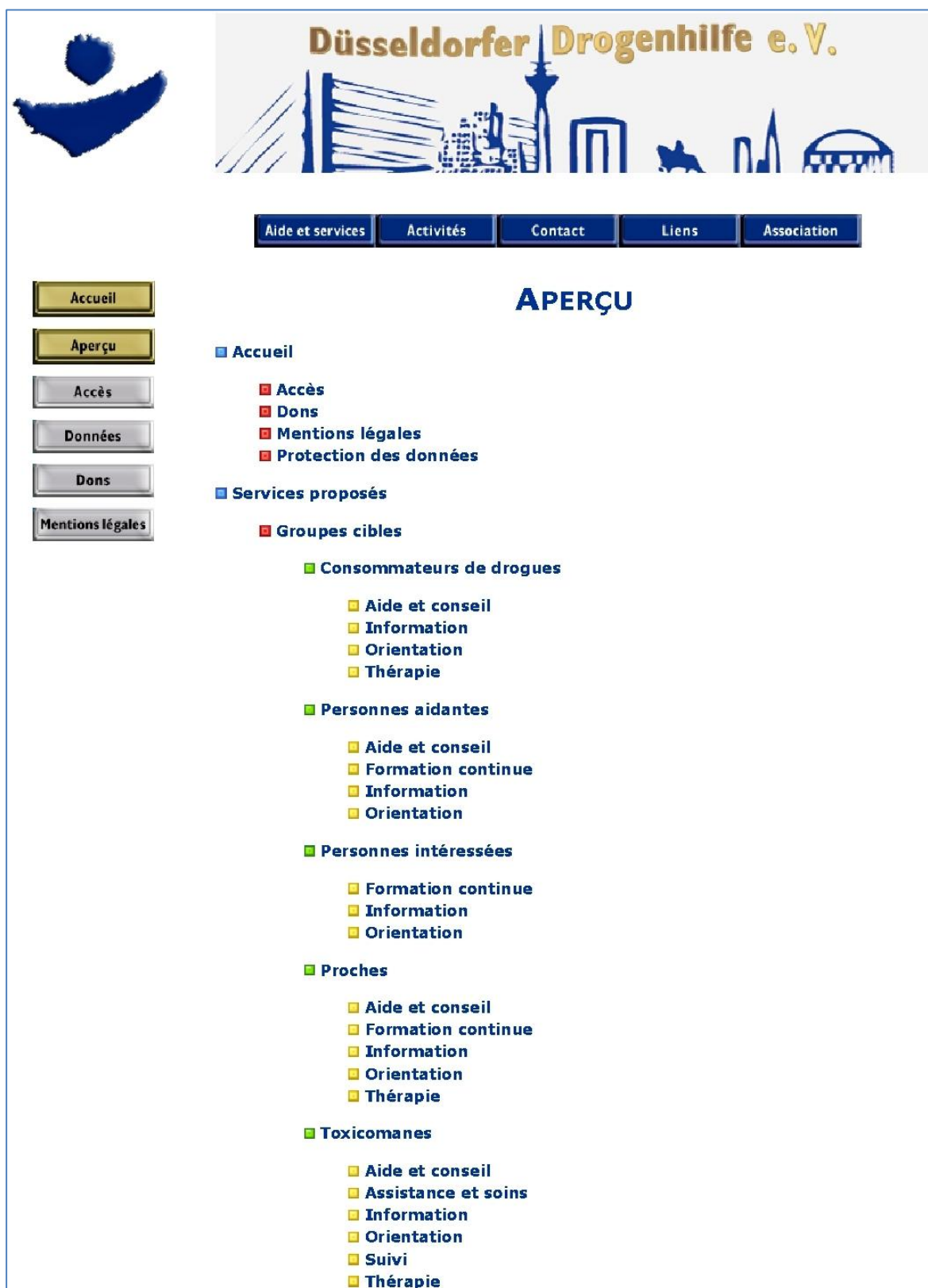
Résultats attendus

OS 1 : Entrer en contact, améliorer la santé et favoriser l'insertion sociale des usagers de drogues les plus marginalisés	
Résultat 1.1	Le programme a permis d'accueillir des usagers de drogue marginalisés qui ont pu consommer dans un environnement adapté sur le plan sanitaire et associé à un accompagnement global
Résultat 1.2	Le programme a permis d'améliorer et stabiliser l'état général des usagers au regard de leur santé et leur permettre d'être orientés vers des centres de soins/logement
Résultat 1.3.	Le programme a permis d'entrer en contact avec des usagers qui n'avaient aucun suivi avec des structures de soins existantes
Résultat 1.4.	Les surdoses ont été prises en charge
Résultat 1.5.	Le programme permet aux usagers d'avoir accès aux TSO et au sevrage
Résultat 1.6.	Les usagers sont responsabilisés et participent à la mise en œuvre du projet

OS 2 : Promouvoir l'éducation aux risques liés à l'injection et à tout autre mode de consommation afin de réduire les contaminations VIH et hépatites et les risques d'overdoses	
Résultat 2.1.	Les intervenants sont formés à l'approche éducative liée à la pratique d'injection et de consommation en général
Résultat 2.2.	Les usagers ont une meilleure connaissance des risques associés à leurs pratiques
Résultat 2.3	Les usagers ont accès aux tests de dépistage VIH et hépatites et ont connaissance de leur statut sérologique
Résultat 2.4	L'accès aux soins somatiques est amélioré
OS 3 : Réduire les nuisances associées à l'usage de drogues en milieu urbain	
Résultat 3.1.	Les problèmes de sécurité en termes de matériel usagé et de troubles du voisinage ont baissé, ainsi que les consommations dans les lieux publics
Résultat 3.2.	Les relations avec le voisinage et les forces de l'ordre/SUJE sont apaisées et régulées
Résultat 3.3.	Le programme est compris et accepté
OS 4 : Contribuer à la formation des professionnels et à la recherche dans le champ de la RdR	
Résultat 4.1.	Des stagiaires ou des membres d'équipes d'autres structures sont formés
Résultat 4.2.	La réflexion sur les pratiques de consommation est engagée
Résultat 4.3	Des études sont en cours et des partenariats sont établis avec des centres de recherche

Annexe XI. SCMR : un exemple allemand

Quatre pages en français tirées du site de Düsseldorf Drogenhilfe e.V. (traduction approximative : association « dusseldorfoise d'aide au sujet des drogues »). C'est un site très riche, trilingue, qui montre l'étendue des actions proposées par cette association qui porte une SCMR.



The screenshot shows the website for 'Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.'. At the top left is a logo of a person with arms raised. To the right is the title 'Düsseldorfer Drogenhilfe e.V.' above a blue silhouette of the Düsseldorf skyline. Below this is a horizontal navigation bar with buttons for 'Aide et services', 'Activités', 'Contact', 'Liens', and 'Association'. On the left side, there is a vertical menu with buttons for 'Accueil', 'Aperçu', 'Accès', 'Données', 'Dons', and 'Mentions légales'. The main content area is titled 'APERÇU' and contains a list of services under the heading 'Accueil'. The services are organized into categories with sub-items:

- **Accueil**
 - Accès
 - Dons
 - Mentions légales
 - Protection des données
- **Services proposés**
 - **Groupes cibles**
 - **Consommateurs de drogues**
 - Aide et conseil
 - Information
 - Orientation
 - Thérapie
 - **Personnes aidantes**
 - Aide et conseil
 - Formation continue
 - Information
 - Orientation
 - **Personnes intéressées**
 - Formation continue
 - Information
 - Orientation
 - **Proches**
 - Aide et conseil
 - Formation continue
 - Information
 - Orientation
 - Thérapie
 - **Toxicomanes**
 - Aide et conseil
 - Assistance et soins
 - Information
 - Orientation
 - Suivi
 - Thérapie

■ Services proposés

- Aide et conseil
- Aide médicale ambulatoire
- Centre d'accueil de nuit
- Consultation juridique
- Consultation mobile
- Consultation par e-mail
- Information
- Logement
- Orientation
- Point de contact
- Prévention de la dépendance
- Salle de consommation
- Thérapie

■ Activités

■ Formations continues

- Conseil d'équipes
- Courte intervention de motivation
- Premiers secours

■ Manifestations

- Journée de la Femme
- Journée de souvenir

■ Contact

- Commandes
- Téléchargement
- Message
- Inscription

■ Liens

- Désintoxication
- Thérapie

■ L'association

- Histoire
- Membres
- Organigramme
- Personnel
- Philosophie
- Qualité



Düsseldorfer Drogenhilfe e. V.
Erkrather Str. 18 - 40233 Düsseldorf
téléphone: 02 11 301 44 60 + fax: 02 11 301 44 62 01 + e-mail: duesseldorfer@drogenhilfe.eu

Di. 2012-08-28

Liens vers le site :

<http://www.drogenhilfe.eu/>

http://www.drogenhilfe.eu/franzoesisch/index_f.html

[Accueil](#)[Aperçu](#)[Aide et services](#)[Accueil de nuit](#)[Aide et conseil](#)[Aide médicale](#)[Conseil juridique](#)[E-mail](#)[Information](#)[Logement](#)[Mobile](#)[Orientation](#)[Point de contact](#)[Prévention](#)[Salle d'injection](#)[Thérapie](#)[Accès](#)[Données](#)[Dons](#)[Mentions légales](#)

SALLE DE CONSOMMATION

■ La première **salle de consommation** de Düsseldorf a été ouverte le 28 décembre dans l'arrière-cour du

- DrogenHilfeCentrum - Centre d'aide aux toxicomanes
Erkrather Str. 18 - 40233 Düsseldorf-Stadtmitte (centre-ville)
Téléphone 02 11 301 44 60 et télécopie 02 11 301 44 62 01

■ Horaires d'ouverture :

- Du lundi au vendredi de 8h30 à 19h30
- Le samedi, le dimanche et les jours fériés de 12h00 à 19h30

■ Pour avoir accès à la **salle de consommation**, les toxicomanes

- doivent être majeurs,
- vivent principalement à Düsseldorf et
- ne pas bénéficier d'un traitement de substitution.

■ Seules les **drogues apportées** peuvent être consommées.

■ Les nouveaux consommateurs et les consommateurs occasionnels n'y ont pas accès.

■ Cet endroit vous permet de **consommer des drogues** (opiacés, cocaïne, amphétamines et leurs dérivés) **dans de bonnes conditions d'hygiène** :

- par voie intraveineuse, par inhalation ou par voie orale
- distribution gratuite de seringues et d'instruments de fumeurs stériles
- prêt de garrots et de briquets
- aide médicalisée en cas d'urgence

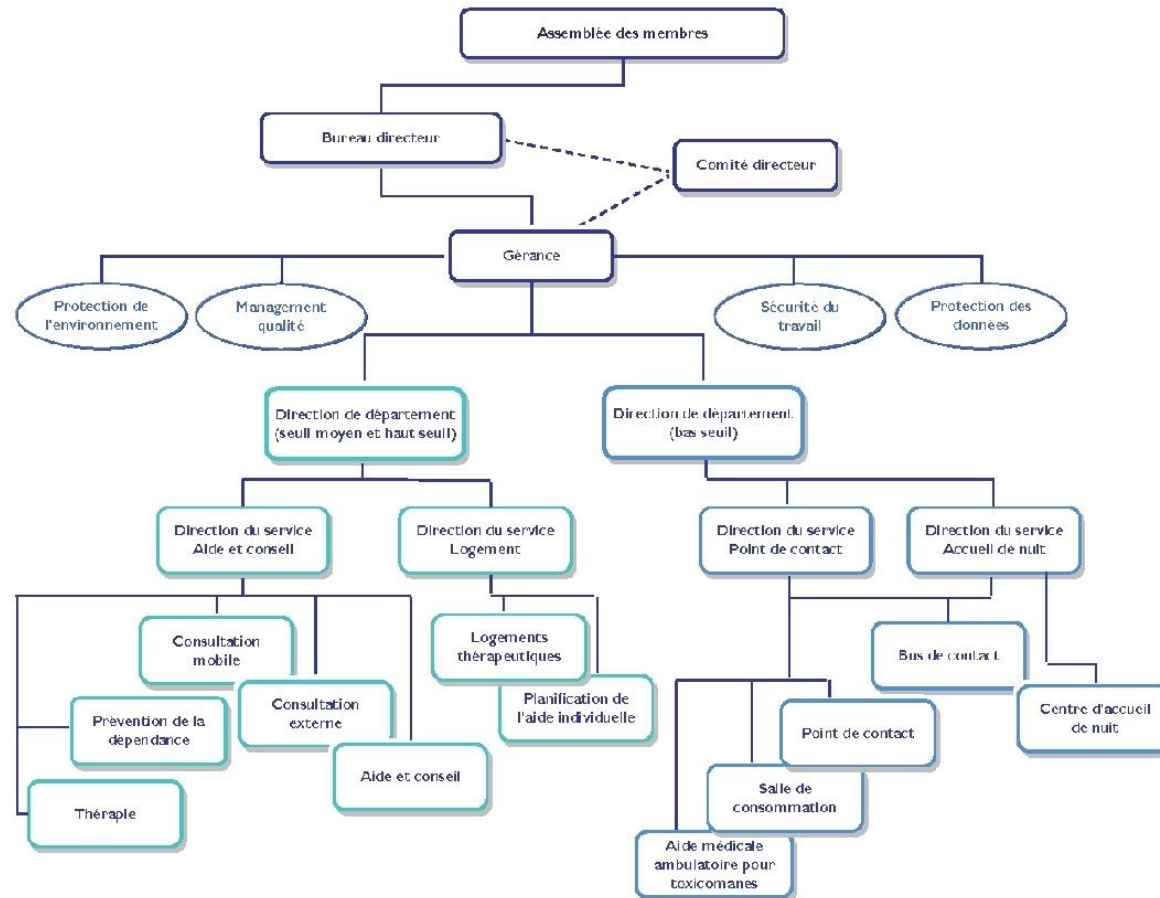
■ **Information et conseil**

- prévention des maladies infectieuses comme les hépatites et le VIH
- pratiques de consommation limitant les dommages
- questions juridiques concernant les drogues illicites
- possibilités de traitements de substitution
- solutions pour arrêter de prendre des drogues et faire une thérapie

■ **Orientation**

- vers le service d'aide médicale ambulatoire pour toxicomanes (Drogentherapeutische Ambulanz) au Centre d'aide aux toxicomanes (DrogenHilfeCentrum)
- vers tous les services proposés de la Düsseldorfer Drogenhilfe e. V.
- vers des structures d'aide sociale, médicale et autres

■ Vos interlocuteurs : Jutta Eisenhauer-Jarju



... pour que le présent construise l'avenir!

BOWEN

Jean-François

Septembre 2013

**Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement
ou de service d'intervention sociale**

ETABLISSEMENT DE FORMATION : IRTS Ile de France

**OUVRIR, AU BÉNÉFICE DES DROITS ET DE LA SANTÉ DES USAGERS DE
DROGUES, UNE SCMR DANS UN CADRE COOPÉRATIF**

Résumé :

La loi de 1970, socle des politiques publiques sur les drogues, est un frein aux innovations sanitaires et sociales et aux débats devenus incontournables.

Aujourd'hui, la société doit faire face à de nouveaux enjeux dans l'accompagnement des usagers de drogues vers des consommations moins risquées, notamment en matière d'injection. Il s'agit d'enrayer les épidémies touchant ce public, notamment celle du VHC.

Dans ce contexte, l'association Gaïa Paris a obtenu l'autorisation d'ouvrir une Salle de Consommation à Moindres Risques (SCMR) dans le Nord-Est parisien. Elle s'appuie, pour mener à bien ce projet, sur son expérience de réduction des risques et des cadres de travail coopératif. Malgré les risques liés au contexte de la « guerre à la drogue », elle est un pas de plus vers une révision des politiques publiques concernant les drogues.

Mots clés :

Drogues – Réduction des risques – Salle de consommation à moindres risques – Contaminations – Overdose – Santé – Précarité – Citoyenneté – Éthique – Droit – Politiques publiques – Tranquillité publique

L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.