Université de Rennes 1
Faculté de Droit et de Science Politique
École des Hautes Études en Santé publique

Master 2 Droit de la santé

Parcours « Droit et éthique des professions et institutions de santé »

SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE ET RÉDUCTION DES RISQUES

Paul TIREL

Septembre 2022

Sous la direction de Monsieur Jean-Marie ANDRÉ, Enseignant-chercheur de l'École des Hautes Études en Santé Publique, Directeur du département des Sciences Humaines et Sociales et des Comportements de Santé.

Membres du jury :

- Monsieur le Professeur Jean-Marie ANDRÉ, Enseignant-chercheur de l'École des Hautes Études en Santé Publique et directeur de mémoire.

- Monsieur le Maître de conférences François LEBORGNE, directeur de l'Institut d'Études Judiciaires de Rennes 1 et du Master 2 « Contentieux judiciaires » dispensé à la Faculté de droit de Rennes.

La faculté de Droit et de Science politique de Rennes 1 et l'École des Hautes Études en Santé Publique n'entendent donner aucune approbation, ni improbation aux propos émis dans ce mémoire. Ces propos doivent être considérés comme propres à leur auteur.

Université de Rennes 1
Faculté de Droit et de Science Politique
École des Hautes Études en Santé publique

Master 2 Droit de la santé

Parcours « Droit et éthique des professions et institutions de santé »

SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE ET RÉDUCTION DES RISQUES

Paul TIREL

Septembre 2022

Sous la direction de Monsieur Jean-Marie ANDRÉ, Enseignant-chercheur de l'École des Hautes Études en Santé Publique, Directeur du département des Sciences Humaines et Sociales et des Comportements de Santé.

Membres du jury :

- Monsieur le Professeur Jean-Marie ANDRÉ, Enseignant-chercheur de l'École des Hautes Études en Santé Publique et directeur de mémoire.

- Monsieur le Maître de conférences François LEBORGNE, directeur de l'Institut d'Études Judiciaires de Rennes 1 et du Master 2 « Contentieux judiciaires » dispensé à la Faculté de droit de Rennes.

Remerciements

En premier lieu, je tiens à remercier très sincèrement Monsieur le Professeur Jean-Marie ANDRÉ, mon directeur de mémoire. À ce titre, je tenais à témoigner de ma gratitude pour son accompagnement tout au long de ce mémoire, la qualité de ses conseils, sa bienveillance et sa disponibilité.

Mes remerciements vont également à Sonia MOREAU et à l'ensemble de l'équipe du CAARUD de Rennes pour m'avoir accueilli avec bienveillance pendant deux mois. La qualité des informations délivrées, leurs connaissances en matière de réduction des risques et leur expérience ont grandement contribué à l'écriture de ce mémoire.

Enfin, je tenais à remercier les consommateurs de substances psychoactives du CAARUD de Rennes qui ont accepté de répondre avec honnêteté à mes nombreuses questions. Leurs témoignages ont été très précieux et m'ont permis de mieux appréhender les enjeux liés à la notion de réduction des risques et au développement des salles de consommation à moindre risque en France.

Sommaire

INTRODUCTION

PARTIE 1 - LES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE, UN INSTRUMENT DESTINÉ A LA RÉDUCTION DES RISQUES

Chapitre 1 - La politique de réduction des risques comme base légale à la création des salles de consommation à moindre risque

Chapitre 2 - Les salles de consommation à moindre risque, outils pertinents dans la mise en oeuvre de la politique de réduction des risques

PARTIE 2 - LES SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE, UN INSTRUMENT EFFICACE DANS LA LUTTE POUR LA REDUCTION DES RISQUES ?

Chapitre 1 - Une réduction des risques constatée attribuable aux salles de consommation à moindre risque

Chapitre 2 - Une efficacité des salles de consommation à moindre risque à nuancer

CONCLUSION

Lexique

AAH : Allocation aux Adultes handicapés

AERLI : Accompagnement et Éducation aux Risques liés à l'Injection

AMPTA : Association Méditerranéenne de Prévention et de Traitement des Addictions

ANRS : Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales

ANT : Association Nationale Transgenre

ARS : Agence Régionale de Santé

ASUD : AutoSupport des Usagers de Drogues

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

CIS : Centre d'Injection Supervisé

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

CSP : Code de la Santé Publique

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGS : Direction Générale de la Santé

HSA : Halte Soins Addictions

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

IREP : Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance

LUDIC : Libres, Usagers de Drogues Informés et Citoyens

MdM : Médecins du Monde

MILAD : Mission de Lutte AntiDrogue

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

MILDT : Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie

MST : Maladie Sexuellement Transmissible

NIMBY : Not In My Back Yard

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PES : Programme d'Echange de Seringues

PQIS : Personnes Qui Injectent des Substances

RSA : Revenu de Solidarité Active

RDR : Réduction Des Risques

SCMR : Salle de Consommation à Moindre Risque

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

« Il n'y a pas de société sans drogues, il n'y en a jamais eu. Il n'y a pas non plus de solution miracle, ni en France, ni dans aucun pays. En revanche, il existe des réponses efficaces afin d'éviter les consommations dangereuses et de réduire les risques lorsqu'il y a usage. » C'est ce qu'avait publiquement affirmé la présidente de la MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, maintenant appelée MILDECA), Nicole Maestracci, lors du lancement de la campagne de communication sur les substances psychoactives « Drogues : savoir plus, risquer moins » en 2000. L'objectif de cette campagne était d'aborder concrètement et sans équivoques, les risques associés à la consommation de substances psychoactives, licites comme illicites. A cette occasion, un livre éponyme avait été édité et des spots télévisés diffusés. L'idée, avec ce livre, était de créer un ouvrage de référence sur les produits psychoactifs. Le livre d'information de 146 pages abordait chaque produit individuellement, évoquait leur composition, leur apparence, les effets et les dangers associés, les risques de dépendance, ou encore le cadre législatif. L'esprit qui entoura cette campagne de sensibilisation fut empreint de rupture avec le dogme de l'époque qui dictait la mise en oeuvre des stratégies de santé publique relatives aux substances psychoactives. En effet, en 2000, le concept de réduction des risques (RDR) n'était pas encore consacré par le Législateur et ne s'imposait pas comme une composante à part entière des politiques de santé publique. La doxa issue de la loi du 31 décembre 1970 réprimait et condamnait sans relâche l'usage de substances psychoactives. L'objectif n'était pas d'aider le consommateur à réduire les risques qu'il représentait pour lui et le reste de la population mais de le sanctionner purement et simplement. Par cette déclaration, Nicole Maestracci est venue légitimer l'action de la MILDT : puisqu'il est impossible de lutter contre la consommation de substances psychoactives, il faut l'encadrer ou du moins, mettre en place des instruments destinés à réduire les risques liés à l'usage de ces produits. C'est exactement l'esprit qui entoure le concept de RDR.

En 2010, dans son rapport « Réduction des risques chez les usagers de drogues, synthèse et recommandations », l'INSERM (Institut national de la santé et de la rechercher médicale) définit la RDR de manière exhaustive : *« La politique de réduction des risques englobe des stratégies appartenant à la prévention des usages de substances psychoactives (prévention du passage à l'injection par exemple), à la réduction des risques liées à l'usage de telles substances (prévention du passage à l'injection, prévention du risque infectieux par l'accès à du matériel stérile par exemple), à la prise en charge de la dépendance sous toutes ses formes (sevrage, psychothérapie, traitements de substitution aux opiacés, autres traitements…). Elle a également comme objectifs de favoriser l'accès à des populations éloignées des structures de soins par la mise en place de dispositifs allant à la rencontre des individus, et n'attendant pas que les usagers de drogues soient prêts à faire la démarche. Afin d'être réellement efficace, la politique de réduction des risques doit prendre en compte les changements des pratiques (produits et modalités de consommation), des profils des consommateurs ainsi que des contextes de consommation. »*[1] L'INSERM ajoute que : *« Le dispositif de réduction des risques est bâti à la fois sur des structures, des programmes et des actions complémentaires. Il a pour objectif la prévention du risque infectieux par la mise à disposition de matériel d'injection stérile, la diffusion de messages préventifs, l'accès au dépistage pour une population à haut risque, la prescription de traitements de substitution aux opiacés (TSO) et l'appui aux usagers dans l'accès aux soins, aux droits, au logement et à l'insertion professionnelle. »*[2] Parmi ces structures de RDR à destination des usagers de substances psychoactives, les controversées SCMR, les salles de consommation à moindre risque. Nées en 1986, les salles de consommation sont des centres créés pour offrir aux usagers de produits psychoactifs, un lieu sécurisé qui leur permet de consommer leur produit dans des conditions d'hygiène adéquates et sous la supervision d'intervenants formés à la RDR, capables d'expliquer les risques liés à l'usage et de recommander des pratiques de consommation plus sûres. Il convient de préciser que les produits ne sont pas fournis par les SCMR et que les intervenants n'aident en aucun cas les usagers à consommer.

---

[1] INSERM 2010. « Synthèse », *Réduction des risques chez les usagers de drogues*, p.9. Disponible à l'adresse : https://cdn.paris.fr/paris/2020/10/06/0a091cdfa54ff3bd0b91bfdbbf6b6ee6.pdf

[2] INSERM 2010. « Accès aux dispositifs de réduction des risques en France », *Réduction des risques chez les usagers de drogues*, p.32. Disponible à l'adresse : https://cdn.paris.fr/paris/2020/10/06/0a091cdfa54ff3bd0b91bfdbbf6b6ee6.pdf

Ces SCMR sont communément surnommées « salle de shoot » par les médias avec toutes les contrariétés simplificatrices et réductrices que l'on peut deviner.
D'abord, les SCMR concernent aussi la consommation par inhalation contrairement à ce que laisse entendre le terme de « shoot » qui fait référence à la consommation par voie intraveineuse. Ensuite, ces salles ne sont pas seulement des endroits destinés à la consommation. Ce sont aussi des lieux d'accueil, d'accompagnement et d'orientation avec la présence de travailleurs sociaux. Enfin, le terme de « shoot » véhicule une image caricaturale du « junky » sale et irresponsable, ce qui renforce leur rejet par le grand public.
C'est la loi du 26 janvier 2016 intitulée « modernisation de notre système de santé » et son article 43 qui viennent autoriser, à des conditions très précises et au terme d'une procédure de concertation très lourde, l'expérimentation des SCMR en France. Au lendemain de cette approbation législative, deux SCMR ont été inaugurées dans deux villes différentes : Paris et Strasbourg. Cette innovation législative marque un tournant dans la politique française de réduction des risques à destination des usagers de substances psychoactives. En effet, la notion de RDR s'est développée en France par des stratégies souvent en marge de la légalité, en dehors de tout cadre juridique, par la mise en place de lieux d'accueil, par la distribution de matériels stériles destinés à la consommation, ou encore par la prescription de TSO (traitements de substitution aux opiacés). Ce n'est qu'au terme d'une lutte acharnée, menée par ses partisans, que la RDR fut consacrée par le Législateur, comme composante intégrante des politiques de santé publique, le 9 août 2004. Ce concept de RDR est né des expériences étrangères, notamment menées en Grande-Bretagne, au Pays-Bas et en Suisse. En effet, dès 1926, la commission Rolleston fait état de l'efficacité de la RDR au Royaume-Uni et développe l'accès aux traitements de substitution aux opiacés (TSO). Au Pays-Bas, les premières mesures de RDR voient le jour à la fin des années 70 en pleine épidémie d'hépatite B. En outre les premiers programmes d'échange de seringues apparaissent en 1984.

Enfin, la RDR devient l'une des priorités des pouvoirs publics helvètes dès 1990 face à l'explosion des scènes ouvertes où se multiplient les consommateurs et où les cas de contaminations au VIH pullulent. A partir de 1987, une scène de consommation émerge à Zurich jusqu'à devenir en quelques années, la plus grande scène ouverte d'Europe, avec jusqu'à 3000 consommateurs, avant son démantèlement en 1992 *(Cf : annexe n°1).* À la fin des années 80, l'Office fédéral de la santé publique distribue quotidiennement plus de 9000 seringues[3] pour réduire les partages de matériels entre consommateurs. Face à la diminution de l'incidence du VIH observée mais à la hausse de la criminalité, la Suisse va au début de l'année 1991, remettre en cause sa politique répressive des usagers pour une politique dite des « quatre piliers » et mettre en avant la prévention, la thérapie, la réduction des risques et enfin, la répression. Des programmes d'échanges seringues, de substitution à la méthadone sont mis en place. *« L'humain et non la drogue doit être placé au centre de la réflexion actuelle »* : c'est ce qu'avait affirmé Alain Berset, ministre suisse de la Santé, lors de sa présentation de la stratégie des « quatre piliers », à l'ONU pendant la session extraordinaire consacrée aux stupéfiants en 2016. C'est d'ailleurs cette nouvelle politique initiée au début des années 90 qui va autoriser l'implantation des premières SCMR en Suisse dont la première est apparue à Berne, en 1986, hors de tout cadre légal. Effectivement, cette première salle a officieusement été installée dans le café d'un centre de santé géré par le gouvernement. Suite à des négociations avec la police et les responsables politiques locaux et face au constat que la politique de « traque aux toxicomanes » était contreproductive dans l'accès aux outils de RDR (test VIH, accès aux seringues stériles à usage unique, etc…), le café va être autorisé à continuer ses activités. Renonçant à l'idéal d'éradication des substances psychoactives illicites, l'approche retenue par les Helvètes propose de « vivre avec » tout en réduisant les risques sanitaires qui leur sont associés. Durant les années 90, treize SCMR seront implantées en Suisse. L'Allemagne va être confrontée aux mêmes problématiques dans les années 90 : des salles ouvertes de consommation se créent, les virus prolifèrent et des centaines de consommateurs meurent d'overdose. Certains Länder allemands soutiennent que l'assistance aux consommateurs est plus importante que la sanction et des salles de consommation ouvrent alors dans plusieurs villes.

---

[3] CHAPPARD Pierre, COUTERON Jean-Pierre, 2016. « Le péché originel, ou la loi de 1970 et la pénalisation de l'usage ». *Salle de shoot - Les salles d'injections supervisée à l'heure du débat français*. Paris : Editions La Découverte, p.23

En 2000, un amendement est adopté et les salles sont légalisées. Il en existe aujourd'hui 25 en Allemagne. Les Pays-Bas vont aborder la problématique d'une manière assez originale en « normalisant » les usagers de produits psychoactifs. Plutôt que les isoler et les marginaliser, ils vont être intégrés à la société. L'usage n'est pas prohibé et la possession moins réprimée qu'ailleurs. Des espaces d'accueil à destination des consommateurs vont apparaitre dès 1971 à Amsterdam avec la création du premier « chill-out » qui permet aux usagers d'acide de venir se reposer après un « bad trip ». Le « HUK », institut financé par la ville, ouvre ses portes en 1974. Il accueille les usagers, offre des repas, distribue du matériel de consommation, la vente de produits y est même autorisée. Les premières doses de méthadone sont distribuées dès 1969. Toutes ces mesures vont porter leurs fruits : lorsque le VIH se répand en Europe dans les années 80, les Pays-Bas ont le taux de contamination le plus bas du Vieux Continent. A l'heure actuelle, il existe 22 SCMR au Pays-Bas. A partir des années 2000, d'autres pays comme l'Australie, l'Espagne, le Canada ou la Norvège décident d'ouvrir des structures de ce type.

Ces expériences étrangères ne vont pas laisser indifférents les partisans de la RDR en France. Le 6 octobre 1994, en pleine épidémie de sida où le virus fait des ravages, notamment auprès des consommateurs de substances psychoactives, et en l'absence d'outils efficaces de RDR, l'association ASUD (Autosupport des usagers de drogues) Montpellier décide avec l'appui financier d'un curé, d'ouvrir la première SCMR de France. Cependant, contrairement aux SCMR où la consommation de n'importe quelle substance est acceptée, la centaine d'usagers quotidiens n'est autorisée qu'à consommer des produits de substitution. C'est d'ailleurs sur cet argument que l'association va s'appuyer pour ouvrir la salle. En effet, il existe un vide juridique puisqu'aucun texte n'interdit l'injection de ces médicaments ce qui va empêcher le gouvernement de l'époque d'agir. L'expérience va malheureusement tourner court. Le 31 juillet 1995, au bout de quelques mois et suite à l'overdose d'une jeune femme mineure, la justice va engager des poursuites contre l'association qui bénéficiera finalement d'un non-lieu. En France, le débat sur l'ouverture de SCMR est réapparu en 2001 à la faveur d'un colloque organisé par l'association d'auto support, LUDIC (Libres, usagers de drogues informées et citoyens). Le constat est le suivant : il manque de places pour les usagers dans les villes françaises. De nombreux consommateurs français traversent la frontière pour se rendre dans les SCMR suisses qui ne peuvent plus assumer cet afflux.

Malgré son retentissement national, le colloque n'aboutira à aucune évolution législative. Pire, l'arrivée au ministère de l'Intérieur de Nicolas Sarkozy en 2002 et la nomination d'un nouveau président de la MILDT remettent en cause l'approche défendue par Nicole Maestracci. Un rapport sénatorial au nom évocateur est publié en 2003, « Drogue, l'autre cancer ». On assiste alors à un retour en force des politiques répressives à l'encontre des usagers qui s'accompagne d'un détricotage des avancées réalisées en matière de RDR. Malgré tout, en 2004, forcé de reconnaitre que les politiques de RDR, avec notamment l'instauration des PES et des TSO, fonctionnent, le Premier Ministre va donner un statut légal au concept de RDR avec la loi du 9 août 2004 et l'article L.3121-4 du Code de la santé publique. Après une période de sept ans marquée par un retour à l'esprit coercitif de la loi de 1970, le Collectif du 19 mai va inaugurer en 2009 une SCMR transitoire et appeler les politiques et la Presse à venir la visiter. Cet évènement va obtenir un écho retentissant dans les médias et contribuer à démocratiser le débat sur l'ouverture de salles de consommation en France.

En 2010, l'INSERM publie un rapport décisif sur la RDR et les usagers de drogues, et se déclare favorable à l'expérimentation des salles de consommation en France. C'est deux ans après, avec l'arrivée au pouvoir d'un Président et d'un gouvernement de gauche, que le débat va s'accélérer. Le 18 novembre 2012, la ministre de la Santé, Marisol Touraine, déclare que des SCRM seront expérimentées dès 2013.

Ainsi, au début du mois de février 2013, le Gouvernement donne son accord pour expérimenter une SCMR dans le quartier de la gare du Nord à Paris. Cependant, le 8 octobre de la même année, le Conseil d'État rend un avis négatif sur l'implantation de la salle[4]. Les Juges estiment que cette structure n'est pas conforme à la loi du 31 décembre 1970 qui réprime la consommation de substances psychoactives illicites. Ils recommandent alors d'inscrire dans la loi le principe de ce dispositif pour plus de garantie juridique. C'est finalement trois ans après, en 2016, que le Législateur va autoriser l'implantation de SCMR en France à titre expérimental. C'est sous le prisme du concept de RDR, maintenant disposé à l'article L.3411-8 du CSP, et dans le sillage des politiques de santé publique à destination des usagers de substances psychoactives telles que les PES, que les salles de consommation vont être autorisées. S'il n'existe pas de *« société sans drogues »*, il convient alors d'encadrer sa consommation afin de réduire au maximum les risques associés.

---

[4] Conseil d'État, 8 octobre 2013, n°387918

Dans quelle mesure les salles de consommation à moindre risque contribuent-elles efficacement à la politique de santé publique de réduction des risques au sens de l'article L.3411-8 du Code de la santé publique ?

Les SCMR sont nées dans un objectif précis : réduire les multiples risques associés à la consommation de substances psychoactives (Partie 1). Il convient alors d'analyser l'efficacité réelle de cet instrument dans la lutte pour la réduction des risques (Partie 2).

Partie 1 - Les salles de consommation à moindre risque, un instrument destiné à la réduction des risques

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) sont indissociables du concept de réduction des risques (RDR) car ce sont précisément des instruments destinés à la diminution des risques associés à la consommation de substances psychoactives. (Chapitre 1).

En France, les premiers instruments de RDR sont apparus tardivement, notamment en raison de la législation coercitive et punitive mise en place à l'égard des consommateurs de substances psychoactives en 1970. Il a fallu attendre 1987 et la libéralisation des échanges de seringues pour voir la première mesure emblématique de RDR apparaître. Lorsque les premiers débats relatifs à l'ouverture de salles de consommation en France sont nés, les partisans de la RDR se sont confrontés à l'idéologie majoritaire, pourtant obsolète, de répression des usagers de produits psychoactifs. Il a fallu attendre 2016 et la loi relative à la modernisation de notre système de santé pour que les SCMR soient expérimentées et considérées comme des outils pertinents de RDR (Chapitre 2).

Chapitre 1 - La politique de réduction des risques comme base légale à la création des salles de consommation à moindre risque

Le concept de RDR ne s'est que tardivement imposé au coeur des stratégies sanitaires françaises. C'est seulement en 2004, avec la Loi du 9 août 2004, que la RDR est devenue une composante intégrante des politiques de santé publique (Section 1).

Le concept de RDR est aujourd'hui devenu une stratégie de santé publique bien définie et trouve à s'appliquer selon des modalités précises (Section 2).

Section 1 - La réduction des risques, une composante à part entière des politiques de santé publique

Le Législateur français, contrairement à ses homologues européens comme en Grande Bretagne ou aux Pays-Bas, a tardé à consacrer le concept de réduction des risques dans la Loi (Paragraphe 1). Ce retard va être responsable de la lente apparition des premiers instruments de RDR à destination des consommateurs de substances psychoactives dans un contexte sanitaire marqué par l'apparition des premiers cas de sida (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 - La consécration législative tardive de la réduction des risques par la loi du 9 août 2004 ….

La Loi du 9 août 2004 a marqué un tournant dans la lutte organisée pour la réduction des risques. Ce concept de RDR, bouleversant les stratégies de santé publique, s'est réellement imposé dans les années 80 en réponse à l'explosion de l'épidémie de VIH et de VHC en Europe (hépatite C) et la mise en évidence d'une prévalence importante chez les usagers de substances psychoactives, en particulier chez les consommateurs par voie intraveineuse. Les premières mesures de RDR en réponse à la crise sanitaire de l'époque sont apparues à l'étranger, plus précisément aux Pays-Bas, où fut expérimenté dès 1984 un programme d'échange de seringues. Il n'existe pas de définition universelle de la RDR. L'ONG International Harm Reduction, qui a pour objectif la réduction des impacts sanitaires, sociaux et juridiques liés à la consommation de substances psychoactives, définit la réduction des risques de la façon suivante : *« Un mouvement pragmatique de pensée, de stratégies et d'interventions faisant référence aux politiques, programmes et pratiques qui visent à minimiser les impacts négatifs sur la santé de la consommation de substances »*[5] Les pays anglo-saxon illustrent le concept de RDR de façon plus imagée : *« Si vous le pouvez, ne vous droguez pas. Sinon, essayez de suiffer au lieu d'injecter. Sinon, utilisez une seringue propre. Sinon réutilisez la vôtre. Au pire, si vous partagez une seringue, nettoyez-la à l'eau de Javel »*[6]

---

[5] Harm Reduction International. (2010). What is Harm Reduction ? A position statement from the International Harm Reduction Association. https://www.hri.global/what-is-harm-reduction

[6] INSERM, 2010. « Concept de la réduction des risques », *Réduction des risques chez les usagers de drogues,* p.1. Disponible à l'adresse : https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86

Ainsi, c'est l'article 12 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui va venir inscrire dans le marbre de la loi, le concept de RDR en lui donnant un cadre légal, en définissant ses objectifs et en créant un dispositif institutionnel avec les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD). L'article L.3121-4 du Code de la santé publique (CSP), maintenant abrogé, disposait alors que : *« La politique de réduction des risques en direction des usagers de drogue vise à prévenir la transmission des infections, la mortalité par surdose par injection de drogue intraveineuse et les dommages sociaux et psychologiques liés à la toxicomanie par des substances classées comme stupéfiants »* Cette consécration législative tardive peut largement être attribuée à la Loi du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Ce texte législatif a été promulgué dans la précipitation suite à un emballement médiatique. En effet, avant la Loi de 1970 et depuis 1916, le droit français n'incriminait l'usage de substances psychoactives qu'en société. L'usage privé, lui, était dépénalisé. Cependant, l'apparition massive de l'héroïne sur le marché américain et la mort par overdose d'une jeune femme à Toulon en 1969 va pousser le législateur français à intervenir et créer le délit d'usage de stupéfiant en 1970 à l'article L.628 du CSP[7]. L'esprit de cette loi va être dénoncé avec véhémence, tant par les associations de lutte contre les risques liés à la consommation de produits psychoactifs que par une large frange de la communauté médicale. Ces derniers critiquent la mise en place d'un système répressif plutôt que l'instauration d'une loi qui favoriserait la réduction des risques. En effet, la Loi de 1970 va définir trois piliers sur lesquels vont se reposer les politiques publiques en matière de drogues : prévention primaire, sevrage et abstinence, sanction pénale de l'usager.

Le consommateur est alors traité comme un délinquant qui ne peut échapper à l'incarcération qu'à la condition de choisir l'alternative de l'injonction thérapeutique : l'usager accepte de se faire soigner contre une remise de peine. Le consommateur de substances psychoactives n'est alors pas considéré comme les autres citoyens : soit il est considéré par la justice et les forces de l'ordre comme un délinquant s'il refuse l'injonction thérapeutique, soit il est considéré comme un malade aux yeux de l'appareil médical s'il l'accepte, et ce n'est qu'au terme de la désintoxication qu'il redeviendra un citoyen comme les autres.

---

[7] Article L.628 du code de la santé publique. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006693919/1972-07-07/

Le principal défaut de cette loi peut ainsi être entrevu : aucune mesure de prévention et de réduction des risques n'est envisagée par le Législateur. En outre, une crainte naît chez plusieurs spécialistes de la question dans la communauté médicale : celle d'imposer aux consommateurs des traitements médicaux alors qu'ils ne sont pas malades. A l'époque d'une médicalisation importante de la société avec la mise en place de traitements médicaux destinés à soigner l'homosexualité ou encore la masturbation, le psychiatre Claude Olievenstein déclara : *« la toxicomanie n'est pas une maladie. »* D'ailleurs, les faiblesses de la Loi de 1970 seront très vite constatées. En 1976, le Président de la République, Valery Giscard d'Estaing, charge l'avocate Monique Pelletier d'évaluer *« la politique de lutte contre la drogue »* et en creux la Loi de 1970. Les résultats sont sans appels : *« pratiques inadéquates »*, *« législation impropre »*, *« principes contradictoires »* et montrent que l'incarcération des consommateurs n'est pas la solution et on *« regrette que la voie judiciaire reste de loin la plus empruntée ».* Pourtant, la loi n'évoluera pas. Au contraire, les années 80 sont marquées par l'instauration d'une politique du tout répressif : 10 000 arrestations en 1979, 20 000 en 1982 pour atteindre 30 000 arrestations en 1986, preuve que la guerre à la drogue ne fonctionne pas. C'est lors de cette même année que la volonté répressive va atteindre son paroxysme. Alors Premier Ministre, Jacques Chirac annonce la création de 1600 places dans des centres pénitentiaires pour désintoxiquer de force les consommateurs. Cette annonce va provoquer un tollé général qui dépassera le secteur spécialisé en la matière et les différentes associations de lutte pour les droits de l'homme. La ministre de la Santé, Michele Barzach, affirmera en 1986 que : *« ce n'est pas en mettant les drogués en prison qu'on résoudra le problème. Imposer à un drogué de se soigner s'il ne le veut pas est totalement irréaliste. »*[8] Face à cette fronde, le projet sera finalement abandonné. Ce n'est qu'à la fin des années 80, et plus précisément en 1987, que les premières mesures de RDR apparaissent en France. Il aura donc fallu attendre six ans après l'apparition des premiers cas de sida, sept ans après l'explosion des scènes ouvertes de drogue à Paris au début des années 80, et un an après que les Pays-Bas ne reconnaissent la RDR comme paradigme officiel de la politique des produits psychoactifs, pour que la France, avec la loi du 9 août, ne consacre ce paradigme presque vingt ans plus tard.

---

[8] CHAPPARD Pierre, COUTERON Jean-Pierre, 2016. « Le péché originel, ou la loi de 1970 et la pénalisation de l'usage ». *Salle de shoot - Les salles d'injections supervisée à l'heure du débat français*. Paris : Editions La Découverte, p.51

Paragraphe 2 - … Source de la lente apparition des premières mesures de réduction des risques

Le succès de l'implantation des premiers dispositifs de RDR est conditionné à la réunion d'une acceptation politique, sociale et à l'organisation du système de soins. Cependant, les réflexions amorcées à la fin des années 80 sur la mise en place des premiers instruments de RDR à destination des usagers de substances psychoactives vont être menées sous le prisme de la Loi de 1970 et de son esprit répressif ; raison pour laquelle les premières mesures de RDR seront prises dans la douleur et la lenteur. Le premier instrument emblématique de RDR sera instauré à l'initiative de la ministre de la Santé, Michele Barzach, qui, en 1987 va libéraliser la vente de seringues en pharmacie. C'est ainsi que le 13 mai 1987, la Ministre va publier un décret qui suspend pour un an des dispositions de 1972 qui organisent la prohibition de la vente de seringues en officine. Dorénavant et pour une durée d'un an, les seringues sont en vente libre dans les pharmacies. La France est alors le dernier pays européen à adopter cette mesure, et ce, dans l'intérêt prioritaire du reste de la population face à la menace que représente l'explosion des cas de VIH chez les usagers de drogues. Aux 500 cas répertoriés en 1985, 4000 cas de VIH sont diagnostiqués en 1987[9], dont 30% des contaminations touchent des consommateurs de substances psychoactives contre « seulement » 2% aujourd'hui[10]. En 1988 et après un an d'expérimentation, une évaluation de la mesure est lancée. Le résultat est plus que probant : une enquête de l'IREP[11] (Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance) puis de l'INSERM[12] (Institut national de la santé et de la recherche médicale) constatent que 52% des usagers rencontrés dans la rue affirment n'utiliser plus que des seringues stériles et à usage unique achetées en pharmacie alors qu'ils étaient 71% à les partager avant l'expérimentation.

---

[9] CHAPPARD Pierre, COUTERON Jean-Pierre, 2016. « Le péché originel, ou la loi de 1970 et la pénalisation de l'usage ». *Salle de shoot - Les salles d'injections supervisée à l'heure du débat français*. Paris : Editions La Découverte, p.58.

[10] Act Up-Paris. Mediapart - « Toxicos : les oublié-e-s de la lutte contre le sida. », 13 mai 2022. Disponible à l'adresse : https://blogs.mediapart.fr/act-paris/blog/130522/toxicos-les-oublie-e-s-de-la-lutte-contre-le-sida

[11] Rodolphe INGOLD, « Les effets de la libéralisation de la vente de seringues : rapport d'évaluation », IREP, Paris, 1988.

[12] Françoise FACY, « Enquête épidémiologique : toxicomanes et partage des seringues », INSERM U 302, rapport, 1989.

D'ailleurs, cette évaluation va contribuer à ébranler le mythe du consommateur « junky et irresponsable », caricature soutenue et relayée par les opposants aux mesures de RDR, et prouver que l'usager peut être acteur de sa propre santé.
Malgré ces résultats encourageants, l'épidémie est loin d'être endiguée. En 1988, 30% des cas de VIH répertoriés en Europe sont situés sur le territoire français.
En cause, des limites subsistent à la libéralisation de la vente de seringues. D'abord, les usagers n'attendent pas les heures d'ouvertures des officines pour consommer. Ensuite, nombreux sont les pharmaciens qui refusent d'appliquer cette nouvelle mesure qu'ils considèrent comme trop laxiste. C'est au mois de mai 1988 et lors de l'arrivée au pouvoir d'un gouvernement de gauche qu'une nouvelle mesure de RDR va apparaitre sous l'impulsion de l'association humanitaire « Médecins du Monde » (MdM) et de son président, Patrice Aeberhard. D'une collaboration née entre MdM et la Direction générale de la santé (DGS), le ministre de la Santé, Claude Evin, annonce en 1989 la pérennisation de la vente libre de seringues et, surtout, un programme d'échange de seringues (PES) à Paris, Marseille et en Seine-Saint-Denis. Dorénavant, les consommateurs peuvent échanger des seringues usagées contre des seringues stériles dans les lieux qui appliquent ces programmes. En 1992, la DGS invite les Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales, les DDASS, à étendre ces programmes dans plusieurs grandes villes françaises comme Lyon ou Toulouse. Peu à peu, la vente et l'échange de seringues se démocratisent. En 1994, les premiers distributeurs autonomes de seringues sont installés dans les rues. Les usagers n'ont alors plus besoin d'attendre l'ouverture des officines pour consommer « proprement ». L'augmentation de l'offre de seringues va permettre le fléchissement des cas positifs au VIH chez les consommateurs : 1370 cas sont répertoriés en 1994, 947 en 1996 et 419 en 1997[13]. Dans le même temps, la DGS sollicite deux associations, Charonne à Paris et l'AMPTA (Association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions) à Marseille, pour créer des lieux d'accueil des usagers. L'objectif de ces structures est d'offrir des services destinés à la RDR. Elles distribuent du matériel de consommation stérile, offrent des soins infirmiers, la possibilité de laver son linge, de se restaurer, de se doucher, etc… et ouvrent en 1993 sous le nom générique de « boutique ».

---

[13] RVH Synergie - « Réduction des risques : petite histoire de la distribution et de l'échange de seringues en France », 2003. Disponible à l'adresse : https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/therapeutiques/reduction-des-risques/114-petite-histoire-de-la-distribution-et-de-lechange-de-seringues-en-france.html

Une seconde mesure remarquable de RDR va être introduite dans les politiques de santé publique en 1995 : les traitements de substitution aux opiacés (TSO), et en particulier, de substitution à l'héroïne. Véritables révolutions dans les pratiques de soin, les TSO vont contribuer à imposer le concept de RDR au sein même du soin. Le premier traitement de substitution à voir le jour en France est la méthadone. L'objectif principal de ce traitement est la diminution dégressive de la consommation d'opiacés jusqu'à l'arrêt. L'autre intérêt des TSO est la réduction des risques infectieux, VIH et hépatites en tête, par la diminution des pratiques d'injection. Créée par deux scientifiques allemands en 1937 et utilisée pour la première fois aux Etats-Unis en 1964 pour traiter la dépendance à l'héroïne, la méthadone s'est étendue aux pays européens, en particulier aux Pays-Bas, sous la pression de l'augmentation de la consommation et des cas de VIH. En France, en 1988, seuls deux centres parisiens, de vingt places chacun, sont autorisés à la délivrer et à des conditions restrictives. La méthadone doit être prise sur place, à des doses inférieures à 60 mg et seulement autorisée aux patients majeurs avec une consommation d'héroïne supérieure à cinq ans et ayant déjà effectué deux sevrages en structure. En 1987, un nouveau traitement à base de buprenorphine, le Temgesic, va faire son apparition sur le marché et peut être délivré sur simple prescription médicale. Il sera utilisé par plusieurs médecins dès 1988 dans le cadre d'un sevrage dégressif. Sous la pression de l'OMS, (Organisation mondiale de la santé) et de l'Union européenne, la France, en proie à un accroissement des cas de VIH chez les consommateurs de substances psychoactives, va être forcée de développer ses programmes méthadone. En réalité, en 1992, soit trois années après la demande des institutions, seul un centre de plus sera autorisé à délivrer de la méthadone. La même année, face aux revendications de plusieurs associations comme MdM ou encore AIDES, Bernard Kouchner, alors ministre de la santé, va proposer l'ouverture de 200 nouvelles places destinées à recevoir de la méthadone. Une hostilité politique va alors rapidement émerger au sein même du gouvernement. Le ministre de l'Intérieur, Paul Quiles, répond en nommant Robert Broussard, ancien patron de l'anti-gang, à la présidence de la MILAD (Mission de lutte antidrogue) et farouche opposant aux TSO. Cette opposition idéologique entre le ministère de l'Intérieur et celui de la Santé est symptomatique de la place accordée à la RDR dans les stratégies de santé publique, concept qui, même après sa consécration en 2004, continue de diviser à l'image de l'opposition entre le ministre de la Santé, Olivier Véran et le ministre de l'Intérieur, Gérald Darmanin, à propos de l'ouverture de la SCMR à Lille.

Des logiques électoralistes aboutiront pourtant au renoncement de la mesure par Bernard Kouchner. L'année 1994 va être celle du tournant dans le développement de la RDR. Simone Veil, alors ministre de la Santé dans un gouvernement de cohabitations, va, en juillet, marquer l'avènement de la politique de RDR. Dix mesures d'urgence sont présentées dont 1647 places supplémentaires destinées à recevoir de la méthadone. A partir de 1995, tous les centres de soin sont autorisés à prescrire et délivrer de la méthadone à l'instar de l'ensemble des médecins généralistes. En 1996, le Subutex, nouveau TSO est mis sur le marché.

Ce tournant majeur dans la RDR ne doit pas faire oublier le retard pharamineux pris par la France dans l'accès aux TSO. A titre d'exemple, la prescription des TSO est autorisée depuis 1926 en Grande-Bretagne. Ainsi, la catastrophe annoncée n'a pas pu être évitée : le sida est responsable d'environ 1000 décès de consommateurs par an qui sont six fois plus touchés que les Anglais et dix fois plus que les Néerlandais[14]. Cette politique de RDR va cependant faire ses preuves. Entre 1995 et 1997, le nombre d'overdose a diminué de 20% et le nombre de cas de sida chez les consommateurs chute de 30% à 20%[15]. En 1999, l'Institut de veille sanitaire publie les résultats de son évaluation nationale et constate une baisse de 80% des overdoses mortelles et une diminution de 78% des interpellations pour usage d'héroïne. Est aussi observée une baisse de 2/3 de la mortalité du sida ainsi qu'une baisse des contaminations par le virus du sida d'1/3[16]. Les politiques de santé publiques prises les années suivantes vont être, pour la plupart, empreintes du concept de RDR. En 2004, les CAARUD sont créés, avec pour objectif principal, la distribution de matériels stériles nécessaires à la consommation de substances psychoactives. Cependant, l'esprit coercitif et répressif de la Loi de 1970 n'est jamais loin, entachant les efforts d'intégration des stratégies de RDR à la Politique de santé publique.

---

[14] CHAPPARD Pierre, COUTERON Jean-Pierre, 2016. « Le péché originel, ou la loi de 1970 et la pénalisation de l'usage ». *Salle de shoot - Les salles d'injections supervisée à l'heure du débat français*. Paris : Editions La Découverte, p.81.

[15] CHAPPARD Pierre, COUTERON Jean-Pierre, 2016. « Le péché originel, ou la loi de 1970 et la pénalisation de l'usage ». *Salle de shoot - Les salles d'injections supervisée à l'heure du débat français*. Paris : Editions La Découverte, p.81.

[16] AEBERHARD Patrick, CHAUMENT Pierre-Olivier, LEBEAU LEBOVICI Bertrand, 2019. « Réduction des risques chez les usagers : existe-il un modèle français » par Anne COPPEL. *La réduction des risques chez les usagers de drogues : le rôle des ONG*. Bordeaux : Editions LEH, p.31

C’est ainsi que depuis septembre 2020, une amende forfaitaire de 200 euros peut être appliquée aux usagers de produits psychoactifs qui consomment dans l’espace public.

La loi du 31 décembre 1970 à l’esprit répressif et coercitif a joué un rôle prépondérant dans la mise en place tardive des premières mesures de RDR à destination des usagers de produits psychoactifs. Ainsi, en pleine épidémie de VIH qui a fait des ravages, notamment, chez les consommateurs-injecteurs, les pouvoirs publics français ont accusé un déficit de solutions à offrir à ces individus, laissant l’épidémie de VIH mais aussi de VHC, proliférer.

Section 2 - L'application concrète de la stratégie de réduction des risques

La stratégie de réduction des risques associés à la consommation de produits psychoactifs est aujourd'hui bien définie. Des objectifs clairs sont affectés à la RDR (Paragraphe 1) et visent des populations bien ciblées (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 - Les objectifs assignés à la réduction des risques

Suite à la consécration législative du concept de RDR par la loi du 9 août 2004 et son intégration dans le CSP, il a fallu attendre quelques années avant que la politique de RDR ne soit clairement définie par le législateur. C'est la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui a comblé ce vide et dispose désormais à l'article L.3411-8 alinéa I que : *« La politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue vise à prévenir les dommages sanitaires, psychologiques et sociaux, la transmission des infections et la mortalité par surdose liés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants. »* La lecture de cet article entérine un changement de paradigme avec la loi du 31 décembre 1970. Le législateur affirme clairement que la RDR a vocation à se déployer auprès d'individus, *« les usagers de drogues »*, qui violent la loi et notamment l'article L.3421-1 du CSP qui punit d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende l'usage illicite d'une substance ou d'une plante classées comme stupéfiants. Cependant, l'article L.3411-8 alinéa I n'exige jamais de l'usager l'arrêt de la consommation et la désintoxication. Le législateur consent ainsi à la cohabitation de deux philosophies contradictoires : d'une part la prohibition de la consommation de substances psychoactives, d'autre part, la protection de la santé des consommateurs de ces substances. Concrètement, les pouvoirs publics assignent trois objectifs principaux à la RDR en direction des usagers de substances psychoactives : un objectif sanitaire, un objectif social et un objectif sécuritaire. L'objectif sanitaire est le fondement même de la consécration législative du concept de RDR. Les principaux risques sanitaires pour l'usager sont ceux liés à l'usage de substances psychoactives par voie intraveineuse, les risques infectieux. En effet, la consommation par injection n'est pas anodine. Elle est exigeante et requiert une certaine technique.

Le matériel employé doit être stérilisé et les mains lavées pour éviter tout risque infectieux, en particulier les hépatites et le VIH dont on sait que l'injection par voie sanguine est le mode de consommation le plus propice à leur développement. La RDR se déploie ici dans un objectif de sauvegarde de la santé de l'usager mais aussi du reste de la population générale afin d'éviter la prolifération de ces virus. Une injection mal réalisée favorise également le développement d'une multitude de dommages physiques pour l'usager qui peuvent être mortels : abcès, endocardite, septicémie, tétanos, ou encore overdoses. Les autres modes de consommation ne sont évidemment pas dénués de risques. La consommation par inhalation de substances comme le « crack », produit dérivé de la cocaïne, est propice à des complications cardiaques, respiratoires ou neurologiques pouvant conduire jusqu'à la mort, en particulier lorsque le matériel d'inhalation est partagé. C'est dans cette logique de RDR pour ces consommateurs que le « Kit Base » a été inventé. A l'image des Stéribox qui contiennent une seringue stérile pour les injecteurs, le Kit Base est composé notamment d'une pipe en verre et de deux embouts à usage personnel. Les risques sanitaires ne s'arrêtent pas aux risques physiques. Fréquentes sont les comorbidités psychiatriques liées à la consommation de substances psychoactives : troubles de la personnalité, dépression, raptus suicidaire, etc… 40 à 60% des consommateurs de substances psychoactives présenteraient une comorbidité psychiatrique[17].

La RDR, telle que présentée dans l'article L.3411-8 alinéa I, a aussi vocation à remplir un objectif social. La majorité des consommateurs vivent en effet en marge de la société et méconnaissent leurs droits. L'idée est de leur venir en aide, en les assistant dans leurs démarches administratives - par exemple, pour obtenir le RSA - avec comme finalité, une potentielle réinsertion de l'usager.

Enfin, le législateur, dans l'article L.3411-8 alinéa I du CSP, évoque l'objectif sécuritaire assigné à la RDR. Le consommateur, exclu de la société, peut être considéré comme générateur de désordres et de troubles publics. Alors, dans un objectif de garantie de la sécurité et de la tranquillité de la population, la RDR va jouer un rôle. C'est dans ce cadre-là que la scène ouverte de consommation de crack à Paris surnommée « Stalincrack » - en raison de sa proximité avec la station de métro « Stalingrad » - a été évacuée par les forces de l'ordre.

---

[17] INSERM, 2010. « Principaux dommages associés à l'usage de drogue en France », *Réduction des risques chez les usagers de drogues,* p.13. Disponible à l'adresse : https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86

Le quartier, où jusqu'à deux cents consommateurs de crack s'étaient amassés, était devenu invivable pour les riverains. Hurlements, vols, bagarres, étaient devenus le quotidien des habitants. C'est pour faire cesser ces troubles à l'ordre public que, le 24 septembre 2021, les usagers ont été réorientés par les CRS dans une autre localité de Paris, Porte de la Villette, sans riverains aux abords immédiats, selon la préfecture de police.
Le deuxième alinéa de l'article L.3411-8 du CSP va être consacré à la mise en oeuvre de la réduction des risques. Sont énoncées cinq actions destinées à être déployées dans le cadre de la RDR :

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

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

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

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

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

La première de ces cinq actions visées par le législateur, la plus significative et qui va conditionner les autres, est celle relative à l'accueil des usagers, soit en allant directement à leur rencontre, soit en créant des espaces dédiés. C'est dans ce cadre-là que les CAARUD, les SCMR et, depuis l'arrêté du 26 janvier 2022[18], les SCMR mobiles, ont notamment été créés. De cette action va découler la deuxième : la distribution de matériels de consommation stériles à titre gratuit par les CAARUD et les SCMR, que ce soit des seringues, des pipes, des feuilles pour « sniffer », des grilles, des filtres, mais aussi des crèmes cicatrisantes, du gel hydroalcoolique… L'objectif est d'empêcher ou du moins de limiter, les risques liés à la consommation. Le Législateur a aussi souhaité mettre l'accent sur les actions qui consistent à informer le consommateur sur les risques associés à la consommation et à l'orienter vers les services sociaux et de soins. L'objectif est que le patient devienne acteur de sa propre santé, qu'il améliore sa santé physique et psychique, et à terme, qu'il se réinsère socialement. Enfin, une quatrième catégorie d'action peut être définie : la promotion et la supervision des comportements, des gestes et des procédures de prévention des risques. L'article L.3411-8 vient nous éclairer sur ce qu'il faut comprendre par le terme « supervision » : *« La supervision consiste à mettre en garde les usagers contre les pratiques à risques, à les accompagner et à leur prodiguer des conseils relatifs aux modalités de consommation des substances mentionnées au I afin de prévenir ou de réduire les risques de transmission des infections et les autres complications sanitaires. »* Cette action ne fait pas doublon à l'action précédemment décrite. En effet, ici, il ne s'agit pas que de la simple délivrance d'une information sur les risques liés à la consommation mais plutôt de former l'usager aux bonnes pratiques de consommation pour éviter de nuire à leur propre santé. Il y a donc ici un concours, certes passif, d'un tiers à la consommation pourtant prohibée par le droit français. Cette pratique est dans les faits mise en oeuvre dans les CAARUD sous le terme « d'AERLI ». L'Accompagnement et Education aux Risques Liés à l'Injection permet à un usager de pouvoir, sous la vigilance de personnes formées à cela et dans un lieu clos, s'injecter un produit psychoactif. L'objectif est, dans le cadre de la réduction des risques, de « former » le consommateur à se piquer correctement et éviter les risques liés à l'injection.

---

[18] Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" ». JORF n°0045 du 23 février 2022. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045207066

Cette action symbolise parfaitement le concept de RDR à l'image de la définition donnée par Anne Coppel : *« Il vaut mieux ne pas consommer de drogues mais si certains en consomment, il convient de les encourager à utiliser les produits les moins dangereux dans un cadre sécurisé. »*[19]

Paragraphe 2 - Les populations visées par la réduction des risques

Le concept de RDR va se déployer à destination d'une multitude de populations différentes, évidemment, en premier lieu, les usagers de substances psychoactives. Cependant, il convient de distinguer les consommateurs en fonction de leurs modes et pratiques de consommation pour adapter au mieux la dispense des principes de RDR. Un consommateur-injecteur, qui consomme par voie intraveineuse, ne sera pas exposé exactement aux mêmes risques qu'un consommateur-inhalateur. L'INSERM, dans son rapport d'évaluation des SCMR de Paris et Strasbourg publié en 2021, avait relevé des différences d'exposition aux risques entre les usagers aux modes de consommation différents. *« A plusieurs reprises, les consommateurs de crack sont apparus vulnérables vis à vis de certains critères (pratiques à risque VHC et passages aux urgences), ce qui appelle à des réponses adaptées à ces publics. »*[20] Alors qu'un consommateur-injecteur sera plus exposé à des risques cutanés comme l'apparition et le développement d'abcès, les consommateurs par inhalation seront, eux, soumis davantage à l'apparition de pathologies cardio-respiratoires. Certains fumeurs, pour éviter de détenir une pipe - indice suffisant pour être interpellé et condamné - utilisent parfois des cannettes en aluminium dont l'inhalation cause de sérieux dommages aux poumons. Ils sont aussi des vecteurs importants de transmission du VHC, ce qu'ignore une grande partie des consommateurs. Les pipes sont chauffées à des températures si élevées qu'ils se brulent les lèvres, créant des lésions qui permettent de déposer assez de sang sur la pipe pour transmettre le VHC. Cependant, alors que les inhalateurs sont en proie aux mêmes risques que les injecteurs, la RDR ne va pas se déployer aussi intensément.

---

[19] COPPEL Anne, « Chapitre 6 : la prohibition des drogues ». *La réduction des risques liés à l'usage de drogues, stratégies de changement des politiques de drogues ?* Presses Universitaires de Rennes, 2005.

[20] INSERM, 2021. « Discussion et limites », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.94. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

Pour preuve, l'arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges des SCMR affirme que le dispositif doit *« contribuer à réduire, chez les usagers injecteurs, les risques de surdose, d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues en fournissant des conditions d'injection sécurisée et du matériel stérile.»*[21] sans aborder la situation des consommateurs-inhalateurs.

En outre, selon la substance psychoactive utilisée, les consommateurs, pourtant usant du même mode de consommation, ne seront pas soumis aux mêmes degrés de risque. Ainsi, les usagers qui n'inhalent pas le crack mais se l'injectent après l'avoir dissous, seront exposés à plus de risques qu'un consommateur-injecteur d'héroïne. En effet, le crack est une substance psychoactive bon marché (environ 4€ la dose contre 30€ pour l'héroïne) et génère un « craving » plus important que l'héroïne, c'est-à-dire une envie compulsive et irrépressible de consommer qui n'est pourtant pas souhaitée à ce moment-là. Les consommateurs-injecteurs de crack peuvent alors pratiquer jusqu'à vingt injections par jour, ce qui augmente considérablement les risques infectieux et cutanés comme les abcès.

Le type de consommateurs de substances est aussi un élément à prendre en compte dans la dispense des principes de RDR. Par exemple les « chem-sexeurs », aussi surnommés « slameurs », sont des usagers - souvent issus de la communauté gay - qui vont consommer des substances dans un contexte sexuel, lors des rapports et le plus souvent associé à des conduites à risques[22] (pénétrations anales non protégées ou encore partenaires multiples). On estime que ce public investit les associations et les services d'immunologie depuis environ cinq ans. Les substances psychoactives consommées diffèrent de celles des usagers plus traditionnels. Effectivement, la majorité du temps, ce sont des produits de synthèse psychostimulants et achetés sur internet qui vont être ingérés, comme la 3-MMC, connus pour augmenter la libido, le plaisir sexuel et favoriser les érections et la désinhibition.

---

[21] Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salle de consommation à moindre risque. » JORF n°0072 du 25 mars 2016. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032291220/

[22] Sexosafe - « Chemsex et slam : comment se protéger. » Disponible à l'adresse : https://www.sexosafe.fr/Mon-coeur/Les-soutiens/Chemsex-et-slam-comment-se-proteger

Ce mode de consommation est particulièrement sournois. Ce public est peu enclin à la dispense des principes de RDR, les effets favorisent la consommation par crainte de la frustration ainsi que les risques d'apparition et de transmission des hépatites, du VIH ou d'autres MST (Maladie sexuellement transmissible), *« or tous ces risques sont en partie recherchés quand ils ne sont pas revendiqués. »*[23] Il existe de plus, dans ce mode de consommation, un craving important lié à une envie sous-jacente de toujours repousser un peu plus loin ses limites. On comprend alors pourquoi la dispense des principes de RDR doit être déployée à l'égard de ces usagers et en particulier ceux liés aux risques sexuels.

Le déploiement des principes de RDR ne s'arrête pas qu'aux consommateurs de substances psychoactives. D'autres populations sont visées par le concept de RDR et, en particulier, celles exposées aux risques sexuels, VIH et hépatites virales en tête, susceptibles d'être infectées et de les transmettre. Peuvent être mentionnés à cet égard, les hommes qui ont des rapport sexuels avec d'autres hommes, les travailleurs du sexe, les personnes vivant avec le VIH et/ou une une hépatite, les migrants, les transgenres ou encore les personnes détenues. Ces populations font l'objet d'une attention toute particulière dans le déploiement de la stratégie de RDR. Des associations telles que AIDES, l'ANT (Association Nationale Transgenre), ou encore les Pétrolettes à Rennes, proposent des actions de RDR à l'intention de ces communautés. Des permanences d'accueil sont organisées pour écouter ces individus, les informer et les conseiller sur les pratiques à risque et les principes à adopter pour lutter contre le développement des risques. A l'instar de ce que propose les CAARUD pour la distribution de matériels stériles de consommation, des préservatifs ou du lubrifiant peuvent être distribués à titre gratuit. Il est aussi possible de se faire dépister au VIH et aux hépatites par du personnel formé afin d'alerter la personne sur les risques de transmission et de pouvoir débuter un traitement. L'association AIDES se mobilise aussi auprès des détenus avec l'organisation d'actions à leur égard dans les prisons. Les principes de RDR y sont déployés, des dépistages proposés et du matériel de réduction des risques sexuels y est distribué.

---

[23] GRÉGOIRE M., ASUD - « Slam & Chemsex, le plaisir du risque. », Journal n°59, 2016. Disponible à l'adresse : http://www.asud.org/2016/10/23/slam-chemsex/

Ainsi, le concept de réduction des risques associés à la consommation de substances psychoactives comporte plusieurs objectifs : d'abord, un objectif sanitaire avec une volonté de diminution des risques infectieux, cutanés, et psychologiques, ensuite, un objectif social avec comme finalité, une réinsertion de l'usager, enfin, un objectif sécuritaire avec en ligne de mire, un fléchissement des troubles à l'ordre et à la tranquillité publics.

Plusieurs communautés sont ainsi visées par le déploiement des stratégies de RDR avec, en premier lieu, les consommateurs de substances psychoactives.

Chapitre 2 - Les salles de consommation à moindre risque, outils pertinents dans la mise en oeuvre de la politique de réduction des risques

L'article 43 de la Loi du 26 janvier 2016 vient définir les SCMR de la manière suivante : « *Ces espaces sont destinés à accueillir des personnes majeures usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques dans le cadre d'usages supervisés mentionnés à l'article L. 3411-8 du même code. Dans ces espaces, ces usagers sont uniquement autorisés à détenir les produits destinés à leur consommation personnelle et à les consommer sur place dans le respect des conditions fixées dans le cahier des charges mentionné au I du présent article et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social, également chargée de faciliter leur accès aux soins.* »

Trente ans après l'ouverture de la première salle de consommation en Suisse, la France ne s'est dotée en 2016 que de deux SCMR et ce, au rythme des polémiques.

Il a fallu que des objectifs bien précis soient assignés aux SCMR (Section 1) et que leur participation à la RDR et leur fonctionnement soient scrupuleusement délimités (Section 2) pour qu'enfin, le Législateur autorise l'ouverture de salles de consommation expérimentales en France.

Section 1 - Les objectifs affichés des salles de consommation à moindre risque

Les SCMR visent des objectifs bien précis : une diminution des risques sanitaires, sociaux et sécuritaires, associés à la consommation de substances psychoactives (Paragraphe 1). Cependant, la transposition de ces objectifs sur le plan matériel peut se heurter à des obstacles malmenant l'accomplissement des objectifs initiaux (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 - Un objectif de diminution des risques sanitaires, sociaux et sécuritaires

« A titre expérimental et pour une durée maximale de six ans à compter de la date d'ouverture du premier espace, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques et des dommages pour usagers de drogue mentionnés à l'article L. 3411-8 L. 3411-9 du code de la santé publique, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné, ouvrent, dans des locaux distincts de ceux habituellement utilisés dans le cadre des autres missions, une salle de consommation à moindre risque, qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé. » C'est dans ces termes disposés à l'alinéa premier de l'article 43 que la loi du 26 janvier 2016 intitulée « modernisation de notre système de santé » a entériné la mise en place du dispositif expérimental des SCMR. Cette expérience a vu le jour après des années de débats et de controverses sous le prisme de la RDR, concept consacré depuis la loi de 2004. C'est donc logiquement que les SCMR vont avoir pour objectifs de répondre à ceux assignés à la RDR : la diminution des risques sanitaires, sociaux et sécuritaires. La situation sanitaire des consommateurs de substances psychoactives reste très préoccupante en France. En 2004, une étude concluait aux chiffres suivants : la prévalence des anticorps anti-VHC était présente chez 0,84% de la population générale soit 367 055 personnes. Sur une population de 1462 consommateurs de produits psychoactifs, cette prévalence s'élevait à 60%. Concernant le VIH, en 2011, on estime que 10% d'entre-eux étaient touchés par le VIH et plus de 40% par le VHC[24]. Les usagers sont aussi plus touchés par les comorbidités psychiatriques que le reste de la population.
On estime que 40 à 60% d'entre eux souffrent d'une pathologie psychiatrique[25]. Les overdoses connaissent, quant à elles, une nette augmentation depuis l'année 2000.

---

[24] INSERM, 2010. « Risques infectieux chez les usagers de drogues », *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogue,* p.67. Disponible à l'adresse : https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86

[25] INSERM, 2010. « Principaux dommages associés à l'usage de drogue en France », *Réduction des risques chez les usagers de drogues,* p.13. Disponible à l'adresse : https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86

337 décès directement liés à la consommation de substances psychoactives ont été enregistrés par l'INSERM en 2007, soit une augmentation de 30% en 7 ans[26]. Les SCMR se veulent être une réponse innovante à cette situation d'urgence sanitaire, et ce, par deux leviers. Tout d'abord, les SCMR vont participer à la distribution gratuite de matériels stériles nécessaires à la consommation, que cela soit du matériel d'injection (seringues, aiguilles filtres, cup, etc…) ou du matériel d'inhalation (pipe, embout, grille, paille, etc…). L'intérêt de cette mesure est double : éviter au consommateur de réutiliser du matériel de consommation à usage unique souillé et limiter au maximum les échanges et l'usage collectif de ce matériel qui augmentent considérablement les risques de transmission des virus.

Ensuite, les SCMR vont offrir aux usagers de substances psychoactives un lieu sécurisé et médicalisé, un refuge pour satisfaire leur addiction sans craindre les forces de l'ordre. En effet, il importe à ce titre de préciser que les injections de produits ne sont pas directement responsables des risques viraux et cutanés (abcès notamment) mais plutôt les conditions dans lesquelles elles sont réalisées. La majorité des usagers sont confrontés à la précarité et consomment dans l'espace public - toilettes publiques, parkings, cages d'escalier, etc… -. Ce n'est pas un choix mais une situation subie. Ainsi, les SCMR permettent aux usagers d'être sereins au moment de leur consommation et d'appliquer les principes et stratégies de RDR : se laver les mains et nettoyer la zone d'injection, chercher une veine viable, minimiser les risques de souiller leurs matériels stériles, filtrer le produit consommé, etc…

D'ailleurs, le personnel des SCMR encourage les usagers à délaisser ce mode de consommation qu'est l'injection pour d'autres méthodes moins dangereuses, et cela paie: *« Depuis l'ouverture, la voie injectable a diminué de 10 points par rapport à d'autres modes de consommation. Les usagers se mettent à fumer ou inhaler l'héroïne par exemple avec des feuilles d'aluminium, une pratique appelée "chasser le dragon" .»*[27] affirme Gauthier Waeckerlé, direction de l'association Ithaque qui porte la SCMR de Strasbourg.

---

[26] INSERM, 2010. « Synthèse et recommandations », *Réduction des risques chez les usagers de drogues,* p.346. Disponible à l'adresse : https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86

[27] LE SAINT R., Mediapart - « Mieux accompagner les usagers de drogues, un devoir urgent de santé publique. », 17 août 2021. Disponible à l'adresse : https://www-mediapart-fr.passerelle.univ-rennes1.fr/journal/france/170821/mieux-accompagner-les-usagers-de-drogues-un-devoir-urgent-de-sante-publique

Il convient de préciser que les SCMR n'ont pas pour objectif le sevrage et la désintoxication des consommateurs qui y sont reçus. En revanche, les SCMR peuvent se faire le relai entre usagers et structures destinées à cet objectif et aussi inclure les consommateurs volontaires dans un dispositif de soins. C'est ce que confirment deux députés, Mme Caroline Janvier et Mr Stéphane Viry, à qui une « mission flash » sur les SCMR a été confiée : « *Nous observons que, d'une part, la majorité des personnes adressées dans les services de sevrage viennent de ces SCMR. Ces salles peuvent constituer une porte d'entrée vers le sevrage, comme le montre l'exemple de Vancouver évoqué précédemment.* »[28] Marie Jauffret-Roustide, sociologue et chercheuse à l'INSERM, arrive aux mêmes conclusions. Alors que la France n'est dotée que de deux SCMR, « l*e Canada, près de deux fois moins peuplé, en a déployées 50. À Vancouver, les usagers qui fréquentent ces salles ont été 18 % plus nombreux à demander à enclencher un sevrage, 23 % ont cessé d'injecter et 57 % sont entrés en traitement des addictions.* »[29]

Du personnel soignant est aussi présent dans les SCMR et permet un accès aux soins pour les usagers les plus marginalisés. Des infirmiers se chargent d'effectuer les premiers soins en cas de blessure ou d'infection et des psychiatres offrent aussi leurs services.

Les SCMR répondent également à des objectifs sociaux. Des assistants sociaux sont présents sur place et ont pour mission d'aider les consommateurs dans l'ouverture de leurs droits - notamment le droit au RSA (Revenu de solidarité active) ou à l'AAH (Allocation aux adultes handicapés) - et dans leurs démarches administratives, par exemple dans la recherche d'un logement. Effectivement, il apparait que l'accès à un logement est la première porte de sortie de la consommation, alors que la plupart des usagers issus de la file active des SCMR sont sans abri.

---

[28] JANVIER Caroline et VIRY Stéphane. Commission des affaires sociales, compte rendu n°106, séance du mardi 14 septembre 2021. Disponible à l'adresse : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion-soc/l15cion-soc2021106_compte-rendu

[29] LE SAINT R., Mediapart - « Mieux accompagner les usagers de drogues, un devoir urgent de santé publique. », 17 août 2021. Disponible à l'adresse : https://www-mediapart-fr.passerelle.univ-rennes1.fr/journal/france/170821/mieux-accompagner-les-usagers-de-drogues-un-devoir-urgent-de-sante-publique

C'est ce qu'explique la chercheuse Marie Jauffret-Roustide : *« Quand les usagers de drogues sont sans-abris, ils consomment davantage pour affronter la dureté de la vie à la rue. Une mise à l'abri peut enclencher une régulation de la consommation, voire un sevrage et, en tout cas, une présence moindre dans l'espace public. »*[30], *« ce qui fonctionne, ce sont des modèles combinés, avec un accompagnement de réduction des risques, médico-social et un hébergement. »*[31] L'association Ithaque s'est inspirée de l'exemple hollandais dans la création de la SCMR de Strasbourg, qui, contrairement à la salle de Paris, propose une solution d'hébergement.

Enfin, les SCMR répondent à un objectif sécuritaire et de « pacification » de l'espace public. En effet, ces espaces dédiés à la consommation permettent de réduire l'usage de substances psychoactives dans le domaine public et les nuisances qui y sont associées, notamment les seringues usagées et abandonnées sur la voirie. Ces déchets représentent un sévère danger de transmission des virus (VIH et hépatites) pour les riverains et pour les employés communaux, en particulier ceux dédiés à la propreté du domaine public qui peuvent se piquer au cours de leur mission. Les salariés des SCMR peuvent aussi être sollicités par les riverains pour aller ramasser ces déchets souillés et abandonnés sur la voie publique.

---

[30] LE SAINT R., Mediapart - « Mieux accompagner les usagers de drogues, un devoir urgent de santé publique. », 17 août 2021. Disponible à l'adresse : https://www-mediapart-fr.passerelle.univ-rennes1.fr/journal/france/170821/mieux-accompagner-les-usagers-de-drogues-un-devoir-urgent-de-sante-publique

[31] LE SAINT R., Mediapart - « Mieux accompagner les usagers de drogues, un devoir urgent de santé publique. », 17 août 2021. Disponible à l'adresse : https://www-mediapart-fr.passerelle.univ-rennes1.fr/journal/france/170821/mieux-accompagner-les-usagers-de-drogues-un-devoir-urgent-de-sante-publique

Paragraphe 2 - La difficile traduction des objectifs sur le plan matériel

« *Une défaite morale* » pour l'ancien député Henri Guaino, « *un empoisonnement assisté* » pour Valérie Pécresse, « *une incitation à se droguer* » pour Christian Jacob, et « *pourquoi pas des salles de viol, des salles de crime* » pour le député FN Gilbert Collard : voilà comment une partie de la classe politique avait réagi suite au feu vert donné par Matignon le 5 février 2013 pour l'implantation d'une SCMR expérimentale à Paris. Alors que ni la date, ni le lieu d'implantation n'avaient été choisis, l'ouverture d'une telle structure, et ce, à titre expérimental, avait été à l'origine de nombreuses polémiques alimentées par la peur et des fantasmes anciens. Pourtant présentées comme une mesure destinée à compléter l'arsenal des stratégies de RDR au même titre que la libéralisation des échanges de seringues qui a fait ses preuves, les salles de consommation sont encore le terreau de vives discordes qui opposent les partisans des SCMR d'une part et les antis d'autre part. Cela n'est pas sans conséquences : la mise en oeuvre des objectifs assignés aux salles de consommation s'en retrouve complexifiée.

Il n'existe aujourd'hui que deux SCMR en France. Celle implantée à Paris à proximité de Gare du Nord portée par l'association Gaïa et celle implantée à Strasbourg portée par l'association Ithaque. C'est notamment dans la Capitale que la présence d'une seule salle de consommation pose problème. En effet, avec une file active de 900 usagers en 2019 et environ 300 passages par jour, dont une cinquantaine uniquement destinée à se reposer[32], les douze box destinés à la consommation montrent vite leur limite. C'est la raison pour laquelle, le 15 septembre 2021, Matignon a validé l'implantation de nouvelles SCMR à Paris suite à la missive envoyée par la maire de Paris, Anne Hidalgo[33]. Cette décision a été prise dans un contexte de crise du crack où des centaines de ces consommateurs errent dans la Capitale, à proximité des riverains.

---

[32] JANVIER Caroline et VIRY Stéphane. Commission des affaires sociales, compte rendu n°106, séance du mardi 14 septembre 2021. Disponible à l'adresse : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion-soc/l15cion-soc2021106_compte-rendu

[33] AFP. Le Monde - « A Paris, les nouvelles salles de consommation à moindre risque de crack approuvées par le gouvernement. », 15 septembre 2021. Disponible à l'adresse : https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/09/15/crack-a-paris-matignon-donne-son-feu-vert-a-l-ouverture-de-nouveaux-sites-pour-les-consommateurs_6094760_3224.html

D'autres villes françaises, à l'image de Marseille, Lille, ou encore Bordeaux, avaient, au lendemain de l'autorisation de l'expérimentation par le Législateur en 2016, amorcé des projets d'ouverture de SCMR devant l'augmentation des usagers et des consommations « sauvages ». Cependant, les rivalités et les divergences politiciennes ont ralenti l'implantation des salles de consommation et in fine, le déploiement pourtant indispensable des stratégies de RDR. A Lille, la mairie et sa maire, Martine Aubry, avaient envisagé d'ouvrir la première SCMR fin octobre 2021. Un lieu d'implantation correspondant aux conditions du cahier des charges avait été trouvé, des comités de suivi constitués et des consultations avec les riverains organisées. Un coup d'arrêt sera porté au projet par le ministre de l'Intérieur, Gerald Darmanin. Fin juin 2021, après avoir affirmé que : *« la drogue doit être combattue, pas accompagnée. »,* le ministre va affecter le quartier destiné à recevoir la SCMR dans le dispositif des *« quartiers témoins »*, quartiers dévolus pour accueillir une grosse présence de forces de l'ordre ainsi que des moyens de vidéosurveillance pour lutter contre le trafic de stupéfiants. C'est Matignon qui arbitrera en faveur de Gerald Darmanin en indiquant qu'implanter au même endroit une SCMR *« porterait préjudice au bon déploiement de l'opération «quartiers témoins» portée par le ministère de l'Intérieur (…) qui obtient de premiers résultats très positifs. »*[34] Le projet est aujourd'hui en suspens, laissant les consommateurs de substances psychoactives, les riverains, les commerçants et les élus sans solution pérenne.

Il apparait alors que le soutien politique est une condition majeure préalable à l'ouverture d'une SCMR et au déploiement des objectifs de RDR. L'INSERM en 2010, après avoir été sollicité par la DGS, avait réalisé une expertise collective relative à la RDR chez les usagers de substances psychoactives. Dans ce document, la dizaine d'experts avait conclu au bénéfice des 90 SCMR - alors appelés Centres d'injection supervisés - déjà implantés dans différents pays européens[35].

---

[34] PLUCHARD J., Vozer - « Le projet de salle lilloise de consommation à moindre risque est dans l'impasse. », 27 octobre 2021. Disponible à l'adresse : https://vozer.fr/2021/10/27/le-projet-de-salle-lilloise-de-consommation-a-moindre-risque-est-dans-limpasse/

[35] INSERM, 2010. *Réduction des risques chez les usages de drogues*. Disponible à l'adresse : https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86

En dépit de cette expertise positive, le gouvernement Fillon, le 12 août 2010, avait refusé l'implantation de telles structures : *« La priorité de Matignon est de réduire la consommation de drogue, non de l'accompagner, voire de l'organiser. »* et que les salles de consommation ne sont : *« ni utiles, ni souhaitables. »*[36] Ainsi, il a fallu attendre l'arrivée au pouvoir d'un gouvernement de gauche pour que soit entérinée la mise en place du dispositif expérimental des SCMR par la Loi de 2016.

Aujourd'hui encore, et malgré leur consécration législative, les salles de consommation continuent à opposer au sein même de l'Assemblée nationale. Le 29 juin 2021, la députée front national Marie-France Lorho émettait une proposition de loi visant à fermer et interdire les SCMR[37].

La difficile traduction des objectifs assignés aux SCMR sur le plan matériel tient également au cadre législatif qui organise le développement et l'organisation des salles de consommation. En effet, la Loi de 2016 relative à la modernisation de notre système de santé n'avait institué qu'un dispositif expérimental sur six années.

En 2022, l'arrêté du 26 janvier[38], contrairement aux espoirs des partisans de la RDR, n'a pas pérennisé le dispositif mais l'a seulement prolongé de trois années supplémentaires. Cette absence de consécration du dispositif, en plus d'engendrer un flou pour les professionnels de la RDR, créée une incertitude quant à la volonté réelle des pouvoirs publics d'instituer les SCMR comme nouvel outil de RDR à destination des consommateurs de produits psychoactifs.

Les SCMR sont indivisibles du concept de RDR puisque ce sont justement des instruments de RDR à destination des usagers de produits psychoactifs. Ces salles ont donc pour mission de remplir les mêmes objectifs que ceux assignés à la RDR c'est-à-dire une diminution des risques sanitaires, sociaux et sécuritaires. Cependant, malgré leurs objectifs salutaires de diminution des risques, les SCMR vont être fustigées, empêchant le bon déploiement des principes de RDR sur le plan matériel.

---

[36] Le Point - « Des salles de consommation pour drogués : le débat enfle, Matignon contre. », 11 août 2010. Disponible à l'adresse : https://www.lepoint.fr/societe/des-salles-de-consommation-pour-drogues-le-debat-enfle-matignon-contre-11-08-2010-1224223_23.php

[37] LORHO Marie-France. Proposition de loi n°4289 visant à interdire les salles de shoot. Enregistrée à la Présidence de l'Assemblée nationale le 29 juin 2021.

[38] Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" ». JORF n°0045 du 23 février 2022. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045207066

Section 2 - La participation concrète des salles de consommation à moindre risque à la réduction des risques

Les SCMR participent à la RDR de plusieurs manières, d'abord par leur fonctionnement concret et la mise en application des missions qui leur sont initialement confiées (Paragraphe 1), ensuite, grâce au travail réalisé par les intervenants des SCMR, aux multiples statuts (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 - La participation spatiale des salles de consommation à moindre risque à la réduction des risques

Au lendemain de la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et après la consécration de l'expérimentation des SCMR en France, deux projets de salle au fonctionnement distinct ont vu le jour : un à Paris, l'autre à Strasbourg. Le cahier des charges national publié par arrêté le 22 mars 2016 définit le cadre de fonctionnement des SCMR que les associations porteuses des projets doivent respecter. La salle de consommation implantée dans la Capitale et portée par l'association Gaïa a été inaugurée le 11 octobre 2016 par la ministre de la Santé, Marisol Touraine. Située dans le nord du 10e arrondissement, la salle est accolée à l'hôpital Lariboisière et possède une entrée autonome *(Cf : annexe n°3)*. La localisation n'a pas été choisie au hasard mais a été plutôt le fruit d'une longue concertation. En plus de se trouver dans la zone de consommation et de vente la plus importante de Paris, sa localisation réunissait l'ensemble des conditions définies par le cahier des charges puisque, pour fonctionner, le lieu d'implantation doit répondre à des atouts stratégiques majeurs. Ainsi, le huitième alinéa de l'arrêté du 22 mars 2016 dispose que : *« Le projet d'expérimentation de salle de consommation à moindre risque tient compte des réalités et des besoins spécifiques à son territoire d'implantation. Le choix du lieu d'implantation doit dépendre de données locales spécifiques relatives au nombre d'usagers actifs, aux produits, aux modes et à la fréquence de consommation et aux habitudes des usagers. Il doit être situé à proximité des lieux de consommation afin d'être proches des usagers et de réduire les nuisances publiques là où elles sont les plus tangibles.*

Le projet adapte en conséquence les programmes d'intervention, les actions et les outils de réduction des risques à ces besoins spécifiques. »[39]

En premier lieu, la salle doit se situer à proximité des consommateurs, installés, la majeure partie du temps, dans le centre des villes où sont localisées les scènes ouvertes de drogues et les lieux de deals. En effet, plusieurs études ont démontré que l'une des raisons pour lesquelles les usagers abandonnaient leur matériel de consommation dans l'espace public était la peur de se faire arrêter par la police en sa possession (Devaney et Berends, 2008)[40]. Ainsi, la proximité entre la SCMR et les lieux de deal permettrait aux usagers de consommer directement leur produit dans la structure, sans crainte de se faire contrôler, de se faire confisquer leurs doses et en utilisant du matériel distribué par la salle, réduisant le risque de voir des déchets abandonnés dans l'espace public. Dans un premier temps, la SCMR de Paris avait été implantée provisoirement derrière les bâtiments de la gare du Nord, à proximité des principaux lieux de consommation et de deal. Cependant, cette salle n'était pas située directement sur les scènes ouvertes de consommation la rendant inopérante. En réalité, il semblerait que la question des dealers soit mineure puisqu'en réalité, ce sont eux qui suivent les « déplacements » des usagers et non l'inverse. Pour preuve, lorsque les consommateurs de crack ont été évacués des jardins d'Éole pour la Seine-Saint-Denis, les dealers les ont très vite rejoints. D'autres recherches ont aussi démontré que la proximité des PES et des usagers favorisait leur utilisation (Sarang, Rhodes et Platt, 2008)[41]. Ainsi, les SCMR, dont l'une des missions est la distribution gratuite de seringues, favoriseraient l'utilisation de matériels stériles à usage unique ce qui diminuerait les risques de transmission du VIH et des hépatites ainsi que les déchets abandonnés sur la voirie. La salle doit également être facilement accessible pour les usagers, au risque qu'ils ne s'y déplacent pas tel qu'on a pu l'observer dans la structure située derrière la gare du Nord.

---

[39] Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque ». JORF n°0072 du 25 mars 2016. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032291220/

[40] DEVANEY Madonna, BERENDS Lynda, *« Syringe disposal bins: the outcomes of a free trial for city traders in an inner-city municipality Australia »*, Substance Use & Misuse, 43(1), p. 139-153, 2008.

[41] SARANG Anya, RHODES Tim, PLATT Lucy, *« Access to syringes in three Russian cities: implications for syringe distribution and coverage »*, The International Journal on Drug Policy, 19 Suppl 1, p. S25-36, 2008.

Pour y accéder, les consommateurs devaient traverser des infrastructures ferroviaires, ce qui constituait une frontière trop importante entre le lieu de consommation et le lieu d'achat des produits.

De plus, la SCMR ne doit pas être directement située dans un lieu d'habitation ou à proximité immédiate pour ne pas perturber les riverains, qui, pour beaucoup, craignent d'être confrontés à des troubles publics et à des nuisances sonores. L'idée est de ne pas opposer les riverains directement à cette situation, dont beaucoup sont déjà inquiets par l'ouverture d'une SCMR dans leur quartier. L'implantation temporaire de la SCMR derrière la gare du Nord présentait ainsi un autre inconvénient lié à cela : les fenêtres d'un immeuble d'habitation donnaient directement sur l'arrière-cour de la salle. Celle implantée dans la ville de Strasbourg semble, elle, être moins contestée par les riverains de par sa localisation. Elle est à la fois centrale et proche des lieux de trafic et de consommation mais également isolée car elle se trouve dans l'enceinte de l'ancien hôpital civil, sur un quai, et n'a donc pour voisinage direct que celui de l'hôpital, contrairement à la salle parisienne.

Enfin, la configuration de la SCMR reste importante pour offrir un accès adapté aux services d'urgence puisque les consommateurs prennent de facto des risques dans leur consommation, notamment des risques d'overdose. C'est ce critère qui avait conduit la mairie de Paris à opter pour la localisation finale de la salle de consommation.

Le fonctionnement des SCMR gérées par Gaïa à Paris et Ithaque à Strasbourg est très réglementé. Tout d'abord, la salle, ouverte 7 jours sur 7, ne fournit aucune substance à aucun usager. Les produits sont apportés par les consommateurs eux mêmes et seules les personnes majeures sont acceptées. Ensuite, l'usager doit préalablement énoncer et montrer à l'intervenant médicosocial le produit qu'il souhaite consommer et une seule consommation est autorisée par session. De plus, les usagers doivent utiliser le matériel de consommation mis à leur disposition. Enfin, l'injection est pratiquée par l'usager lui-même sous la supervision d'un professionnel qui ne participe d'aucune manière aux gestes de consommation. En revanche, en dehors de ces principes inhérents aux deux SCMR, il existe des subtilités de fonctionnement qui diffèrent entre les deux salles.

La structure de Strasbourg, ouverte depuis novembre 2016, offre aux consommateurs, une possibilité d'hébergement avec une vingtaine de places disponibles. Plusieurs facteurs ont permis cette innovation : des locaux plus grands qu'à Paris et une file active plus restreinte (900 usagers à Paris en 2019 contre 662 à Strasbourg) et des passages journaliers plus occasionnels (300 à Paris contre 70 à Strasbourg). Les critères d'accès à ces logements sont stricts : être sans domicile fixe ou dans un hébergement précaire, être un utilisateur de la SCMR et *« avoir un problème de santé nécessitant un suivi, par exemple une fracture ou une hépatite »*[42] précise le médecin Alexandre Fetlz, adjoint à la maire de Strasbourg et en charge de la santé. D'ailleurs, alors que la salle de consommation de Paris n'ouvre ses portes que de 13h30 à 20h30, celle de Strasbourg est ouverte en continu, 24 heures sur 24 mais exclusivement pour les usagers qui jouissent d'une offre d'hébergement. De plus, il est apparu que la salle de Strasbourg répondait davantage à l'objectif social déployé par les SCMR que celle implantée à Paris. Les projets en lien avec les usagers sont en effet multiples et variés : randonnées, activités culturelles, jardinage, etc…

Depuis la promulgation d'un arrêté le 26 janvier 2022, les SCMR s'apprêtent à revêtir une nouvelle forme : *« Cette même loi autorise également la mise en place de HSA mobiles dont le cahier des charges sera intégré par un arrêté ultérieur. »*[43]. Ainsi les stratégies de RDR opérées par les SCMR pourront être déployées hors d'un lieu fixe mais dans une structure mobile. Cette innovation remplit un objectif majeur : aller directement à la rencontre des usagers pour toucher le plus de consommateurs et, notamment, ceux qui sont le plus marginalisés.

---

[42] GAGNEPAIN T., 20 minutes. « Strasbourg : première en France, la « salle de shoot » accueille maintenant jour et nuit. », 2 juillet 2021. Disponible à l'adresse : https://www.20minutes.fr/strasbourg/3075863-20210702-strasbourg-premiere-france-salle-shoot-accueille-maintenant-jour-nuit

[43] Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" ». JORF n°0045 du 23 février 2022. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045207066

Paragraphe 2 - La participation organique des salles de consommation à moindre risque à la réduction des risques

Les SCMR sont dotées de plusieurs intervenants aux caractéristiques différentes. Peuvent d'abord être cités les salariés des salles de consommation formés à la RDR. L'arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges des SCMR[44] impose la création d'une équipe pluridisciplinaire. Se côtoient ainsi éducateurs spécialisés, assistants sociaux, médecins, psychiatres et infirmiers…

Les SCMR accueillent également, au sein de leur équipe, des travailleurs pairs. Ce sont d'anciens ou actuels consommateurs qui vont intervenir auprès des usagers de la salle pour apporter leur aide aux intervenants salariés. Leur contribution est essentielle. Fort de leur expérience personnelle et de leurs connaissances, ils peuvent transmettre aux consommateurs les stratégies de RDR liées à l'injection d'une manière différente de celle des professionnels. Ces travailleurs permettent une horizontalité des relations avec les usagers et forment donc des « passerelles » entre les usagers consommateurs et les salariés qui ne consomment pas, en particulier pour les usagers les plus marginalisés où un déficit de confiance avec les professionnels peut exister. Le décret de 2005 approuvant la référentiel national des actions de RDR en direction des usagers de substances psychoactives précise au point VII que : *« Lorsque des usagers de drogue participent aux interventions de réduction des risques comme animateurs de prévention, ils s'interdisent de consommer des stupéfiants illicites pendant ces activités. »*[45] Les travailleurs bénévoles sont aussi acceptés à l'intérieur des SCMR afin d'appuyer le personnel salarié dans l'accueil, l'accompagnement et l'orientation des usagers.

---

[44] Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salle de consommation à moindre risque. » JORF n°0072 du 25 mars 2016. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032291220/

[45] Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique. JORF n°88 du 15 avril 2005. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000259240

La loi du 26 janvier 2016 et son article 43 ont mis en place une spécificité remarquable à l'égard des salariés des SCMR et des travailleurs pairs : ils sont dotés d'une immunité pénale. « *Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.* » L'article L.3411-8 du CSP III[46] précise lui que : *« L'intervenant agissant conformément à sa mission de réduction des risques et des dommages bénéficie, à ce titre, de la protection mentionnée à l'article 122-4[47] du code pénal. »,* article du code pénal qui consacre l'irresponsabilité pénale par autorisation de la loi. Ainsi, les salariés, comme les travailleurs pairs, ne pourront pas voir leur responsabilité engagée dans l'exercice de leur mission pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants et ce, en raison de la loi. Cette immunité pénale a été rendue nécessaire pour le bon fonctionnement des SCMR. En effet, l'usage de substances psychoactives classées comme stupéfiants est réprimé depuis la loi du 31 décembre 1970 et l'article L.222-37 alinéa 1 du code pénal[48]. Ainsi, sans cette protection, les professionnels des SCMR pourraient être poursuivis sur plusieurs fondements : complicité d'usage par aide ou assistance[49], délit d'incitation ou présentation de l'usage sous un jour favorable[50]. Néanmoins, cette immunité n'est pas totale et peut être levée dans un cas bien précis. Effectivement, l'article 43 de la loi du 26 janvier 2016 précise que cette immunité ne vaut pour le personnel professionnel que s'il agit « *conformément à sa mission de supervision.* » Dans l'hypothèse où l'intervenant-salarié ne respecte pas la réglementation et les bonnes pratiques énoncées à l'article L.3411-8 du CSP II, sa responsabilité pénale pourra être engagée.

---

[46] Article L.3411-8 du CSP. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031917375/

[47] Article L.122-4 du code pénal. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417216

[48] Article L.222-37 alinéa 1 du code pénal. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417724

[49] Combinaison entre les articles L.3421-1 du CSP et L.121-7 du code pénal. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043343299/ et https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006417212

[50] Article L.3421-4 du CSP. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006688178/

Cependant, à la lecture de l'article 43, une limite à cette immunité pénale peut être entrevue : elle ne vise que les professionnels et exclut donc en théorie du champ de cet aménagement pénal les bénévoles qui apportent leur aide.

Un autre public est concerné par la participation des SCMR à la réduction des risques : les usagers eux-mêmes. En effet, la RDR repose avant tout sur la participation active des consommateurs. C'est d'abord la capacité à modifier leurs pratiques de consommation à risques qui va, ou non, aboutir à une réduction des risques. Certes, la mise en place d'instruments de RDR est primordiale mais la mise en pratique par ses destinataires l'est tout autant. Ensuite, les besoins des consommateurs ne sont jamais mieux compris que pas leurs pairs. Les usagers des SCMR partagent, pour la plupart, les mêmes modes de vie et les mêmes problèmes que ces travailleurs, reléguant alors au second plan, l'action des institutions et des professionnels. On peut évoquer ici le concept d'auto-support que la sociologue Marie Jauffret-Roustide définit de la manière suivante : *« volonté des patients de mettre l'accent sur leur expérience et leur autonomie pour se soigner, s'aider ou défendre leurs droits. L'utilisation de l'expression auto-support sous-entend une grande autonomie laissée aux patients et une mise à distance, voire une contestation de l'activité des professionnels. »*[51] Cette faculté d'auto-détermination et d'expertise de l'usager doit alors être reconnue par l'ensemble des professionnels de santé qui travaillent à ses côtés pour tisser un lien de confiance. L'objectif est d'aider la personne à agir et déployer les principes de RDR par elle-même avant d'agir pour elle.

Les salles de consommation opèrent donc selon des règles et des procédures bien précises. Leur fonctionnement doit notamment respecter un cahier des charges aux dispositions rigoureuses, à l'image de l'emplacement de la salle qui doit répondre à des conditions scrupuleuses. Les recommandations de RDR dispensées au sein des SCMR sont confiées à des intervenants aux statuts différents : professionnels, bénévoles ou encore usagers.

---

[51] JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Auto-support des usagers de drogues et prévention des risques », *Villes et toxicomanies*, p.276, 2005.

Partie 2 - Les salles de consommation à moindre risque, un instrument efficace dans la lutte pour la réduction des risques ?

En 2021, après cinq années d'expérimentation, l'INSERM est mandaté par la MILDECA, (Mission interministérielle de lutte contre les drogues) pour évaluer l'apport des SCMR à la RDR - avec, notamment, un focus sur la salle de Paris - et établir un bilan. Fort d'une expertise réalisée par une dizaine de spécialistes, le rapport repose sur une approche pluridisciplinaire (épidémiologie, santé publique, économie de santé et addictologie) et se décline en trois volets : d'abord, l'efficacité des SCMR sur *« la réduction des pratiques à risque VIH et VHC et sur plusieurs autres indicateurs de santé »*[52], ensuite, l'évolution économique par une étude coût-efficacité des salles de consommation et, enfin, l'acceptabilité sociale de la SCMR de Paris et son impact sur la tranquillité publique. Publié le 7 mai 2021, le rapport de l'INSERM établit la preuve des bénéfices des SCMR dans la RDR avec une diminution des risques liés à la consommation de substances psychoactives (Chapitre 1).

Il convient cependant de nuancer l'efficacité des SCMR dont l'existence de limites peut entraver son action (Chapitre 2).

Chapitre 1 - Une réduction des risques constatée attribuable aux salles de consommation à moindre risque

La diminution constatée des risques liés à la consommation et imputable aux SCMR va se traduire dans des domaines bien précis et de façon efficiente comme le constate l'INSERM : *« L'évaluation de cette expérimentation (…) suggère que cette intervention présente un rapport coût efficacité acceptable pour la société. ».* (Section 1). De plus, des évolutions législatives remarquables sont apparues consécutivement à la mise en place des salles de consommation (Section 2).

---

[52] INSERM, 2021. « Résumé », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.13. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

Section 1 - Une diminution efficiente des risques observée à différentes échelles

La diminution des risques constatée par le rapport de l'INSERM va s'opérer sur le champ sanitaire mais aussi sécuritaire (Paragraphe 1). De plus, il va s'avérer que la diminution des risques sanitaires et sécuritaires est jugée efficiente par l'INSERM (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 - Une diminution des risques sanitaires et sécuritaires

En premier lieu, le rapport de l'INSERM s'est intéressé à l'impact des SCMR sur la santé des consommateurs de substances psychoactives et, en particulier, sur la transmission du VIH et de l'hépatite C. En France, en 2004, la prévalence des anticorps anti-VHC était inférieure à 1 % (0,84 %) en population générale[53]. Sur une population de 1462 usagers de substances psychoactives, la prévalence s'élevait à 60%. On chiffre aujourd'hui à 4400 le nombre de personnes contaminées par le VHC avec un coût pour la Sécurité sociale de 240 millions d'euros par an[54]. Concernant le VIH, les usagers de substances psychoactives constituent une population particulièrement à risque. On estime que dans les années 80, une personne sur deux contaminée par le VIH était un usager. Une enquête réalisée par la DGS publiée en 1989 montre des résultats encore plus probants : sur une cohorte de 1218 cas contaminés par le VIH, environ 79% (soit 958 personnes) étaient des consommateurs[55] *(Cf : annexe n°2)*. Des études sur les pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC ont été réalisées au Canada, en Australie et dans plusieurs pays européens où sont implantées des SCMR.

---

[53] INSERM, 2010. « Risques infectieux chez les usagers de drogues », *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogue,* p.67. Disponible à l'adresse : https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86

[54] Podcast France Culture (2013) https://www.franceculture.fr/emissions/les-retours-du-dimanche-12-13/salles-de-shoot-banalisation-ou-reduction-des-risques

[55] CROUZIER C., LAPORTE A., BRUNET J.-B. (Direction générale de la Santé) *« Caractéristiques de l'épidémie de SIDA liée à la toxicomanie (1983-1988) en France »*, 1989.

Ces expériences montrent un effet bénéfique des salles de consommation sur le partage de seringues, vectrices de risques infectieux. Les résultats combinés de quatre études ont démontré que l'utilisation d'une salle de consommation était associée à une réduction du partage de seringues de 69% (Milloy & Wood, 2009a)[56].
L'INSERM conclut de la même manière dans son rapport publié en 2021 : *« Ainsi, il apparait que les participants exposés à la SCMR ont un risque significativement moins important de partager leur matériel d'injection que les personnes non exposées au dispositif. »*[57] Ces résultats s'expliquent par la mission confiée aux SCMR de distribution gratuite de matériels de consommation stériles aux usagers.
Les partages sont alors bien moins nombreux et les risques d'être contaminé par le VIH ou le VHC et d'en devenir des relais diminuent. De plus, la cohorte étudiée dans le rapport de l'INSERM a permis une évaluation avant et après l'implantation de la SCMR de Paris : la réduction du partage de seringues chez les utilisateurs de la salle de consommation coïncidait avec l'ouverture du dispositif. En parallèle, l'INSERM a réalisé une étude économique destinée à évaluer le coût-efficacité des SCMR.
Pour ce faire, une simulation sur dix ans du devenir de la population qui a fréquenté ou fréquentera les SCMR a été réalisée. Dans ce volet, l'INSERM a conclu que les SCMR de Paris et de Strasbourg permettraient d'éviter 6% des infections VIH et 11% des infections VHC sur une période de 10 ans. En terme de santé individuelle et notamment en ce qui concerne les abcès et les infections cutanées consécutives à l'injection, l'INSERM arrive aux mêmes conclusions. Les usagers des SCMR ont une plus faible probabilité d'avoir eu un abcès au cours des six derniers mois que les consommateurs non exposés au dispositif[58] *(Cf : annexe n°4)*. Selon la modélisation réalisée par l'INSERM sur dix ans, les SCMR permettraient d'éviter 77% des abcès et des endocardites dont 2% sont liés aux abcès.

---

[56] Milloy, M.-J., Wood, E., Tyndall, M., Lai, C., Montaner, J., & Kerr, T. Recent incarceration and use of a supervised injection facility in Vancouver, Canada. Addiction Research & Theory, 17(5), 538-545, 2009.
Disponible à l'adresse : https://doi.org/10.1080/16066350802023065

[57] INSERM 2021. « Analyse principale : pratiques à risque de transmission du VIH et VHC », *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.50. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[58] INSERM 2021. « Abcès », *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.53. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

Concernant les overdoses, les études publiées dans les autres pays dotés de SCMR montrent une baisse de la mortalité survenue par surdose attribuable aux salles de consommation (Potier et al., 2014)[59]. Une étude menée avant et après ouverture de la salle de Vancouver a montré une réduction significative de 35% de la mortalité par overdose à moins de 500 mètres autour de la salle, comparativement à une baisse de 9,3% dans le reste de la ville (Marshall et al., 2011)[60].

Une étude de modélisation a calculé que la salle avait permis d'empêcher entre 8 et 51 morts par overdose sur quatre ans (Milloy et al., 2008)[61]. A Sydney, en Australie, le nombre d'appels liés à une surdose auprès des services d'urgence a diminué après l'ouverture de la salle de consommation. Cette diminution étant encore plus importante durant les horaires d'ouverture de la structure et dans le quartier alentour (Salmon et al., 2010)[62]. L'étude menée par l'INSERM publiée en 2021 arrive aux mêmes conclusions : *« Ainsi, il apparait que les utilisateurs de la SCMR (groupe exposé) sont significativement moins nombreux à avoir déclaré une overdose non fatale au cours des six derniers mois. »*[63] *(Cf : annexe n°5).* Les experts de l'INSERM affirment que les SCMR permettraient d'éviter sur 10 ans, le décès de 22 consommateurs à Paris et 21 à Strasbourg[64].

---

[59] Potier, C., Laprévote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. Supervised injection services : What has been demonstrated? A systematic literature review. Drug and Alcohol Dependence, 145, 48-68, 2014. Disponible à l'adresse : https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.10.012

[60] Marshall, B. D., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S., & Kerr, T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility : A retrospective population-based study. The Lancet, 377(9775), 1429-1437, 2011. Disponible à l'adresse : https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62353-7

[61] Milloy, M.-J., Wood, E., Tyndall, M., Lai, C., Montaner, J., & Kerr, T. Recent incarceration and use of a supervised injection facility in Vancouver, Canada. Addiction Research & Theory, 17(5), 538-545, 2009.
Disponible à l'adresse : https://doi.org/10.1080/16066350802023065

[62] Salmon, A. M., Beek, I. V., Amin, J., Kaldor, J., & Maher, L. The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. Addiction, 105(4), 676-683, 2010. Disponible à l'adresse : https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02837.x

[63] INSERM, 2021. « Overdoses non fatales », *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.57. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[64] INSERM, 2021. « Résultats. Analyse principale », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.113. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

En outre, le rapport de l'INSERM met évidence un apport bénéfique des salles de consommation sur les passages aux urgences : *« Les utilisateurs de la SCMR ont une probabilité moins importante d'avoir été aux urgences au cours des six derniers mois. »*[65] *(Cf : annexe n°6).* Ces résultats entrainent au moins deux conséquences : d'une part, un désengorgement des services d'urgence déjà très saturés, d'autre part, une économie liée aux coûts évités par la prise en charge des usagers. L'INSERM dédie ensuite un volet de son rapport à l'impact des SCMR sur les risques sécuritaires, d'une part sur la tranquillité publique et les délits, d'autre part, sur les déchets et les injections dans l'espace public. Concernant la tranquillité publique et les délits commis aux abords de la SCMR de Paris, le rapport de l'INSERM montre des effets tout à fait intéressants. En effet, alors que l'augmentation des délits et autres incivilités représentent la crainte majeure des riverains, les analyses de la cohorte montrent que la proportion de délits commis par les utilisateurs de la SCMR de Paris est significativement moins importante comparée aux non-utilisateurs de la salle[66] (*Cf : annexe n°7)*. Plusieurs témoignages de professionnels travaillant aux abords de la salle confirment ce constat : *« Non, non, les toxicomanes, on dit, on dit, mais ils ont une bonne approche d'abord, ils sont pas agressifs, ils disent bonjour. »* (Agent des parcs et jardins, 2019)[67],*« Ils errent dans la gare, mais à part chercher leur dose, ils font de mal à personne. »* (Agent de police, 2019)[68]. Le commissariat du 10e arrondissement de Paris a transmis à l'INSERM le nombre d'interpellations recensées à proximité de la SCMR, avant et après sa création.

---

[65] INSERM 2021. « Passages aux urgences », *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.60. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[66] INSERM 2021. « Délits », *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.76. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[67] INSERM 2021. « Les usagers de drogues : l'expression d'un sentiment d'insécurité mais peu d'agressions physiques rapportée », *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.180. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[68] INSERM 2021. « Les usagers de drogues : l'expression d'un sentiment d'insécurité mais peu d'agressions physiques rapportée », *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.180. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

Depuis 2018, une nette diminution des interpellations est constatée aux abords de la salle de consommation *(Cf : annexe n°8)*. L'INSERM a relevé plusieurs observations au cours de ce rapport suite aux entretiens réalisés avec les forces de police[69] :

- Le quartier où est implantée la SCMR était déjà soumis à de nombreux délits, ce n'est pas la salle qui les a créés ;
- Le nombre d'interpellations a significativement diminué dans le secteur de la SCMR ;
- Depuis l'implantation de la SCMR, le quartier ne présente pas de dégradation majeure contrairement à d'autres quartiers du 10e arrondissement ou la situation s'est dégradée.

Concernant les déchets abandonnés dans l'espace public et les injections « sauvages », l'INSERM conclut à des effets probants imputables aux SCMR.

Les déchets représentent l'une des préoccupations majeures des riverains de la salle de consommation. Sont entendus comme déchets, les seringues et le matériel d'injection en général mais aussi, certains emballages et médicaments comme les flacons de méthadone *(Cf : annexe n°9)*. Ces déchets et en particulier les aiguilles représentent un danger éminent pour les riverains et les agents de nettoyage de la ville de Paris puisque souillées, elles peuvent être vectrices de virus et de maladie. Plusieurs professionnels qui travaillent aux abords de la SCMR de Paris se sont piqués avec des seringues ce qui peut représenter un réel traumatisme : *« L'autre jour, on a un gars qui s'est piqué, il avait les gants sauf qu'il s'est fait piquer au mollet. Il a pris le sac poubelle et en montant les marches, il avait le sac poubelle près de lui. (…) Psychologiquement, c'est vrai que notre collaborateur, on avait un contact avec lui tous les jours et il était sur cette crainte. »* L'étude écologique menée par l'INSERM dans son rapport de 2021 montre des résultats probants depuis l'ouverture de la SCMR. L'évaluation démontre que le nombre de seringues abandonnées dans l'espace public a été divisé par 3 sur la période avant et après implantation de la salle, *« dont une baisse de 55% attribuable directement à la SCMR. »*[70] *(Cf : annexe n°10)*.

---

[69] INSERM 2021.« Les usagers de drogues : l'expression d'un sentiment d'insécurité mais peu d'agressions physiques rapportée », *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.258. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[70] INSERM, 2021. « Conclusions générales », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.307. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

De plus, de nombreux témoignages, notamment des agents de nettoyage de la ville de Paris, abondent dans ce sens d'une diminution des déchets liés à la consommation : *« On a à peu près depuis l'ouverture de la salle, divisé par trois le nombre de seringues qu'on retrouve dans le sanitaire. Ça reste une quantité élevée mais on a vu une nette diminution de ces chiffres-là. »*[71], « *Quand j'ai commencé au début, je trouvais beaucoup de seringues. Il y avait pas encore la salle de shoot. [...] Par jour, je devais en trouver quatre ou cinq. C'est vrai qu'il y en avait plus, mais la salle de shoot n'était pas encore ouverte. Depuis que ça a ouvert, c'est vrai que j'en voie plus. »*[72]. L'INSERM s'est aussi intéressé à l'injection de produits psychoactifs dans l'espace public. Les riverains et les commerçants situés à proximité de la salle sont les premiers confrontés aux injections sauvages. Ces consommations publiques peuvent générer des regroupements d'usagers, des nuisances sonores mais aussi de la crainte et de l'insécurité chez les riverains, l'impression d'être *« envahie par les usagers de drogues. »*[73] Le rapport de l'INSERM fait état d'une diminution de ces injections dans le domaine public depuis l'implantation de la SCMR : *« les personnes exposées à une SCMR déclarent significativement moins injecter principalement dans l'espace public »*[74] *(Cf : annexe n°11).* Ce constat n'est pas étonnant en soi. Les salles de consommation permettent aux usagers de pouvoir consommer dans un lieu sécurisé, avec du matériel stérile, sans craindre les forces de l'ordre, ce qui contribue donc naturellement à la diminution des injections sauvages.

---

[71] INSERM, 2021. « Une baisse sensible des traces de consommations sur la voirie et dans les sanisettes », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.183. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[72] INSERM, 2021. « Une baisse sensible des traces de consommations sur la voirie et dans les sanisettes », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.183. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[73] INSERM, 2021. « Contexte socio-historique d'émergence des SCMR dans le débat français », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.130. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[74] INSERM, 2021. « Injection dans l'espace public », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.79. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

Paragraphe 2 - Une diminution des risques efficiente

L'INSERM, dans son rapport publié en 2021, a dédié une partie de son expertise à l'évaluation économique des SCMR. L'objectif[75] principal était d'évaluer le coût, l'efficacité et le coût-efficacité des SCMR par rapport aux structures existantes, les CAARUD. En termes d'objectifs secondaires, l'étude a cherché à évaluer le coût de mise en place et de fonctionnement d'une SCMR, le coût additionnel sur 10 ans de la SCMR par rapport à une situation où seules des structures de RdR « classiques » c'est-à-dire les CAARUD sont présentes, l'efficacité d'une SCMR sur 10 ans en matière d'infections VIH et VHC, d'abcès, d'endocardites infectieuses associées à ces abcès, d'overdoses et de passages aux urgences évités, les coûts évités par la SCMR sur la durée de vie de la cohorte de PQIS (personnes qui s'injectent des substances) en termes de consommations de soins associés aux infections évitées (abcès, endocardites, infections VIH et VHC), overdoses évitées et passages aux urgences évités. Pour ce faire, le fonctionnement des SCMR a été simulé sur une période de dix ans, de 2016 - date d'ouverture des salles de Paris et Strasbourg - à 2026. Cette simulation a permis d'évaluer les coûts évités liés aux infections, aux overdoses et aux passages aux urgences par la présence des SCMR. Deux scénarios ont été simulés : le premier avec la présence de SCMR, le second, sans SCMR et où seules les structures traditionnelles de RDR, notamment les CAARUD, sont présentes. Les consommateurs de substances psychoactives, et en particulier les injecteurs, sont soumis à des risques plus importants que le reste de la population. On peut penser en premier lieu au VIH et au VHC, infections chroniques qui nécessitent des soins tout au long de la vie ce qui engendre des coûts pour la Sécurité sociale. On peut aussi évoquer les abcès qui, s'ils sont associés à des complications comme les endocardites et nécessitent un traitement chirurgical, peuvent générer des coûts supplémentaires estimés à 40 000 euros.

[75] INSERM, 2021. « COSINUS éco : objectifs », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.98. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

Concernant les passages aux urgences qui restent relativement peu couteux (environ 204 euros par passage en moyenne), ils sont plus nombreux chez les PQIS. De plus, environ 6% des consommateurs qui se présentent aux urgences sont transportés par le SMUR (Service d'urgence et de réanimation) dont une intervention coûte en moyenne 2 580 euros. Les consommateurs sont aussi soumis à des risques d'overdoses qui peuvent donner lieu à des hospitalisations et à des coûts supplémentaires. L'étude réalisée par l'INSERM a révélé des résultats plutôt convaincants quant à la balance coût-efficacité des SCMR. En effet, les bénéfices réalisés par les salles de consommation liés aux coûts médicaux évités sont parfaitement visibles. On estime que la présence des SCMR à Paris et à Strasbourg permettrait d'économiser sur 10 ans plus de 11 millions d'euros. L'INSERM a évalué à 6,5 millions d'euros les économies réalisées concernant les passages aux urgences. C'est le plus grand poste d'économie. Concernant les endocardites, l'économie est estimée à plus de 3 millions d'euros. Les SCMR permettraient en outre d'éviter sur 10 ans la dépense de 2 millions d'euros pour la prise en charge des abcès. Enfin, la modélisation réalisée par l'INSERM estime que les salles de consommation permettraient une économie de plus d'un million d'euros liée à la diminution des overdoses[76] *(Cf : annexe n°12)*. L'étude de l'INSERM a aussi démontré que les SCMR contribuaient à la réduction de 11% de l'incidence des infections VHC sur 10 ans avec, à la clef, une économie de plusieurs centaines de milliers d'euros. En revanche, en ce qui concerne le VIH, la création des SCMR de Paris et Strasbourg entraine un surcoût. Cela s'explique par deux facteurs : d'une part, l'espérance de vie des usagers contaminés par le VIH qui augmente en raison des bénéfices engendrés par les SCMR, d'autre part, le nombre d'infections au VIH évités ne permet pas de compenser le surcoût de la prise en charge du VIH[77] puisqu'on estime que seulement deux cas par ville seraient évités par la présence des salles de consommation. Par ailleurs, les économies réalisées ne compensent pas les coûts d'installation et de fonctionnement de ces structures sur 10 ans.

---

[76] INSERM, 2021. « Résultats : analyse principale », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.306. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[77] INSERM, 2021. « Résultats : analyse principale », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.113. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

Cependant, l'INSERM affirme que les SCMR présentent *« un rapport coût-efficacité pour la société »*[78] qui semble acceptable au regard de la littérature internationale et du rapport coût-efficacité d'autres interventions de santé publique déjà mises en place en France. L'INSERM ajoute que : *« les modélisations réalisées suggèrent que le rapport coût-efficacité des SCMR pourrait encore être amélioré si les espaces de consommation étaient intégrés aux structures existantes (CAARUD)*[79]*. »*

Dans son rapport publié en 2021, les experts de l'INSERM ont constaté une diminution significative des risques sanitaires et sécuritaires consécutive aux SCMR. L'échange et le partage de matériels stériles nécessaires à la consommation sont nettement moins nombreux et la mortalité par overdose a chuté. Les déchets abandonnés dans l'espace public, les injections sauvages et les délits ont aussi connu une diminution conséquente. De plus, il est apparu que le travail réalisé par les salles de consommation était efficient. Les coûts évités par les actions accomplies étaient supérieurs aux dépenses déboursées pour les activités des SCMR.

---

[78] INSERM, 2021. « Résultats : analyse principale », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.306. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[79] INSERM, salle de presse. « L'évaluation scientifique conforme l'intérêt des salles de consommation à moindre risque (SCMR) », 7 mai 2021. Disponible à l'adresse : https://presse.inserm.fr/levaluation-scientifique-confirme-linteret-des-salles-de-consommation-a-moindre-risque-scmr/42889/

Section 2 - Une diminution des risques source d'évolutions législatives

La diminution des risques constatée et imputable aux SCMR va engendrer des évolutions politiques nécessaires. Premièrement, une politique pénale spéciale va être aménagée afin de protéger, dans des circonstances bien précises, les consommateurs et les professionnels des SCMR (Paragraphe 1). Deuxièmement, l'expérimentation des SCMR a été étendue et rénovée par la promulgation d'un arrêté au début de l'année 2022 (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 - La consécration d'une politique pénale aménagée

L'idée d'implanter des SCMR en France peut surprendre. Alors que le droit positif interdit la consommation des substances psychoactives qualifiées de « stupéfiants » depuis la Loi du 31 décembre 1970, le Législateur vient créer des lieux destinés à faciliter leur consommation. C'est là l'une des raisons de l'apparition tardive des SCMR en France : le conflit juridique entre la philosophie de RDR des salles de consommation et la Loi de 1970 *« rendait complexe d'un point de vue juridique et moral la mise en place de lieux financés par l'Etat au sein desquels la consommation de produits psychoactifs illicites serait autorisée. »*[80]

La Loi du 26 janvier 2016 vient alors consacrer en parallèle à l'expérimentation des SCMR une immunité pénale à l'attention des usagers mais aussi des professionnels qui exercent à l'intérieur des salles de consommation. Ainsi, l'article 43 de la Loi de 2016 dispose à son deuxièmement que : *« La personne qui détient pour son seul usage personnel et consomme des stupéfiants à l'intérieur d'une salle de consommation à moindre risque créée en application du présent article ne peut être poursuivie pour usage illicite et détention illicite de stupéfiants.*

Le professionnel intervenant à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque et qui agit conformément à sa mission de supervision ne peut être poursuivi pour complicité d'usage illicite de stupéfiants et pour facilitation de l'usage illicite de stupéfiants. » Cette immunité pénale crée, certes, une distorsion juridique avec le droit pénal et une différence de traitement entre les usagers et le reste de la population mais est imposée pour le fonctionnement efficace des SCMR.

---

[80] JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, PEDRONO Gaëlle, BELTZER Nathalie, « Supervised consumption rooms: the French Paradox », The International Journal on Drug Policy, 24(6), p. 628-630, 2013.

On comprend aisément que, sans cette immunité, aucun usager n'oserait se présenter à la salle et ses alentours avec sa consommation, par peur des forces de l'ordre.

Pour évoquer cette situation de différence de traitement, d'aménagement d'une pratique ou d'une règle dans l'objectif de garantir l'égalité des droits à une minorité, les Canadiens utilisent la notion d'accommodement raisonnable. L'accommodement est considéré comme raisonnable à deux conditions: lorsqu'il ne lèse pas les droits du reste de la population au profit de la minorité qui en bénéficie et lorsque l'exemption à la règle commune est proportionnée au problème posé. C'est dans cette situation d'accommodement de la règle pénale que le Conseil constitutionnel a rendu sa décision le 21 janvier 2016. Les Juges avait en effet eu à se prononcer sur la constitutionnalité de l'immunité pénale mise en place à l'égard des consommateurs et du personnel des SCMR. Il a été jugé que l'immunité pénale heurte le principe d'égalité devant la loi pénale qui impose aux juridictions françaises le traitement identique de tous les justiciables, quelle que soit leur nationalité ou leur condition : *« qu'il s'ensuit qu'en adoptant les dispositions contestées, le législateur a instauré une différence de traitement en rapport avec l'objet de la loi (…) »*[81]. Cependant, les juges constitutionnels continuent leur démonstration en affirmant que : « (le législateur) *a défini de façon suffisamment précise l'objet et les conditions des expérimentations en cause et le champ d'application de l'immunité qu'il a instaurée.»*[82] Ici, le Conseil constitutionnel admet deux choses: premièrement, une dérogation au principe d'égalité devant la loi pour motif d'intérêt général de RDR, deuxièmement et de façon implicite, la constitutionnalité de la dépénalisation du transport et de la détention des stupéfiants aux abords de la salle. En effet, cette immunité pénale existe dans deux situations bien précises : d'une part, dans la structure même de la SCMR, d'autre part, dans un périmètre établi autour de la salle et à l'intérieur duquel la détention et le transport d'une quantité limitée de substances sont tolérés à l'égard des consommateurs qui prouvent être usagers de la salle.

---

[81] Conseil constitutionnel. Décision n°2015-727 DC du 21 janvier 2016. Considérant 38. Disponible à l'adresse : https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2016/2015727DC.htm

[82] Conseil constitutionnel. Décision n°2015-727 DC du 21 janvier 2016. Considérant 38. Disponible à l'adresse : https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2016/2015727DC.htm

Ainsi, une circulaire du 13 juillet 2016 de politique pénale relative à l'ouverture des SCMR relate que : *« Seul le transport d'une quantité de produit destinée à une consommation personnelle par un usager se rendant à la salle de consommation peut être admis aux abords immédiats de la salle. Dans ce périmètre, défini par les procureurs de la République, la poursuite des personnes se rendant à la structure pourra être considérée comme inopportune. »*[83] Il convient de préciser que la définition du périmètre est à la charge des procureurs de la République concernés.

L'INSERM, dans son rapport d'évaluation des SCMR publié en 2021, a recueilli les témoignages de deux agents de police qui décrivent le fonctionnement de la zone de tolérance : *« Si la personne va vendre de la drogue ou des médicaments dans le périmètre protégé, on pourra l'interpeler ; soit la personne va être violente ou complètement ivre sur la voie publique. En dehors de ça, si on est juste sur un toxicomane qui est présent dehors, qui attend pour accéder à la SCMR, il y a rien qui est possible de faire. »*[84] Les forces de l'ordre tiennent à préciser lors des entretiens réalisés avec l'INSERM que lorsque la détention et le transport vont au delà des quantités définies par le procureur ou sont hors de la zone de tolérance autour de la SCMR, des verbalisations sont systématiquement dressées[85].

---

[83] Ministère de la Justice. Circulaire du 13 juillet 2016 de politique pénale relative à l'ouverture des premières salles de consommation à moindre risque, espace de réduction des risques pas usage supervisé. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=41161

[84] INSERM, 2021. « Mise en contexte et perspective », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.261. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[85] INSERM, 2021. « Mise en contexte et perspective », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.259. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

Néanmoins, cette immunité pénale n'est pas synonyme de « zone de non-droit » pénale pour les SCMR. Effectivement, en cas d'accident au sein d'une structure, une enquête sera ouverte et la responsabilité des travailleurs de la salle ou l'association qui la porte pourra être recherchée : *« Cette immunité n'exclut pas qu'en cas d'accident consécutif à une consommation de substances psychoactives effectuée dans une salle de consommation, des enquêtes ou informations judiciaires puissent être ouvertes en recherche des causes de la mort ou du chef de blessures ou homicide involontaires, à l'instar du régime de droit commun applicable en matière d'accident lié au fonctionnement d'une structure médicale ou médico-sociale »*[86]
Dans l'hypothèse d'une overdose dans la salle de repos consécutive à une injection réalisée dans la SCMR, on peut imaginer que la responsabilité de l'intervenant qui aurait négligé la présence de naloxone (antidote en cas d'overdose) à proximité ou le contenu du chariot de réanimation, pourrait être engagée.

[86] Ministère de la Justice. Circulaire du 13 juillet 2016 de politique pénale relative à l'ouverture des premières salles de consommation à moindre risque, espace de réduction des risques pas usage supervisé. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=41161

Paragraphe 2 - L'adoption de l'arrêté du 26 janvier 2022 générateur d'innovations

Le 23 février 2022, le ministre de la Santé, Olivier Véran, fait paraitre au Journal Officiel l'arrêté « du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux 'haltes soins addictions' (HSA). »[87] Sous ce nouveau terme d'HSA, sont ici évoqués les SCMR. Ce changement de dénomination peut au premier abord sembler anodin. Cependant, l'ajout du terme « soins » dans la désignation officielle des salles de consommation permet de remettre au centre de la politique de RDR, la prise en charge des usagers *« selon une approche de santé globale et grâce à des parcours de santé adaptés. Il s'agit de leur garantir un accès aux soins, à la prévention et à la santé, et d'améliorer leur insertion sociale. »* [88]
Plus globalement, l'intérêt de ce changement de dénomination est d'intégrer l'usager au sein d'un parcours de soins. Outre ce changement de dénomination, l'arrêté du 26 janvier 2022 est marqué par plusieurs autres innovations dont certaines majeures dans le développement du dispositif des SCMR. À ce titre, peut être évoquée l'extension du dispositif expérimental jusqu'en 2025. Si l'on peut regretter l'absence d'un cadre légal pérenne, l'expérimentation des SCMR a le mérite d'être étendue pour une nouvelle période. Le contraire aurait été pour le moins étonnant au regard du rapport publié par l'INSERM qui fait état des bénéfices tant sur la santé publique que sur la sécurité publique. C'est d'ailleurs ce que précise l'arrêté du 26 janvier 2022 : *« Les résultats finaux de l'évaluation des deux salles existantes (…) mettent en évidence des effets positifs sur la santé des personnes concernées, un rapport coût-efficacité acceptable pour la société ainsi qu'une absence de détérioration de la tranquillité publique. »*

---

[87] Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" ». JORF n°0045 du 23 février 2022. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045207066

[88] COHEN Laurence. Sénat, séance du 12 novembre 2021. Disponible à l'adresse : http://www.senat.fr/seances/s202111/s20211112/s20211112017.html

Le cinquième paragraphe de l'arrêté marque lui aussi un tournant dans le développement des salles de consommation. En effet, il dispose que : « *La mise en œuvre des expérimentations des HSA est confiée par arrêté ministériel à des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) et à des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), au titre de leur mission de réduction des risques et des dommages.* » Dorénavant, il sera possible d'adosser une SCMR à un CAARUD ou à un CSAPA. Cette innovation avait été proposée par l'INSERM dans son rapport d'évaluation, notamment, pour réduire les coûts : « *Une autre possibilité envisageable pour une une mise à l'échelle serait la mise à disposition d'espaces de consommation au sein des structures déjà existantes (les CAARUD), ce qui permettrait de réduire drastiquement les coûts d'équipement et d'aménagement, les structures étant déjà en place, ainsi que les coûts de fonctionnement : ces derniers ne représenteraient alors que le « surcoût » engendré par la SCMR par rapport aux coûts de fonctionnement d'un CAARUD.* »[89] Cette nouveauté est empreinte de révolution dans la généralisation des salles de consommation à l'échelle nationale puisque que, à l'avenir, les SCMR pourront directement être implantées au sein des CAARUD ou des CSAPA - structures d'accueil des consommateurs établies au niveau des villes - sans avoir à créer de nouvelles structures. L'objectif est d'obtenir un maillage territorial plus complet où les stratégies de RDR à l'intention des consommateurs de substances psychoactives pourront être dispensées à une échelle plus large. Cependant, cette possibilité n'est envisageable qu'à des conditions biens précises. C'est le nouvel article 43 de la Loi de 2016 qui vient les énoncer : « *I.-A titre expérimental et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, les CAARUD mentionnés à l'article L. 3411-9 du CSP et les CSAPA mentionnés à l'article L. 3411-6 du CSP, désignés par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du directeur général de l'agence régionale de santé et en concertation avec le maire de la commune concernée (et, à Paris, Lyon et Marseille, en concertation avec le maire d'arrondissement ou de secteur concerné), ouvrent une halte " soins addictions ", qui est un espace de réduction des risques par usage supervisé et d'accès aux soins, dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la santé.* »

---

[89] INSERM, 2021. « COSINUS éco », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.111. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

En plus de devoir obtenir le soutien du maire de la ville concernée par le projet d'implantation de la SCMR, l'avis du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) et la désignation par arrêté du ministre de la Santé, un cahier des charges aux dispositions strictes doit être scrupuleusement respecté. Toujours dans un objectif d'améliorer le maillage territorial des SCMR, l'arrêté du 26 janvier innove à nouveau avec la mise en place de SCMR mobiles. Cette innovation s'inscrit dans une démarche « d'aller vers » les usagers les plus marginalisés qui ne peuvent ou ne veulent pas se déplacer, toujours dans l'objectif d'optimiser le déploiement des stratégies de RDR. Le principe reste le même : les usagers viennent consommer leur produit à l'intérieur de la salle avec du matériel stérile sous la supervision d'un personnel spécialisé. Des associations présentes sur la ville de Montpellier ont, en 2021, fait le choix de lancer un projet d'unité mobile sans cadre légal officiel. Confronté à une augmentation des consommateurs et à une évolution des modes de consommation qui tend vers l'injection, le choix d'une SCMR mobile s'est révélé opportun *(Cf : annexe n°13)*. Monique Douguet, directrice de l'association « Réduire les risques », qui porte le CAARUD de Montpellier, explique son choix de la manière suivante : *« C'est pour ça que je suis plus favorable à un espace mobile. Avec un espace fixe, on aurait toujours des voisins qui ne seraient pas d'accord. Un bus qui tourne ça stigmatiserait moins un quartier. »*[90]

La diminution des risques constatée par l'INSERM et consécutive au travail mené par les SCMR a abouti à des évolutions législatives remarquables.
La loi a été aménagée par la création d'une immunité pénale à destination des usagers et des salariés des SCMR. L'intérêt était de permettre le fonctionnement correct des salles de consommation en autorisant, d'une part, les usagers à pouvoir consommer dans la structure et à transporter une quantité limitée de produits aux abords de la salle et d'autre part, en instaurant une irresponsabilité pénale à l'égard des salariés. Un arrêté a également été promulgué en janvier 2022 afin d'étendre l'expérimentation des SCMR jusqu'en 2025 et pour autoriser l'implantation de salles accolées à des CAARUD et des CSAPA.

---

[90] CIAVATTI M., France Bleu - « A Montpellier, le projet d'une unité mobile de consommation de drogue pour réduire risques et nuisances. », 15 mars 2021. Disponible à l'adresse : https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/drogue-toxicomanie-unite-de-consommation-a-moindre-risque-montpellier-prevention-1615585705

Chapitre 2 - Une efficacité des salles de consommation à moindre risque à nuancer

Malgré les bénéfices constatés par le rapport de l'INSERM, l'efficacité des SCMR dans la RDR à destination des usagers de substances psychoactives doit être nuancée. D'abord, l'installation de ces salles au coeur des villes se heurte à des obstacles majeurs qui compliquent leur déploiement à l'échelle nationale (Section 1). Ensuite, parce que les SCMR souffrent inévitablement de limites qui viennent entacher les résultats positifs observés (Section 2).

Section 1 - L'implantation complexe des salles de consommation à moindre risque

L'implantation des SCMR est contrariée par la réalité de farouches contestations et divergences : d'abord parce que les salles de consommation sont contestées à l'échelle politique (Paragraphe 1), ensuite, parce qu'elles doivent faire face à une acceptabilité sociale disparate (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 - Une complexité observée à l'échelle politique

L'implantation d'une salle de consommation n'est pas chose aisée, et ce, pour de multiples raisons qui tiennent notamment à des divergences politiques, parfois, au sein du même gouvernement. En effet, comme les rapporteurs de la « mission flash » sur les SCMR l'ont reconnu, *« ce sujet* (l'ouverture d'une SCMR) *est évidemment éminemment politique. »*[91] Les polémiques - évoquées antérieurement - qui entourent l'ouverture d'une SCMR à Lille illustrent parfaitement ces dissonances. Effectivement, alors que le ministre de la Santé, Olivier Véran, avait donné son « accord de principe » pour l'ouverture d'une salle de consommation à Lille dans le quartier choisi par la mairie, le ministre de l'Intérieur a tué le projet dans l'oeuf en désignant ce quartier comme l'un des « quartiers témoins » destinés à accueillir des forces de police et de vidéosurveillance supplémentaires pour lutter contre le trafic de stupéfiants.

---

[91] JANVIER Caroline et VIRY Stéphane. Commission des affaires sociales, compte rendu n°106, séance du mardi 14 septembre 2021. Disponible à l'adresse : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion-soc/l15cion-soc2021106_compte-rendu

La maire de Lille, Martine Aubry, avait réagi en fustigeant la position du ministre de l'Intérieur : « *C'est une décision politique parce qu'on a un ministre de l'Intérieur qui sert de porte-drapeau au président pour courir derrière la droite et l'extrême-droite.* »[92]

La mairie de Paris, qui souhaite l'ouverture de quatre nouvelles SCMR pour lutter contre l'explosion de la consommation de crack, s'est, elle aussi, heurtée à des obstacles d'ordre politique. Alors que la Capitale martèle sa volonté d'ouvrir ses salles de consommation face à « l'urgence humanitaire » que représentent les près de 400 usagers précaires de crack, les riverains se disent *« sacrifiés dans le bras de fer entre mairie et gouvernement. »*[93] En face de la mairie de Paris qui peut compter sur le soutien du ministère de la Santé favorable au développement des SCMR, le préfet de police, Didier Lallement, rappelle l'opposition du ministère de l'Intérieur à l'implantation de nouvelles *« salles où on se drogue. »* Le 15 septembre 2021, Matignon a arbitré en faveur de la mairie de Paris et donné son accord pour aménager les quatre nouveaux sites.

Ces dissentiments politiques et partisans ont été confirmés par l'INSERM dans son rapport d'évaluation de 2021 : « *Ainsi, la gauche promouvait la protection des membres les plus vulnérables de la société, tandis que les figures politiques de droit dénonçaient la déresponsabilisation des individus qu'occasionneraient les SCMR, ainsi que leur coût prohibitif. De même, les partisans prônaient une approche progressiste de la santé publique, tandis que les détracteurs refusaient de renoncer à l'idéal d'abstinence.* »[94]

D'autres métropoles, qui, à l'image de Bordeaux ou encore de Marseille, souhaitaient l'ouverture d'une SCMR sur leur territoire pour lutter contre l'afflux d'usagers, se sont heurtées aux mêmes problématiques.

---

[92] AFP. Ouest France - « Martine Aubry accuse Gérald Darmanin de bloquer l'ouverture d'une salle de shoot à Lille. », 26 octobre 2021. Disponible à l'adresse : https://www.ouest-france.fr/politique/martine-aubry/martine-aubry-accuse-gerald-darmanin-de-bloquer-l-ouverture-d-une-salle-de-shoot-a-lille-a0dea3be-367c-11ec-83a7-1a2811d1fb4b

[93] AFP. Mediapart - « Face au crack, un quartier de Paris en pleine 'urgence humanitaire' », 10 juillet 2021. Disponible à l'adresse : https://www-mediapart-fr.passerelle.univ-rennes1.fr/journal/fil-dactualites/100721/face-au-crack-un-quartier-de-paris-en-pleine-urgence-humanitaire

[94] INSERM, 2021. « La politique française : le spectre du laxisme et du prosélytisme de l'usage de drogues », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.140. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

A Bordeaux, la mairie s'est notamment confrontée à la mauvaise foi de la préfecture. Le projet était prêt à être lancé : un permis de construire à l'hôpital Saint-André pour accueillir la salle de consommation avait été obtenu, des crédits avaient été débloqués par la mairie et une association, La Case, qui porte le CAARUD de Bordeaux, était prête à gérer la SCMR. Cependant, alors que l'Hôtel de Ville milite pour l'ouverture d'une salle de consommation face à l'augmentation des injections sauvages de crack, la Préfecture de la Gironde s'y oppose en avançant des arguments plus ou moins fallacieux, comme le confirme le Docteur Isabelle Faure, Conseillère municipale pour la Prévention et l'accès aux soins et cheffe des urgences de l'hôpital Saint-André. Ainsi, le Préfet se refuse à parler de consommation de crack puisque contrairement à Paris ou le crack est consommé sous forme de « cailloux », à Bordeaux, la consommation passe par de la « free base » c'est-à-dire de cocaïne basée avec de l'ammoniaque ou du bicarbonate[95].
En réalité, même si le processus de consommation n'est pas le même et que la dose de cocaïne est bien plus onéreuse que la dose de crack, les effets sont très similaires. La Préfecture s'est fendue d'un second argument pour justifier son blocage : *« Nous sommes actuellement en attente des textes réglementaires (instruction/décret) de mise en oeuvre des haltes soins addictions. »*[96] En réalité, cet argument est plus que contestable puisque l'arrêté en cause a été publié le 23 février 2022 par le ministère de la Santé. La Préfecture, après avoir été sollicitée par des journalistes, a réagi : *« C'est un sujet très politique. Vous me faites rire, les journalistes, à nous demander de nous prononcer pendant la période de réserve ! (liée aux élections en cours, ndlr). »*[97], preuve que le sujet est particulièrement sensible.

---

[95] LASSUS-DEBAT G., ActuBordeaux - « Bordeaux, 'Il se pique entre les jambes devant des enfants', entre héros et crack, ils craquent. », 20 avril 2022. Disponible à l'adresse : https://actu.fr/nouvelle-aquitaine/bordeaux_33063/bordeaux-il-se-pique-entre-les-jambes-devant-des-enfants-entre-hero-et-crack-ils-craquent_50359943.html

[96] LASSUS-DEBAT G., ActuBordeaux - « Drogue : à Bordeaux, l'hôpital Saint-André est prêt à accueillir une 'salle de shoot'. », 13 mai 2022. Disponible à l'adresse : https://actu.fr/nouvelle-aquitaine/bordeaux_33063/drogue-a-bordeaux-l-hopital-saint-andre-est-pret-a-accueillir-une-salle-de-shoot_50941692.html

[97] LASSUS-DEBAT G., ActuBordeaux - « Bordeaux, 'Il se pique entre les jambes devant des enfants', entre héros et crack, ils craquent. », 20 avril 2022. Disponible à l'adresse : https://actu.fr/nouvelle-aquitaine/bordeaux_33063/bordeaux-il-se-pique-entre-les-jambes-devant-des-enfants-entre-hero-et-crack-ils-craquent_50359943.html

Les rapporteurs de la mission flash d'évaluation des SCMR ont confirmé cela : *« nous avons entendu que le projet de Bordeaux n'a pas pu aboutir pour des raisons de portage politique et d'échéances électorales. »*[98]

A Marseille, la situation est également délicate et éminemment politique. Alors que le projet d'ouverture d'une SCMR doit aboutir, *« l'omerta règne sur son lieu d'implantation. »*[99] La mairie de Marseille avait l'ambition d'inaugurer la première salle de consommation au début de l'année 2022 en présence de l'association porteuse de la SCMR, Asud Mars Say Yeah. Cependant, le lieu d'implantation pose problème, encore plus dans une ville comme Marseille organisée en arrondissements. Plusieurs maires d'arrondissement, de gauche comme de droite, refusent de s'exprimer et redirigent les questions vers la mairie centrale. Les institutions verrouillent également leur communication à l'image de l'ARS de Provence-Alpes-Côtes d'Azur, mais aussi de la préfecture et du ministère de l'intérieur.

Lors du compte-rendu de la mission « flash » d'évaluation des SCMR, à la question d'une députée qui s'interroge sur l'échec des pouvoirs publics à l'implantation de nouvelles salles de consommation en France, la rapporteure Caroline Janvier avait répondu : *« Madame de Vaucouleurs, vous demandiez les raisons pour lesquelles ces différents projets n'ont pas abouti dans d'autres villes. Le portage politique et la façon dont un tel dispositif doit se construire font partie des raisons. »*[100]

---

[98] JANVIER Caroline et VIRY Stéphane. Commission des affaires sociales, compte rendu n°106, séance du mardi 14 septembre 2021. Disponible à l'adresse : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion-soc/l15cion-soc2021106_compte-rendu

[99] BINE I., Mediapart - À Marseille, l'omerta règne autour de la création d'une salle de « shoot », 17 août 2021. Disponible à l'adresse : https://www-mediapart-fr.passerelle.univ-rennes1.fr/journal/france/170821/marseille-l-omerta-regne-autour-de-la-creation-d-une-salle-de-shoot

[100] JANVIER Caroline et VIRY Stéphane. Commission des affaires sociales, compte rendu n°106, séance du mardi 14 septembre 2021. Disponible à l'adresse : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion-soc/l15cion-soc2021106_compte-rendu

Paragraphe 2 - Une acceptabilité sociale à géométrie variable source de difficultés

Outre les usagers, les riverains vont être les premiers impactés par l'ouverture d'une SCMR dans leur quartier. L'acceptabilité sociale représente alors un enjeu majeur dans la réussite de l'implantation d'une salle de consommation.

En 2013, lorsque le projet d'ouverture d'une salle de consommation dans le 10e arrondissement de Paris prend forme, ses partisans se sont heurtés à une levée de boucliers d'une partie des riverains dont leur perception, trop souvent caricaturée, est déterminante. Craignant que la consommation ne se fixe en un endroit précis, que les dealers se regroupent, que l'insécurité grandisse et les délits augmentent, les premières associations d'opposition à l'implantation de la SCMR se constituent.

Ainsi, l'association « Parents contre la drogue » avait déposé une requête en référé suspension à l'encontre de la décision du Premier Ministre favorable à l'expérimentation des salles de consommation à Paris. Elle sera déboutée par le Tribunal administratif de Paris le 31 octobre 2013[101] car la condition d'urgence n'était pas caractérisée. En 2016, au lendemain de la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé, et surtout suite au choix du lieu d'implantation, les oppositions vont s'intensifier. Pour certains, la réponse à la toxicomanie ne peut être que sanitaire ou pénale et les SCMR ne font qu'encourager la consommation de substances psychoactives. L'association « Parents contre la drogue » affirme que les salles de consommation ne sont qu'un pas de plus vers la légalisation de substances psychoactives. Néanmoins, c'est en 2021, au lendemain de la décision rendue par Matignon en faveur de l'ouverture de quatre nouvelles SCMR à Paris que la fronde va véritablement s'organiser et se cristalliser notamment autour d'un projet. Pour faire face à l'accroissement de la consommation de crack, la mairie de Paris avait prévu d'ouvrir une salle dans le 20e arrondissement où se côtoient crèches, écoles et Ehpad. En réaction, les riverains se sont regroupés et ont créé le Collectif Paris 20 pour lutter contre l'implantation de cette nouvelle SCMR. En tout, c'est 27 associations et collectifs qui ont écrit au Président de la République pour lui faire part de leur opposition et réclamer l'abandon des nouveaux projets d'ouverture et leur cortège de nuisances.

---

[101] TA Paris 31 octobre 2013, N°1314533/9. Disponible à l'adresse : https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=18156

Il convient de préciser qu'une partie des opposants n'est pas contre le principe même de la salle et est mêmes favorable à son objectif de santé publique mais critique plutôt l'implantation en zone résidentielle. Le principal argument avancé par les associations d'opposition est la peur de voir leur cadre de vie altéré et « *l'effet pot de miel* » : une concentration de dealers accompagnés de potentiels désordres à la sécurité et à la tranquillité publiques, attirés par le regroupement en un endroit fixe de plusieurs dizaines (parfois centaines) de consommateurs.

Bien que les études scientifiques démontrent les bénéfices des SCMR en terme de sécurité publique, un sentiment d'insécurité est partagé par une partie des riverains dont certains craignent « un envahissement » des consommateurs. Cette perception est exacerbée par la persistance de seringues abandonnées dans l'espace public malgré une baisse globale constatée. L'INSERM avait d'ailleurs observé cela, lors de ses entretiens avec les riverains de la SCMR de Paris, dans son rapport publié en 2021. *« Vous nous balancez des chiffres sur tant d'injections dans la salle et les seringues. Nous, tous les jours, on a des seringues ensanglantées dans la rue. On a des intrusions dans les immeubles. Au mois de novembre (2020), dix signalements ont été faits à la police rue Saint-Vincent-de-Paul. Encore là, ce matin, il y en a un qui a a pété la porte Indigo. Ca, c'est notre quotidien d'entendre des hurlements, taper dansons portes, rentrer dans les immeubles. »*[102]Par ailleurs, les opposants aux SCMR font valoir un autre argument : l'absence de concertation, notamment à l'échelle municipale. C'est la rhétorique assénée par le collectif et les élus opposés à l'ouverture de la salle dans le 20e arrondissement : « (François-Marie Difier, élu LR du 20e) *regrette «la méthode» utilisée pour la mise en place de ce projet «décidé en catimini» au «mépris des habitants »*, argument également soulevé par Danielle Simonnet, élue Insoumise du 20e, qui déplore le *« manque d'information officielle »* et l'absence *« d'argumentation sur comment s'est fait le choix de ce lieu. »*[103]

---

[102] INSERM, 2021. « Une attente importante de la part des riverains de la prise en compte de leur expérience », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.201. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[103] CNews - « Paris : Elus et riverains mobilisés contre l'ouverture d'une 'salle de shoot' dans le 20e. », 7 septembre 2021. Disponible à l'adresse : https://www.cnews.fr/france/2021-09-07/paris-elus-et-riverains-mobilises-contre-louverture-dune-salle-de-shoot-dans-le

Ce sentiment d'abandon par les pouvoirs publics ressenti par les riverains a été perçu par les experts de l'INSERM : *« ils dénoncent le fait de ne pas avoir été écoutés et décrivent le processus mis en place par la mairie comme un processus d'information et non de concertation. »*[104]

L'implantation d'une salle de consommation attise une autre crainte chez les riverains : celle de voir l'image du quartier écornée et leurs biens immobiliers dévalorisés. En réalité, cette crainte n'est pas vérifiée. Dans son rapport d'évaluation, l'INSERM a réalisé une enquête auprès des agences immobilières du 10e arrondissement, situées plus ou moins à proximité de la salle de consommation.

Cette étude a démontré non seulement une absence de dévaluation des prix de l'immobilier mais en plus, une augmentation globale des prix, augmentation encore plus marquée dans le quartier Saint-Vincent-de-Paul où est implantée la SCMR[105] *(Cf : annexe n°14)*. Ce constat est d'ailleurs partagé par certains riverains : *« Pour loger notre fille aînée, donc on a regardé un peu. Moi, j'ai regardé le nord-est parisien, c'est super cher. J'ai trouvé des prix moins chers vers les Buttes-Chaumont que vers chez nous. Finalement, tout ce qui est moins cher, c'est La Chapelle et le haut du 19ème. Non, rien a baissé et ça j'aimerais bien ! X pourra dire combien la voisine a acheté l'appartement récemment chez eux, ça n'a pas baissé. Ils ont acheté plus cher qu'eux il y a 5-6 ans. Non, ça n'a pas baissé. Regardez les chiffres des notaires, ça n'a pas baissé. »*[106]

---

[104] INSERM, 2021. « Ne pas être écouté par les pouvoirs publics », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.220 Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[105] INSERM, 2021. « La crainte de la dégradation du quartier qui pourrait être accompagné d'une dévaluation du prix des appartements », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.268. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[106] INSERM, 2021. « Une confrontation à l'usage de drogues avant l'installation de la salle », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.175. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

En outre, une différence d'acceptabilité sociale entre la SCMR de Paris et celle de Strasbourg été mise en exergue dans le rapport d'évaluation réalisé par les parlementaires Caroline Janvier et Stéphane Viry : *« Au-delà de la question de la fréquentation des salles et des services proposés aux usagers, vous n'êtes pas sans savoir que les deux salles ne cristallisent pas du tout les mêmes enjeux en matière d'acceptabilité sociale. »* La raison principale tient au lieu d'implantation. Alors que la salle de consommation de Strasbourg est plus isolée du voisinage, la salle de Paris se trouve au contact direct des riverains. Une autre raison est toutefois évoquée : les médias sont plus enclins à relayer les inquiétudes des Parisiens que celle des Strasbourgeois. Au milieu des nombreux opposants aux salles de consommation, des collectifs en faveur de la SCMR de Paris se sont constitués. L'on peut citer « Action Barbès » ou encore « Parents SCMR 75 ». De nombreux riverains se sont aussi positionnés du côté de la salle de consommation. Ils affirment que les usagers étaient présents dans le quartier bien avant l'implantation de la salle et que la SCMR a permis une diminution des seringues abandonnées et une amélioration de la situation : *« l'impact est définitivement positif. La salle, c'est une nécessité. La salle ça fonctionne. La salle, elle est utile. »*[107] Dans le cadre de son évolution, l'INSERM avait réalisé une enquête auprès de 2000 individus pour comprendre leur perception des SCMR. Il est apparu que plus de 80% des personnes interrogées étaient favorables à l'ouverture d'une de ces salles. En revanche, une diminution de l'approbation est constatée lorsqu'on leur indique que la salle sera implantée dans leur quartier puisque « seulement » 55% des personnes interrogées seraient favorables à la présence d'une salle dans leur quartier *(Cf : annexe n°15)*. On parle de l'effet NIMBY, (Not In My Back Yard), c'est-à-dire l'attitude qui consiste à approuver un projet à condition qu'il se fasse ailleurs qu'à proximité de son lieu de résidence.

L'implantation des SCMR au coeur des villes se heurte donc à des contestations et à des divergences observables à plusieurs niveaux, tant à l'échelle politique où les discordances et les intérêts personnels priment sur les objectifs de RDR assignés aux salles de consommation, qu'à l'échelle de la population où l'acceptabilité d'un tel projet est à géométrie variable.

---

[107] INSERM, 2021. « Pas d'agressivité de la part des usagers : des représentations à la réalité vécue », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.230. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

Section 2 - La préexistence de limites obstacles à la qualification d'instrument révolutionnaire

Les SCMR ne peuvent pas être qualifiées d'instruments révolutionnaires de RDR et ce pour deux raisons. En premier lieu, l'efficacité constatée à l'échelle sanitaire et sécuritaire est défectueuse à certains égards (Paragraphe 1), ensuite une partie des missions confiées aux salles de consommation est déjà réalisée par des structures traditionnelles de RDR (Paragraphe 2).

Paragraphe 1 - L'efficacité imparfaite des salles de consommation à moindre risque

Malgré tous les bénéfices constatés et imputables aux SCMR, de nombreuses limites viennent assombrir le bilan positif dressé par l'INSERM dans son rapport d'évaluation. Tout d'abord sur le fonctionnement des salles en elles-mêmes.
Depuis la crise du covid-19 au début de l'année 2020, les postes prévus par les SCMR pour la consommation par l'inhalation ont été fermés et n'ont toujours pas rouvert en 2022. Seuls les usagers-injecteurs peuvent accéder aux salles pour consommer. Les usagers-inhalateurs, notamment les consommateurs de crack à Paris, sont contraints de consommer dans l'espace public, à la vue des riverains et dans des conditions de RDR non-optimales. A Paris, si les postes d'inhalation ne sont toujours pas accessibles, c'est aussi parce que l'unique salle de consommation ne serait pas en mesure d'accueillir la masse d'usagers-inhalateurs dans des conditions adéquates. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la mairie de Paris réclame l'ouverture de quatre nouvelles SCMR, dans un contexte d'urgence sanitaire lié à l'explosion de la consommation de crack. Cependant, l'exclusion du crack de l'action sanitaire et sociale des SCMR résulte aussi du Législateur. Rappelons à ce titre que l'arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges des SCMR ne mentionnait que la situation des usagers qui consomment par voie intraveineuse: « *(le dispositif) doit contribuer à réduire chez les usagers injecteurs, les risques de surdose, d'infections et d'autres complications liées à la consommation de drogues en fournissant des conditions d'injection sécurisées et du matériel stérile.* »[108]

[108] Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salle de consommation à moindre risque. » JORF n°0072 du 25 mars 2016. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000032291220/

De plus, à Paris comme à Strasbourg, les SCMR ne sont pas ouvertes 24 heures sur 24 (sauf pour les usagers logés dans la salle de Strasbourg qui ne représentent que très peu de consommateurs en réalité). Ainsi, pendant les heures de fermeture, les salles sont inaccessibles et les usagers sont alors « forcés » de pratiquer des injections sauvages, dans l'espace public, et dans des conditions d'hygiène qui ne permettent pas de mettre en oeuvre les stratégies de RDR.

C'est d'ailleurs l'un des arguments avancés par les riverains parisiens opposés à la SCMR : *« c'est vrai que c'est quand même incroyable d'avoir une salle de shoot et d'avoir des injections dans la rue. Les injections, elles ont lieu au moment des heures d'ouverture de la salle ou quand la salle est fermée ? Ah non, non, toute la journée. Donc c'est pendant les heures d'ouverture de la salle. Ca n'a rien à voir avec l'ouverture de la salle, c'est une salle de shoot bis à l'air libre. »*[109], *« Le nombre de seringues, on sait que ça évolue plutôt en moins, mais nous les voyons, nous, dans les trottoirs et un peu partout. Pourquoi ? Parce qu'un drogué se shoote le matin, il n'attend pas l'ouverture de la salle à 14 heures, ni le soir à partir de 21 heures* (anciens horaires de la SCMR de Paris). »[110] Cette tendance à l'injection en dehors des horaires d'ouverture de la salle a aussi été constatée par les agents d'entretien, de la ville de Paris : *« On va dire que c'est un petit peu logique parce que ça shoote le matin, ça shoote le midi et ça shoote le soir ! Effectivement, si la salle est ouverte que l'après-midi, les gars le matin, ils vont pas attendre que ça ouvre pour se shooter, parce qu'ils sont en manque. Automatiquement ça se répercute dans les toilettes, dans les sanisettes (…) Effectivement, ouverte 24 sur 24 ce serait peut-être pas mal. »*[111]

---

[109] NSERM, 2021. « La persistance des actes d'injection dans l'espace public et des seringues abandonnées dans la rue », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.210. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[110] INSERM, 2021. « La persistance des actes d'injection dans l'espace public et des seringues abandonnées dans la rue », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.209. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[111] INSERM, 2021. « Une baisse sensible des traces de consommations sur la voirie et dans les sanisettes », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.185. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

Concernant les déchets liés à la consommation et abandonnés dans l'espace public, si l'INSERM a constaté une nette diminution sur la voirie et dans les sanisettes, la situation reste fluctuante notamment dans les jardins et dans la gare du Nord. Pour expliquer la présence de déchets plus visibles dans les jardins, les agents de nettoyage évoquent la saisonnalité. Pendant le printemps et l'été, les traces liées à la consommation sont plus visibles, d'abord parce que s'opère un changement de lieu de vie des personnes sans abri en fonction des saisons, puis, ensuite, parce que la météo permet davantage la consommation « extérieure ».

Ces phénomènes de fluctuations apparaissent aussi en dehors de tout lien avec la saisonnalité mais plus en relation avec la présence des forces de l'ordre dans un secteur et les évacuations de scènes ouvertes de consommation.

Concernant la gare du Nord, l'injection et les déchets sont toujours aussi importants, notamment dans les toilettes. C'est ce qu'expliquent les agents de sécurité de la gare aux experts de l'INSERM : *« Ya pas moins de consommateurs, ça a pas aggravé, c'est toujours pareil (…), même si je crois savoir que peut-être les plus touchés ne vont pas dans la salle de consommation mais préfèrent aller dans les toilettes de la gare. »*[112] Ces endroits sont traditionnellement très fréquentés par les consommateurs. Ils offrent des conditions d'hygiène de qualité, à l'abri des regards et une intimité totale dans un espace fermé, ce que les SCMR ne permettent pas. De plus, il apparaîtrait que la proportion de seringues avec aiguille apparente et présence de sang n'aurait pas diminué mais plutôt augmenté, ce qui contribuerait à maintenir la crainte ressentie par certains riverains[113].

---

[112] INSERM, 2021. « Au sein de la gare du Nord : des constats mitigés », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.192. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[113] INSERM, 2021. « La persistance des actions d'injection dans l'espace public et des seringues abandonnées dans la rue », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.211. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

Le rapport de l'INSERM a mis en exergue d'autres limites. En premier lieu, l'étude réalisée sur la salle de Paris n'a pas pu démontrer un lien entre l'accès au dépistage VHC et l'implantation de la SCMR. Les usagers de la salle n'ont pas plus été dépistés à l'hépatite C que les consommateurs non-usagers[114] (Cf : annexe n°16)
Ensuite, les experts de l'INSERM se sont demandés si les utilisateurs de la SCMR de la Capitale ont eu un meilleur accès aux TSO que les non-utilisateurs. L'étude réalisée a démontré le contraire, les usagers de la salle se font moins prescrire de TSO que les non-usagers (Cf : annexe n°17). Ce résultat peut être expliqué de la manière suivante : les facteurs associés à une probabilité plus élevée de prendre un médicament de l'addiction aux opiacés - être éligible à une allocation, avoir une couverture sociale et avoir un vu un médecin au cours des six derniers mois - ne concernent pas les utilisateurs des SCMR qui font partie d'un public plus marginalisé[115]. Enfin, l'évaluation s'est intéressée au lien entre l'accès aux soins de ville et salle de consommation. Les utilisateurs de SCMR accèdent-ils plus facilement aux soins de ville ? Ici aussi, le contraire a été constaté : les consommateurs non exposés à la SCMR bénéficient beaucoup plus des soins de ville que les consommateurs exposés *(Cf : annexe n°18)*. Effectivement, le public usager de la salle de consommation, plus marginalisé que d'autres consommateurs à l'emploi et au logement stable ou avec une consommation plus réduite, est exclu du système de soins.[116]

---

[114] INSERM, 2021. « Dépistage de l'hépatite C », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.72. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[115] INSERM, 2021. « Médicaments de l'addiction aux opiacés », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.66. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[116] INSERM, 2021. « Accès aux soins de ville : visite chez un médecin généraliste ou spécialiste », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.68. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

En outre, des commerçants riverains de la SCMR de Paris attribuent une perte de leur chiffre d'affaire en lien avec la proximité de la salle de consommation. C'est ce qu'explique Pierre, un restaurateur dont la valeur de son établissement à baissé de 100 00 euros depuis son ouverture : « *Entre 2012 et 2016, mon chiffre d'affaires a augmenté de 300%. Entre 2016 et 2018, il a diminué de 40%. Beaucoup de clients nous disent qu'ils ne reviendront plus dans notre restaurant à cause de l'insécurité.* »[117] Un voisin restaurateur relate la même histoire, avec affirme-t-il, une perte d'environ 30% de son chiffre d'affaire : *« Je suis dans le quartier depuis 1984 et ça n'a jamais été autant le bazar. Les crachats, les seringues par terre et l'odeur de pisse dans la rue. Certains clients ne reviennent pas car ils ont peur. »* Reste à savoir si la présence de la SCMR est bien la cause réelle de ces difficultés.

Paragraphe 2 - Un apport des salles de consommation à moindre risque restreint par le travail des établissements médico-sociaux

Bien avant l'implantation des premières SCMR en France, des établissements médico-sociaux ont été créés pour déployer les instruments de RDR à destination des usagers de substances psychoactives. Deux structures de ce type peuvent être citées : d'une part, les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les CSAPA, d'autre part, les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues, les CAARUD. Si ces deux structures sont destinées à accueillir, écouter et informer un public en situation d'addiction, elles vont s'adresser aux individus à un moment différent de leur démarche personnelle.

En effet, les CSAPA, créés par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, vont être davantage tournés vers le soin et s'adresser à des individus désireux de s'engager dans une démarche de désintoxication quelle que soit la conduite addictive. Les CSAPA s'adressent aux consommateurs de substances psychoactives, illicites ou non, comme le tabac ou l'alcool, mais aussi aux addictions sans substances comme le jeu.

---

[117] POINGT A., Le Figaro - « Salle de shoot : comment l'insécurité ruine les commerçants du nord de Paris. », 18 septembre 2018. Disponible à l'adresse : https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2018/09/18/20002-20180918ARTFIG00184-salle-de-shoot-comment-l-insecurite-ruine-les-commercants-du-nord-de-paris.php

A contrario, les CAARUD, créés par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, s'adressent aux usagers qui ne sont pas engagés dans un processus de soin ou qui sont exposés à des risques majeurs (VHC et VIH notamment) de par les substances consommées et les modes de consommation. Les stratégies de RDR déployées par les CAARUD vont se concrétiser en premier lieu par la distribution gratuite de matériels stériles destinés à la consommation et par la réalisation de dépistage au VHC, VHB et VIH. Dans le cadre du CAARUD, l'abstinence, le sevrage ou encore la sobriété ne sont pas exigés. On parle alors de structure à « bas seuil d'exigence » à la différence des structures à « haut seuil d'exigence » comme les CSAPA qui imposent ces comportements.

S'il n'existe pas de « concurrence » entre les SCMR et les CAARUD à proprement parler, les deux structures de RDR n'ayant pas la même finalité, certaines prérogatives se rejoignent. A la différence des SCMR où les usagers se rendent pour consommer, à l'intérieur des CAARUD, la consommation de substance y est interdite, tout comme son transport aux alentours, sauf dans un cas, celui de l'AERLI. Consacrée par la loi du 26 janvier 2016 et l'article L.3411-8 II du CSP sous le terme de « supervision », l'AERLI permet à une PQIS de consommer sous la supervision d'un intervenant formé afin d'améliorer ou de modifier la pratique d'injection de l'usager. L'objectif de cette pratique est de permettre à l'usager d'identifier, de conscientiser, les risques liés à l'injection et élaborer, avec son concours, des stratégies de RDR adaptées à son contexte de vie dans le but de réduire au maximum ces risques. L'intervenant n'agit pas physiquement, il regarde et prodigue à l'usager des conseils de RDR. En 2009, l'ANRS, l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales, a lancé un projet de recherche-action sur quatre ans afin de déterminer les bénéfices potentiels de l'AERLI. Ce projet ANRS-AERLI proposait une cohorte de 271 consommateurs par voie intraveineuse et mettait en concurrence deux types de CAARUD : ceux qui proposaient des séances d'AERLI et ceux, au contraire, qui n'en proposaient pas. L'expérience a démontré des résultats probants sur les pratiques à risque de transmission du VIH et du VHC, les consommateurs ayant pratiqué une séance d'AERLI déclarent une diminution de ces pratiques de 44% à 25% après 6 mois. Concernant les complications cutanées, 39% du groupe AERLI déclarent l'apparition d'une complication douze mois après la séance contre 62% pour le groupe non exposé.

Sur l'accès au dépistage VHC, les résultats de l'expérience concluent à augmentation des demandes de dépistage VHC pour le groupe qui a participé à des séances AERLI. (https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2017-2-page-57.htm)
Le rapport de l'INSERM sur l'évaluation des SCMR avait mis en évidence une limite aux SCMR : l'absence d'impact direct des salles de consommation sur le dépistage du VHC, dans l'accès aux TSO et à la médecine de ville : *« En revanche, le fait d'avoir fréquenté les SCMR n'a pas permis d'améliorer l'accès au dépistage VHC, aux médicaments de l'addiction aux opiacés, à la médecine de ville.* »[118]
Ces carences peuvent notamment être expliquées par le travail réalisé par les CAARUD, les CSAPA et les médecins généralistes : *« Le système français, par le biais des CAARUD et des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) notamment, mais aussi des médecins généralistes, offre déjà la possibilité d'accéder à des dépistages et d'administrer facilement un traitement de substitution aux opiacés. »*[119] En effet, les médecins généralistes mais aussi les intervenants formés par les CAARUD et les CSAPA sont habilités à pratiquer des TROD, des Tests rapide d'orientation diagnostique. Simples d'utilisation, rapides et fiables, les TROD permettent de dépister le VBH, le VHC et le VIH. Les usagers des SCMR, plus habitués aux dépistages réalisés dans les structures traditionnelles de RDR, notamment dans les CAARUD due à leur exigence de « bas seuil », ne réalisent alors que très peu de dépistages dans les salles de consommation à moindre risque. Par ailleurs, à l'instar des SCMR, les CAARUD et les CSAPA accueillent au sein de leur équipe, des travailleurs sociaux destinés à accompagner l'usager vers l'inclusion sociale. L'objectif est d'orienter les consommateurs les plus marginalisés vers les services sociaux afin de les aider dans leurs démarches administratives de réinsertion comme l'ouverture de droits ou la recherche d'un logement. Des infirmiers sont aussi présents dans ces structures pour diagnostiquer et réaliser des premiers soins.

---

[118] INSERM, 2021. « Discussion et limites », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.92. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

[119] JANVIER Caroline et VIRY Stéphane. Commission des affaires sociales, compte rendu n°106, séance du mardi 14 septembre 2021. Disponible à l'adresse : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cion-soc/l15cion-soc2021106_compte-rendu

Dans son rapport publié en 2010 sur la réduction des risques et usagers de substances psychoactives, l'INSERM avait réalisé une analyse des SCMR implantées à l'étranger, surnommées alors CIS, Centre d'injections supervisés. Après avoir conclu à l'efficacité des salles de consommation étrangères, les experts ont précisé que : *« Les CIS peuvent être considérés comme une mesure complémentaire (et non concurrente) à d'autres dans la palette de services proposés aux usagers de drogues injectées, permettant de répondre à des besoins de réduction des risques spécifiques liés à l'injection : en particulier la prévention d'overdoses mortelles, l'hygiène et la technique d'injection. (…) Les attentes face aux CIS doivent donc être réalistes, ils ne sauraient être une réponse à l'ensemble des problèmes rencontrés par les usagers de drogues injectées, c'est leur spécificité (la réduction des risques liés à l'injection) et la complémentarité avec les autres offres du réseau de soins qui fait leur intérêt. »*[120] Ainsi, les SCMR peuvent être perçues comme un instrument de RDR supplémentaire et additionnel aux structures traditionnelles de RDR.

Malgré les nombreux bénéfices engendrés par les SCMR, des limites subsistent empêchant la qualification d'outil révolutionnaire. Si une diminution des injections sauvages et des déchets abandonnés sur la voie publique existe, ces phénomènes n'ont pas entièrement disparu tout comme la consommation par inhalation ou les dispositifs de RDR sont plus limités que pour l'injection. De plus, une partie des missions confiées aux SCMR rentrent en concurrence avec le travail réalisé par les CAARUD, les CSAPA ou encore les médecins généralistes, notamment sur le dépistage du VHC ou encore l'accès aux TSO et aux soins de ville.

[120] INSERM, 2010. « Centre d'injection supervisés », *Réduction des risques chez les usagers de drogues,* p.223. Disponible à l'adresse : https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/86.

Conclusion

Les salles de consommation à moindre risque constituent-elles la solution révolutionnaire à la réduction des risques - sanitaires, sociaux et sécuritaires - associés à la consommation de substances psychoactives ?

La réponse doit être prudente et nuancée. D'abord, le terme « révolutionnaire » est excessif et manque de modération. Aucun instrument, en l'occurence de RDR, ne peut se targuer d'avoir annihilé l'ensemble des risques liés à l'usage de produits psychoactifs. Certaines mesures y ont, certes, fortement contribué, à l'image des PES ou de la distribution à titre gratuit de matériels nécessaires à la consommation, mais aucune n'a totalement supprimé les risques. Ensuite, bien que le dispositif ait fait ses preuves depuis des dizaines d'années dans les pays dotés de SCMR, il n'est autorisé en France que depuis 2016, qu'à titre expérimental, et seulement deux salles de consommation ont été ouvertes. Les bénéfices créés par les SCMR à la RDR et constatés par l'INSERM devront à nouveau être évalués dans les années à venir, après l'implantation de plusieurs salles en France pour observer les réels impacts des SCMR sur la RDR. Enfin, malgré le constat positif dressé par les experts de l'INSERM, des limites subsistent à l'efficacité des salles de consommation.

Alors que les SCMR cristallisent de vives crispations entretenues par leurs opposants, ce dispositif de RDR souffre d'une méconnaissance profonde. Souvent caricaturées comme une « incitation à se droguer » et une « aide à consommer », les SCMR sont trop peu souvent abordées sous le prisme de la RDR par les profanes. C'est pourtant l'intérêt de cet instrument : réduire les risques pris par les usagers au moment de la consommation, évidemment, dans l'intérêt de leur santé personnelle mais aussi dans l'intérêt du reste de la population. Rappelons, à ce titre, que si les premières mesures de RDR ont été mises en place en 1987, c'est parce que sévissait l'épidémie de VIH et que les premiers cas de sida devenaient synonymes de condamnation à mort. Dans un premier temps, les pouvoirs publics français ne se sont intéressés à la population des consommateurs que dans un intérêt de santé publique, que parce qu'ils représentaient des vecteurs importants de propagation du VIH.

En réalité, si ce concept de RDR à destination des consommateurs de substances psychoactives est né, c'est par aveux d'échec, parce que « la guerre à la drogue » est vaine, parce que *« il n'y a pas de société sans drogues. »*[121] Ainsi, tout doit être mis en oeuvre pour encadrer sa consommation et réduire les risques liés à son usage. Certains pays ont d'ailleurs fait le choix fort de tolérer l'usage de certains de ces produits afin d'éviter les économies souterraines, les ravages humains et les produits frelatés toxiques pour les consommateurs. C'est notamment le cas des Pays-Bas qui autorisent l'achat, la consommation et le transport (en quantité limitée) de cannabis. Depuis 2017, le gouvernement néerlandais a même décidé de lancer des cultures légalisées de cannabis chez quelques producteurs sélectionnés pour en assurer le contrôle. Cette législation semble porter ses fruits au regard des chiffres liés à sa consommation. En effet, alors que la France mène une politique sévère et dissuasive sur la consommation de cannabis, son usage est beaucoup plus important en France qu'aux Pays-Bas. C'est ce qu'a démontré une enquête menée en 2014 par l'OFDT, l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives. Alors que 32,1% des français affirment avoir déjà consommé ce produit au moins une fois dans leur vie, ce chiffre n'est que de 25,7% au Pays-Bas[122]. Cette statistique est encore plus impressionnante chez les Français de 17 ans où 47,8% d'entre eux auraient déjà consommé du cannabis. Si de nombreux pays adhèrent à cette politique d'assouplissement de la législation sur la consommation de cannabis (Espagne, Portugal, pour ne citer qu'eux), la France est encore loin de suivre ce mouvement. Néanmoins, on peut observer chez le Législateur français une tendance à l'évolution sur la question des substances classées comme stupéfiants. D'une politique coercitive et répressive sur l'usage des produits psychoactifs en 1970 et au début des années 2000, la Loi a peu à peu évolué pour aboutir à l'ouverture de SCMR en France où la consommation de substances illégales y est autorisée.

---

[121] MAESTRACCI Nicole, « Drogues : savoir plus, risquer moins », 2000.

[122] OFDT, *Rapport européen sur les drogues*, p.77, 2014. Disponible à l'adresse : http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/OEDT2014EDRrap.pdf

Si les salles de consommation se heurtent à de violentes contestations, un travail pédagogique doit être réalisé par ses partisans, notamment auprès des riverains.
Des débats, des tables rondes et des forums publics peuvent être organisés avec les personnes concernées par la mise en place de la salle. L'objectif est d'informer et d'éclairer le grand public sur les effets positifs des SCMR et plus globalement, sur la notion de RDR. L'INSERM affirme d'ailleurs dans son rapport publié en 2021 que : *« La dimension de la médiation est un des aspects essentiels à travailler pour l'amélioration de l'acceptabilité sociale de la SCMR et de son impact sur la tranquillité publique. »*[123]. Les amener à participer aux processus de concertations semble être une étape décisive dans l'acceptation des SCMR afin qu'ils puissent faire entendre leurs voix et ne pas avoir la sensation d'être des laissés-pour-compte, mais au contraire, des acteurs du projet.
La grille de lecture sanitaire utilisée tout au long de ce mémoire occulte cependant l'objectif initial des consommateurs de substances psychoactives : la recherche du bien-être. C'est l'intérêt insidieux de ces produits qui, à la manière du sport, de la nourriture ou du sexe, activent les circuits de récompense du cerveau. Ces substances interviennent sur le système nerveux, déclenchent des sensations de plaisir et poussent l'usager à renouveler l'expérience. À ce sujet, le sociologue Patrick Pharo affirme que : *« le plaisir est constitutif de la drogue. (…) nous jugeons et stigmatisons ceux qu'on appelle les toxicos alors que toute notre vie est composée de dépendances. A la personne qu'on aime, au café, au tabac (…), etc… »*[124] Ainsi, les SCMR pourraient être considérées par les plus libertaires, non pas comme un instrument de RDR mais plutôt, comme un lieu de surveillance et de contrôle social privilégié qui priverait les consommateurs de cette dimension hédoniste.
En réalité, si les salles de consommation ne s'imposent pas comme la solution « miracle » aux différents maux causés par la consommation de substances psychoactives, elles sont destinées à compléter l'arsenal des instruments déjà affectés à la réduction des risques associés à l'usage de produits psychoactifs.

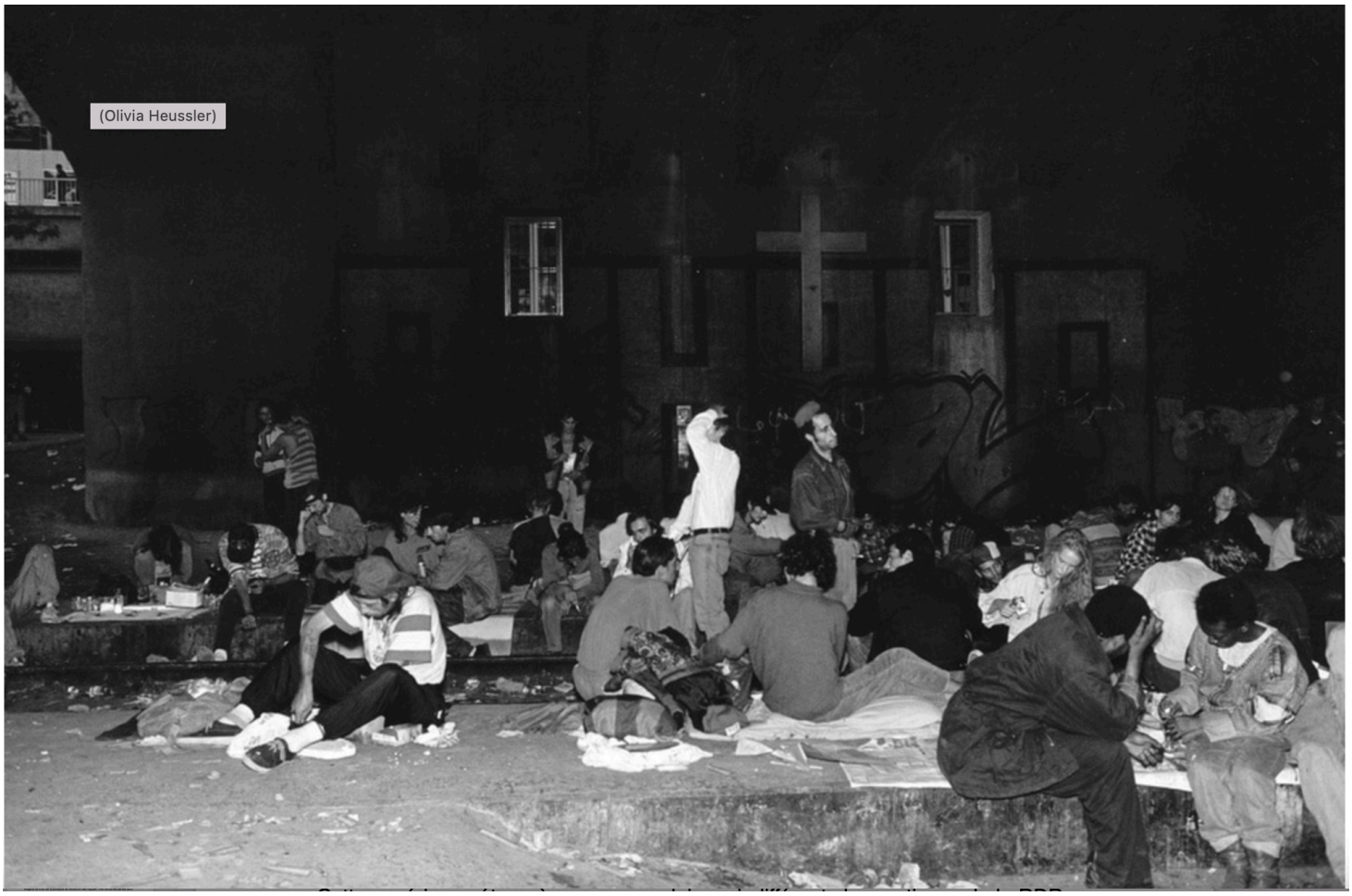
---

[123] Rapport de l'INSERM *« Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique »* p.305

[124] DUPORTAIL J., Les Inrockuptibles - « La drogue est un plaisir exactement comme un autre. » 8 février 2017.

Annexes

Annexe n°1 : Photographie de la scène ouverte de consommation de Zurich en Suisse qui a accueilli entre 1987 et 1992, jusqu'à 3000 consommateurs. Olivia Heussler.



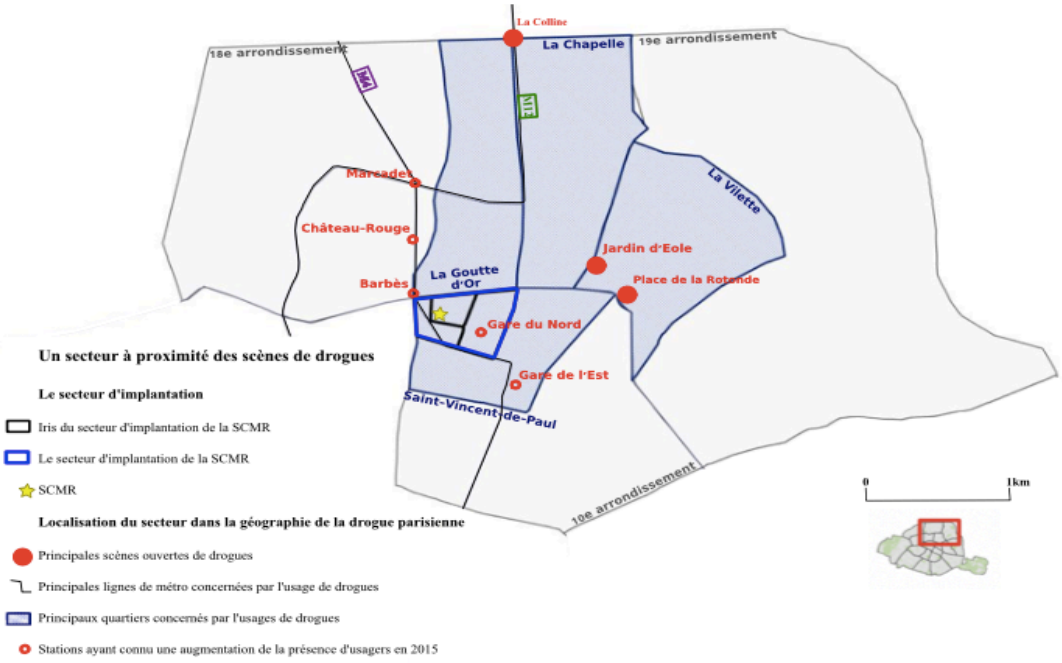
Annexe n°2 : Répartition par année de diagnostic et sous-groupe de transmission des cas de Sida liés à la toxicomanie. CROUZIER C., LAPORTE A., BRUNET J.-B. (Direction générale de la Santé) *« Caractéristiques de l'épidémie de SIDA liée à la toxicomanie (1983-1988) en France »*, 1989.

Tableau 1. — **Répartition par année de diagnostic et sous-groupe de transmission des cas de SIDA liés à la toxicomanie**

Sous-groupes de transmission	Année de diagnostic						Total
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	
Toxicomanes		6	37	131	300	484	958
[redacted]	1	5	15	40	54	33	148
[redacted]			3	8	17	29	57
[redacted]			1	2	29	23	55
Total	1	11	56	181	400	569	1 218

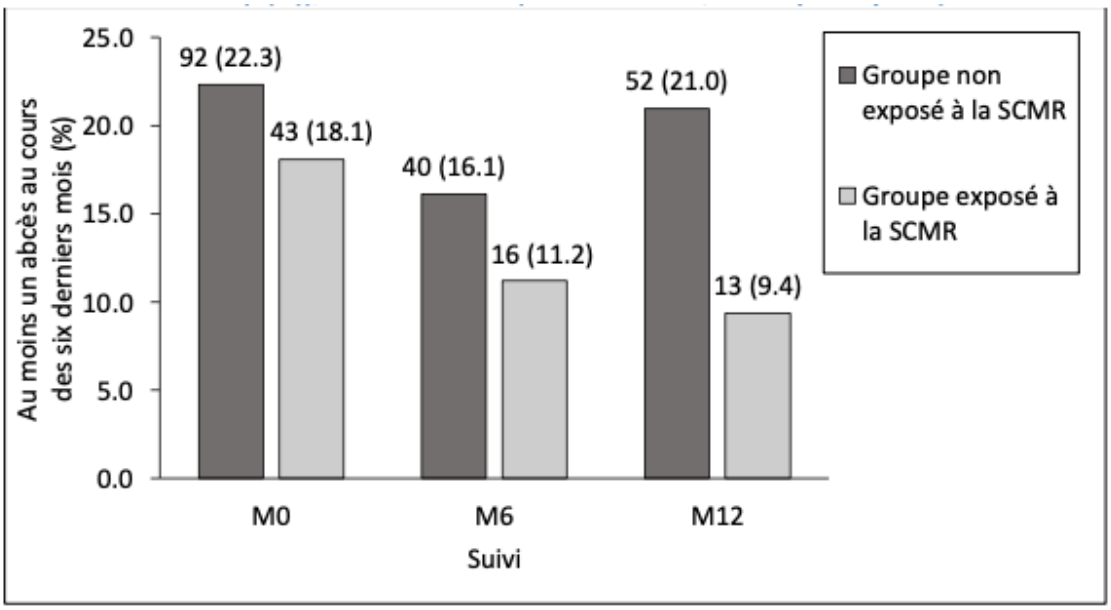
Annexe n°3 : Plan du secteur d'implantation de la SCMR avant son installation en 2016. INSERM, 2021. « Présentation du secteur d'implantation de la SCMR », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.153. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

Carte 2 Contexte du secteur d'implantation avant l'installation de la salle en 2016



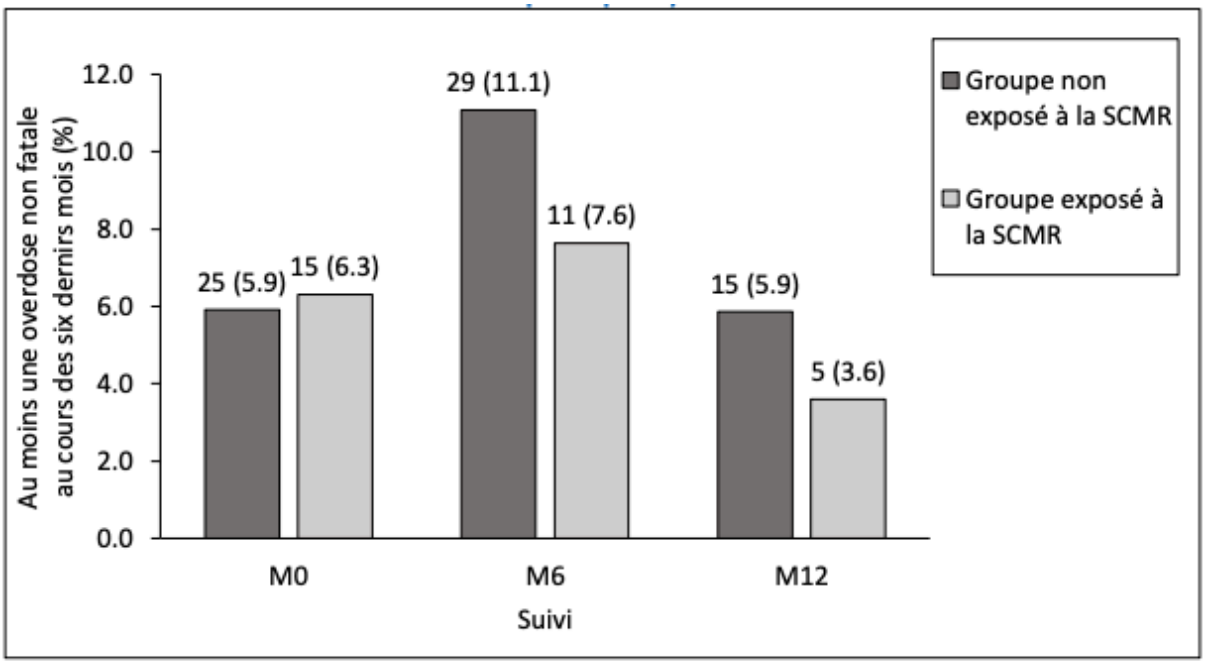
Source : TREND-OFDT / Enquête de terrain 2018-2021

Annexe n°4 : Fréquence des participants déclarant un abcès par groupe d'exposition et par suivi.
INSERM 2021. « Abcès », *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.53. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/



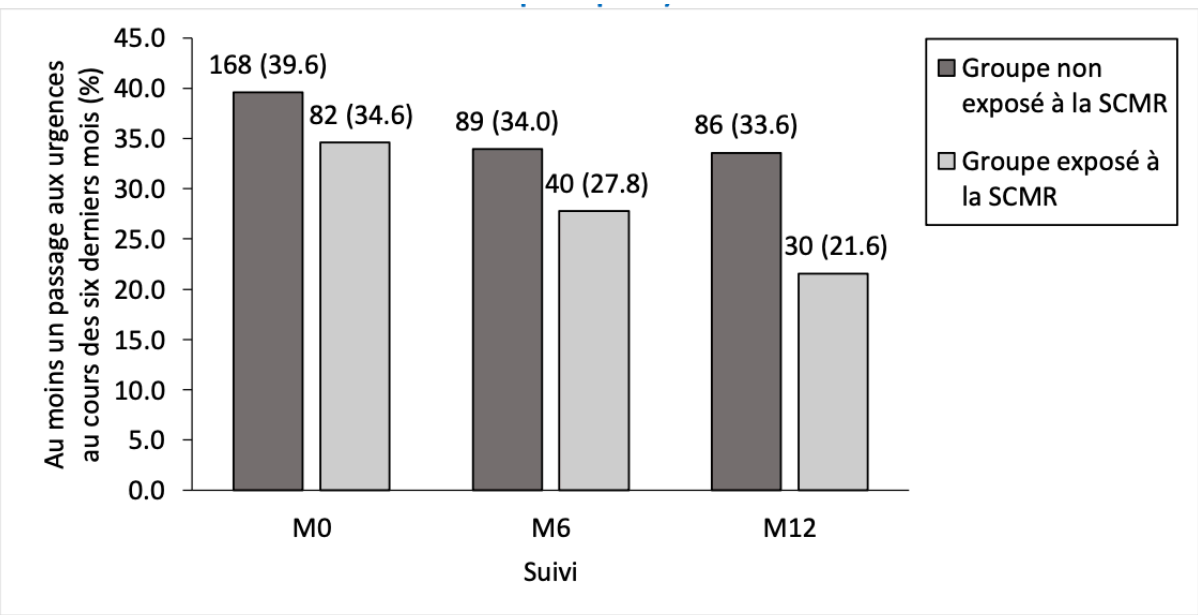
Note : la différence des pourcentages d'abcès entre groupe non exposé et groupe exposé est significative seulement à M12 (p-valeur=0.003).

Annexe n°5 : Fréquence des participants déclarant au moins une overdose non fatale au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi.
INSERM, 2021. « Overdoses non fatales », *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.57. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/



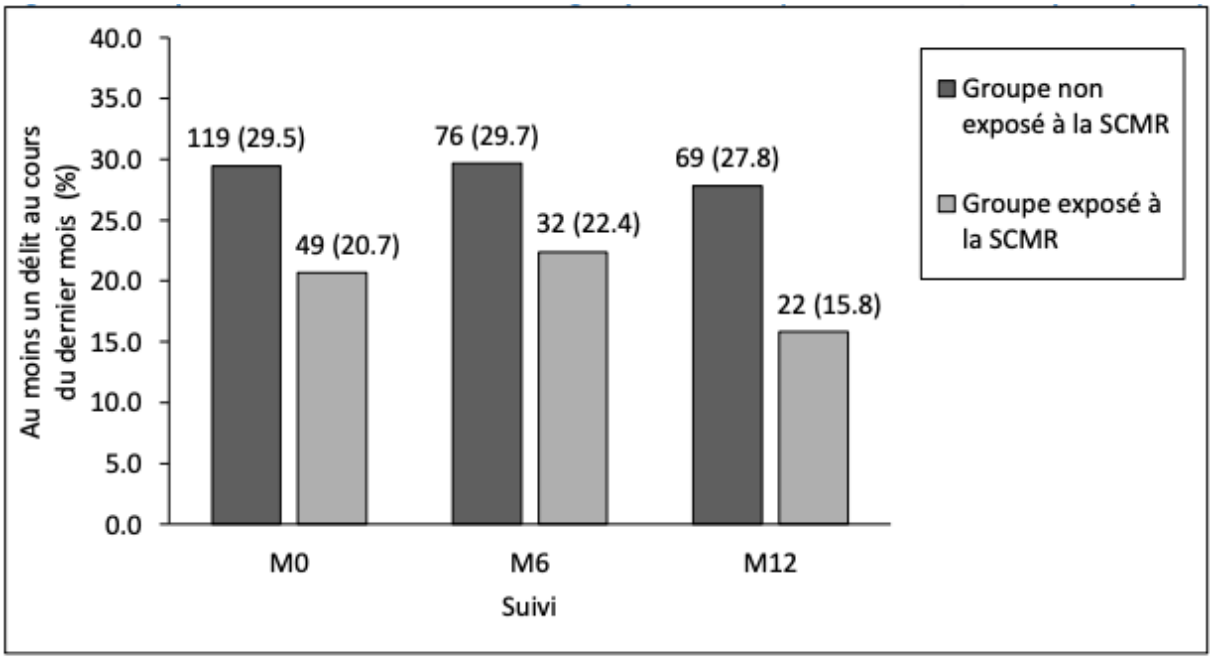
Note : pas de différence significative entre le groupe exposé et le groupe non exposé à chaque suivi.

Annexe n°6 : Fréquences des participants déclarant au moins un passage aux urgences au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi .
INSERM 2021. « Passage aux urgences », *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.60. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/



Note : la différence de pourcentages de passage aux urgences entre le groupe exposé et le groupe non exposé est significative à M12 (p=0.012).

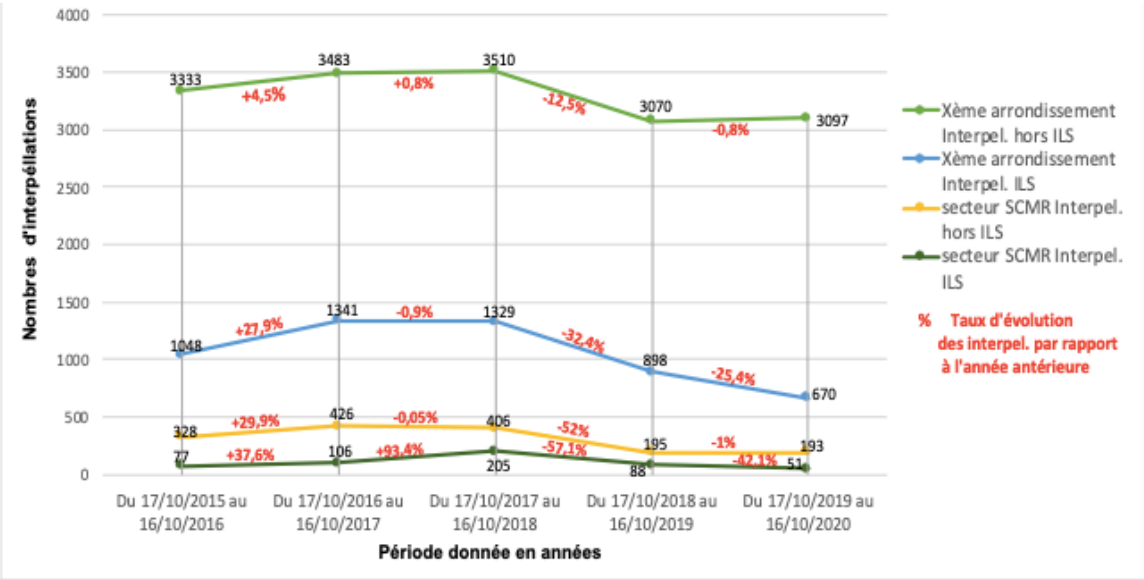
Annexe n°7 : Fréquence des délits récents selon le groupe et le suivi.
INSERM 2021. « Délits », *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.76. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/



Lecture : A M0, 29.5% des participants du groupe non exposé, soit 119 personnes ont déclaré un délit datant du dernier mois, contre 20.7% des participants dans le groupe exposé. Différences significatives à 5% à M0 et M12.

Annexe n°8 : Nombre d'interpellations (hors ILS et avec ILS) de 2016 à 2020 dans le 10e arrondissement de Paris et dans le secteur SCMR.
INSERM 2021.« Les usagers de drogues « , *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.258. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

Figure 26 Nombre d'interpellations (hors ILS et avec ILS) de 2016 à 2020 dans le 10ème arrondissement de Paris et dans le secteur SCMR



Source : commissariat du 10ème arrondissement de Paris

Annexe n°9 : Types de traces de consommations recensées.
INSERM 2021.« Définition des traces de consommation et du périmètre d'étude », *Salle de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.160. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

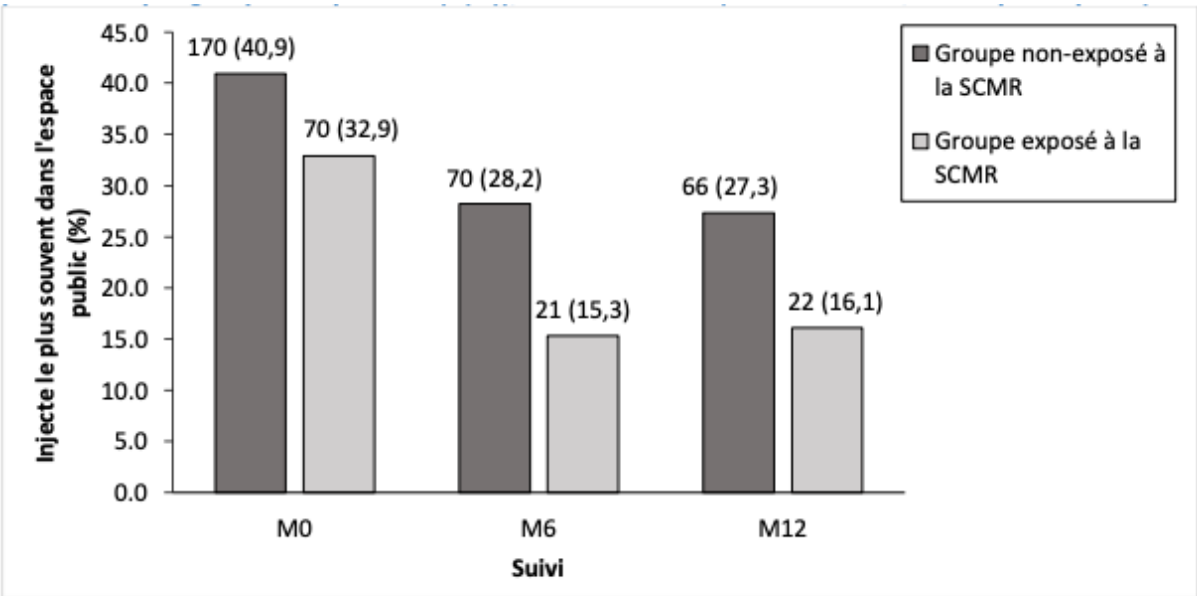
Objets de consommation	Emballages
Seringues / Aiguilles	Médicaments
Stericups	Kits
Tampons secs	Stericups
Fioles d'eau	Tampons alcools et lingettes
Tubes crack	Préservatifs
Flacons de méthadone	Aiguilles et seringues

Annexe n°10 : Nombre moyen hebdomadaire de seringues et d'autres traces de consommation trouvées dans l'espace public avant et après l'ouverture de la SCMR.
INSERM, 2021. « Résultats des analyses », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.163. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

	Nombre hebdomadaire moyen de seringues relevé (moyenne et écart-type – entre parenthèses)	Nombre hebdomadaire moyen d'autres traces de consommation (emballages de kits d'injection et de médicaments, cups, fioles d'eau, filtres,...) (moyenne et écart-type – entre parenthèses)
Période d'observation avant l'ouverture de la SCMR	6.94 (8.39)	8.50 (8.91)
Période d'observation après l'ouverture de la SCMR	2.23 (2.43)	5.83 (6.32)

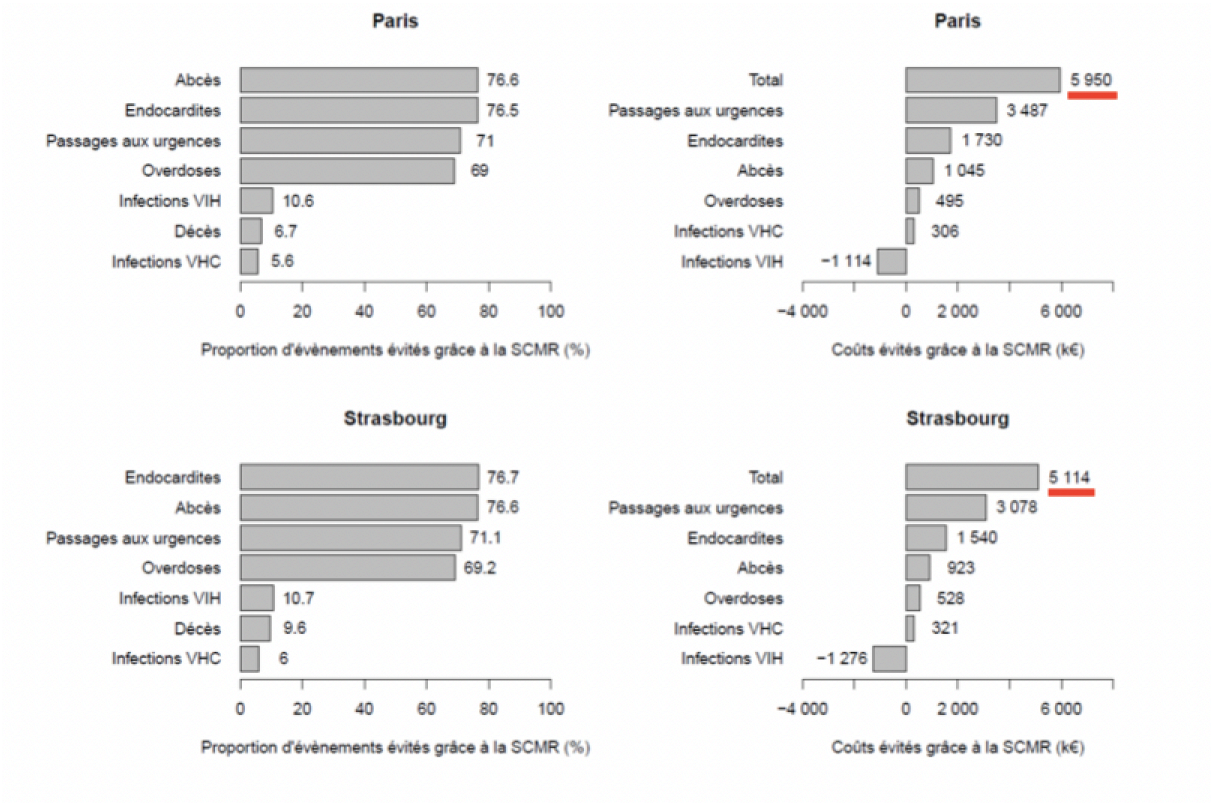
Source : Bases données INSERM traces de consommation (2016-2018)

Annexe n°11 : Fréquences des participants qui ont déclaré injecter le plus souvent dans l'espace public par suivi et par groupe d'exposition.
INSERM, 2021. « Injection dans l'espace public », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.79. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

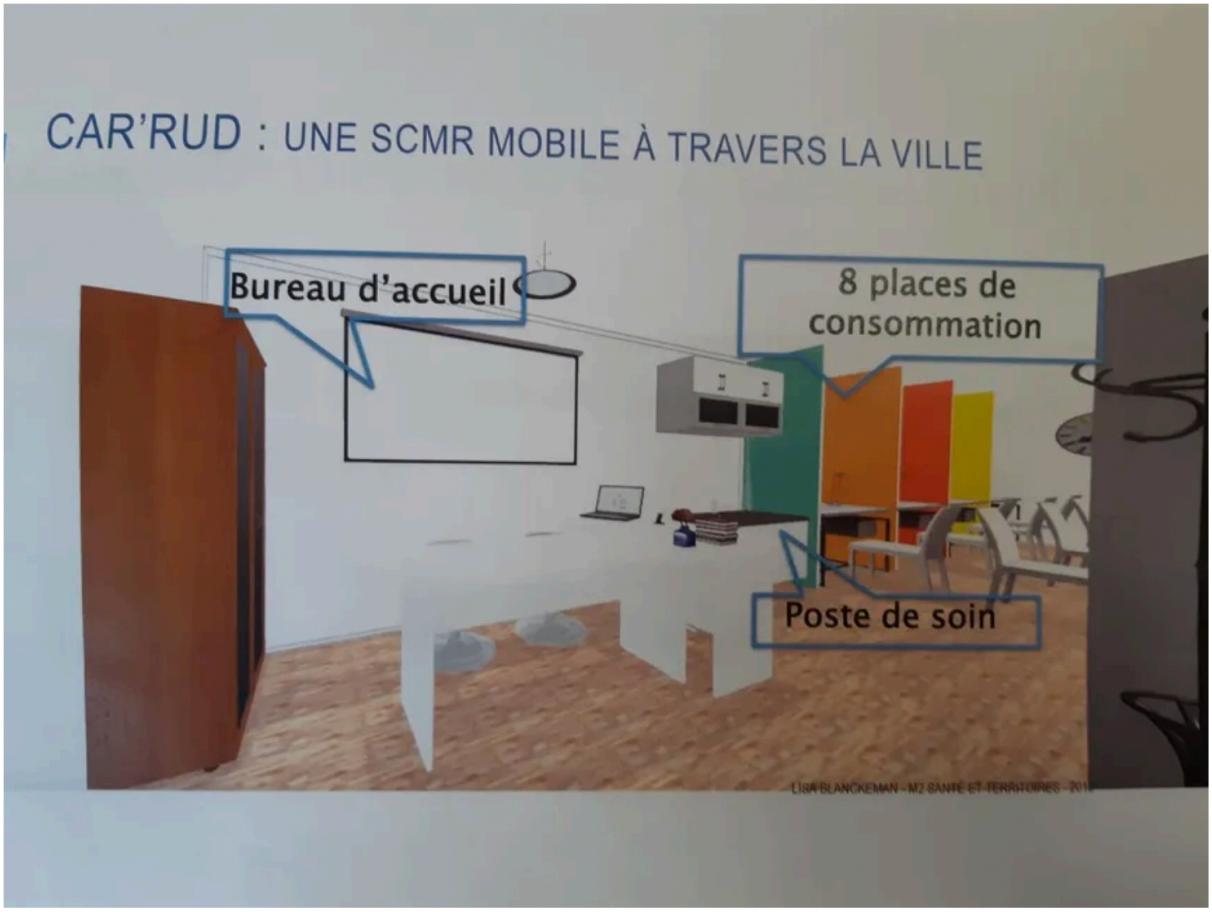


Note : A un seuil de 5%, les différences entre groupes d'exposition ne sont significatives qu'en M6 (p=0,01) et M12 (p=0,02).

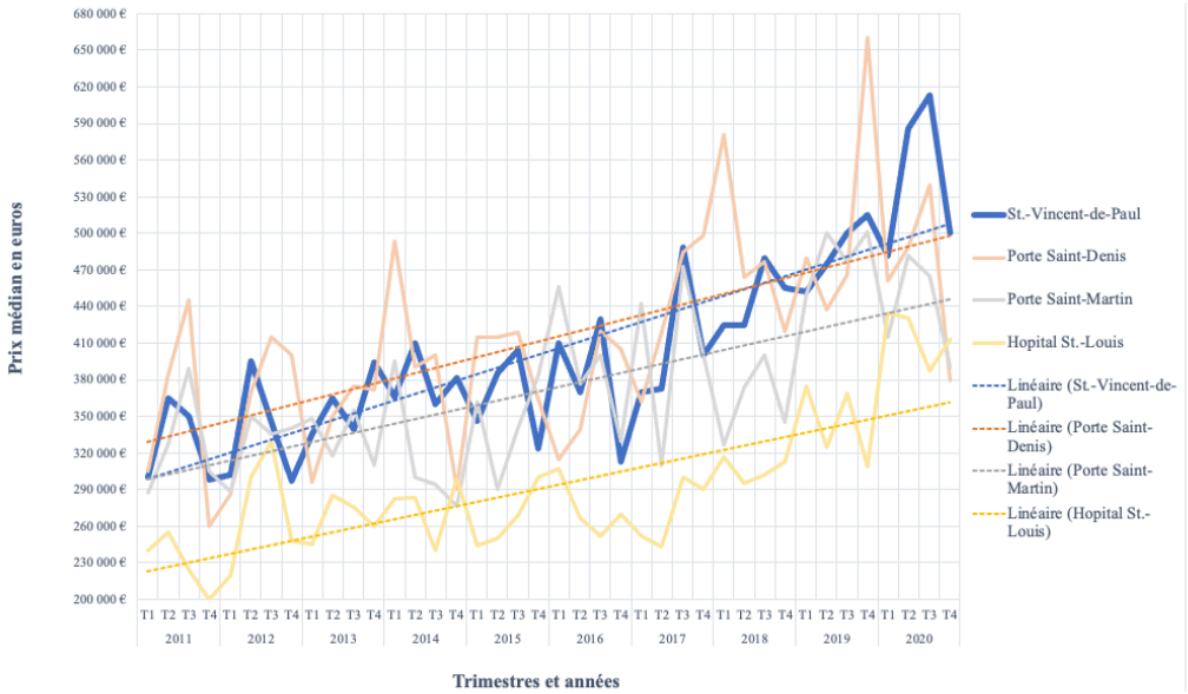
Annexe n°12 : Variation des évènements de santé et des coûts médicaux associées estimés avec SCMR (S1) et sans SCMR (S2) sur une période d'implémentation des SCMR de 10. INSERM, 2021. « COSINUS éco : résultats », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.114. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/



Annexe n°13 : Plan de l'intérieur du car unité mobile de consommation imaginé par l'association « Réduire les risques » - CAARUD « Réduire les risques ».
CiAVATTI M., France Bleu - « A Montpellier, le projet d'une unité mobile de consommation de drogue pour réduire risques et nuisances », 15 mars 2021. Disponible à l'adresse : https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/drogue-toxicomanie-unite-de-consommation-a-moindre-risque-montpellier-prevention-1615585705



Annexe n°14 : Prix de vente médian des appartements ancien par quartiers du 10e arrondissement de Paris.
INSERM, 2021. « La crainte de la dégradation du quartier qui pourrait être accompagnée d'une dévaluation du prix des appartements », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.268. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

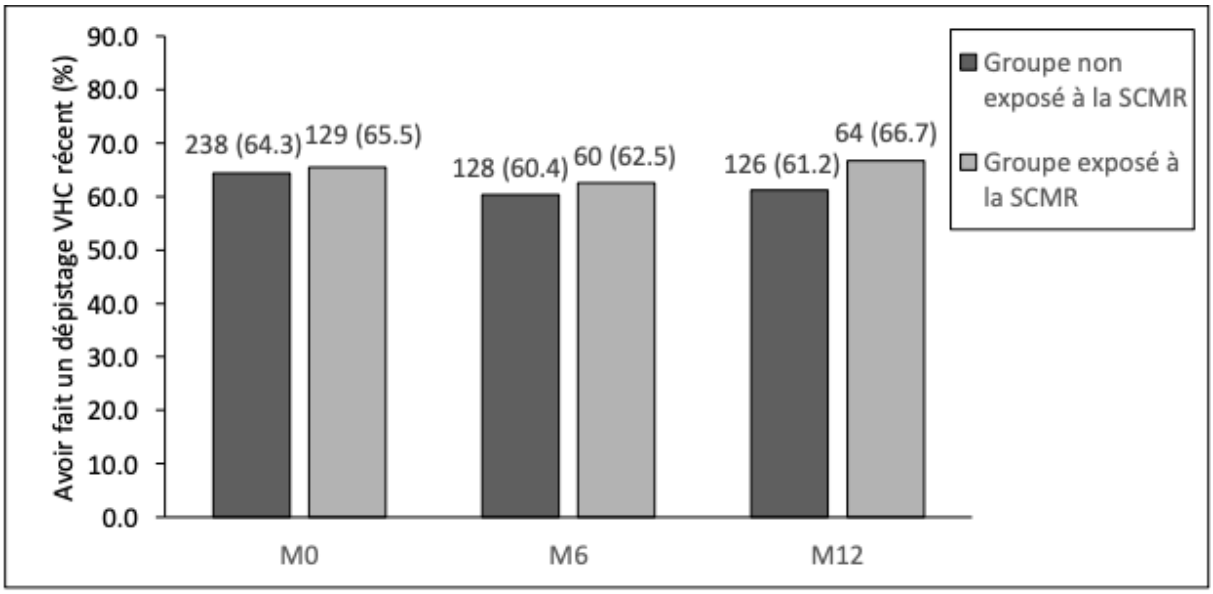


Source : Chambre des notaires de Paris (2011-2020)

Annexe n°15 : Enquêtes d'opinion questionnant l'acceptabilité sociale des salles de consommation en France : EROPP 2010, EROPP 2018 et KABP.
INSERM, 2021. « Connaissances des français sur l'existence des salles de consommation », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.284. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/

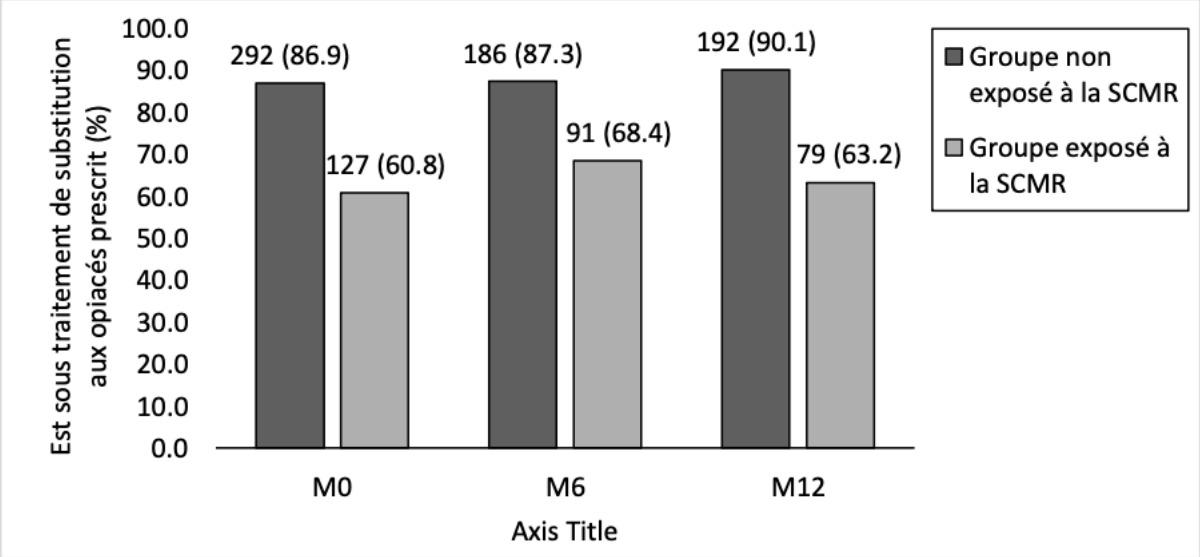
- 82,1% des Français ont déjà entendu parler des salles de consommation en 2018.
- 80,2% des Français sont favorables à ce type de dispositif en 2018 (17,1% y sont défavorables et 2,7% ne se prononcent pas).
- 75,9% des Français pensent que les salles de consommation devraient être ouvertes dans d'autres villes en 2018.
- 55,1% des Français sont favorables (« tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord) à l'ouverture d'une salle de consommation dans leur quartier en 2018.

Annexe n°16 : Fréquences des participants ayant fait un dépistage VHC récent par groupe d'exposition et par suivi.
INSERM, 2021. « Dépistage de l'hépatite C », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.72. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/



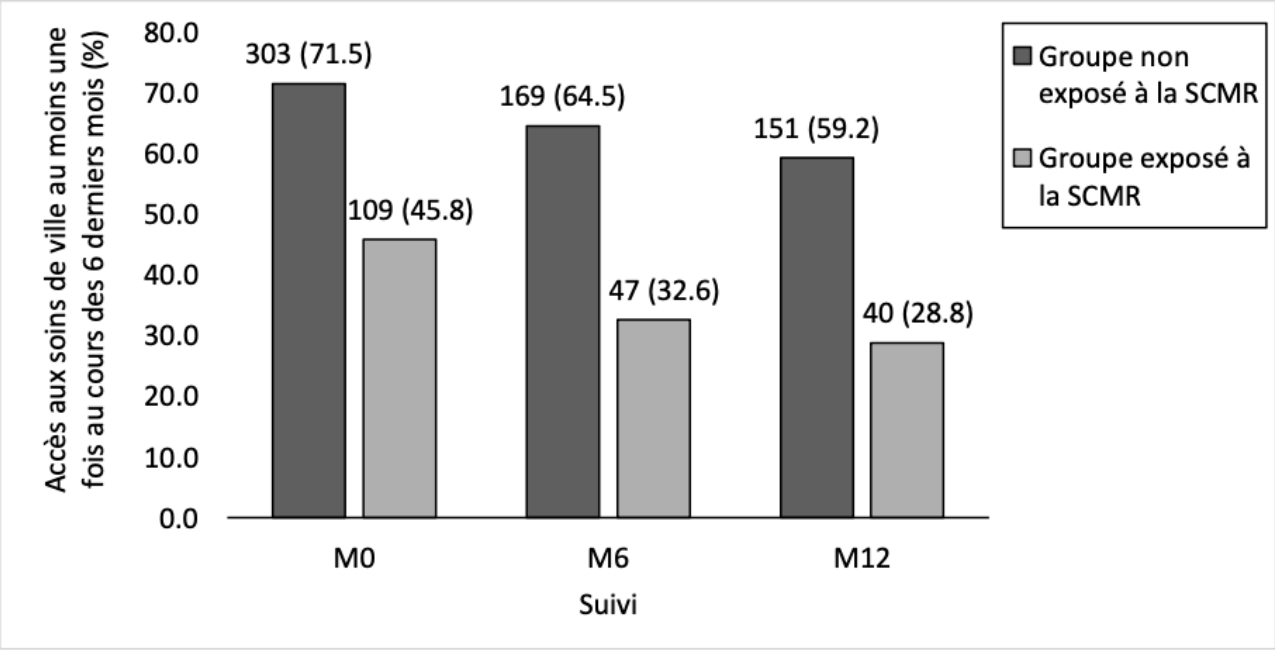
Lecture : A M0, 238 participants du groupe non exposé, soit 64.3% ont fait un dépistage VHC récent, contre 65.5% dans le groupe exposé. Aucune des différences n'est significative au seuil de 5%.

Annexe n°17 : Fréquences des participants déclarant au moins un médicament de l'addiction aux opiacés au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi.
INSERM, 2021. « Discussion et limites », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.66. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/



Lecture : A M0, 292 personnes du groupe non exposé sont sous médicament de l'addiction aux opiacés prescrit, soit 86.9% de ce groupe, contre 60.8% dans le groupe exposé. Toutes les différences sont significatives au seuil de 5%.

Annexe n°18 : Fréquences des participants ayant utilisé les soins de ville au cours des six derniers mois par groupe d'exposition et par suivi.
INSERM, 2021. « Accès aux soins de ville : visite chez un médecin généraliste ou spécialiste », *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique,* p.68. Disponible à l'adresse : https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/



Lecture : A M0, 303 des non-utilisateurs de la SCMR, soit 71.5% de ce groupe, ont eu au moins une visite chez un médecin généraliste ou spécialiste, contre 45.8% dans le groupe exposé. Toutes les différences sont significatives au seuil de 5%.

Normes juridiques

Codes :

- Code de la santé publique
- Code pénal

Décrets :

- Décret n°87-328 du 13 mai 1987 portant suspension des dispositions du décret n°72-200 du 13 mars 1972 réglementant le commerce et l'importation des seringues et des aiguilles destinées aux injections parentérales en vue de lutter contre l'extension de la toxicomanie, JORF du 16 mai 1987.

- Décret n°2005-347 du 14 avril 2005 approuvant le référentiel national des actions de réduction des risques en direction des usagers de drogue et complétant le code de la santé publique. JORF n°88 du 15 avril 2005.

Circulaire :

- Circulaire n°2016-07 du 13 juillet 2016 de politique pénale relative à l'ouverture des premières salles de consommation à moindre risque, espace de réduction des risques pas usage supervisé.

Arrêtés :

- Arrêté du 26 janvier 2022 portant approbation du cahier des charges national relatif aux « haltes "soins addictions" ». JORF n°0045 du 23 février 2022.

- Arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salle de consommation à moindre risque. » JORF n°0072 du 25 mars 2016.

Bibliographie

Ouvrages :

- CHAPPARD P., COUTERON J-P., *Salle de shoot : Les salles d'injection supervisée à l'heure du débat français*, Editions La Découverte, Paris, 2013.

- BERGERON H., RENAUD C., *Les drogues face au droit*, Edition La Vie des Idées, Paris, 2015.

- GEISMAR-WIEVIORKA S., *Soigner les drogues, du sevrage aux salles de shoot*, Edition Odile Jacob, Paris, 2016.

- HAUTEFEUILLE M., WIEVIORKA E., *La légalisation des drogues, un mesure de salut public*, Edition Odile Jacob, Paris, 2014.

- Observatoire français des drogues et des toxicomanies, *Drogues et addictions, données essentielles*, OFDT, Saint-Denis, 2013.

- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport européen sur les drogues, tendance et évolution*, Office des publications de l'Union européenne, Luxembourg, 2017.

- AEBERHARD P., CHAUMET P-O., LEBEAU-LEBOVICI B., *La réduction des risques chez les usagers de drogues : le rôle des ONG*, LEH Edition, 2019.

- Ministère de l'emploi et de la solidarité, *Les risques infectieux liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse*, Edition CFES, Vanves, 2002.

- CANARELLI T., COQUELIN A., *Données récentes relatives aux traitements de substitution aux opiacés, Analyse de données de remboursement concernant un échantillon représentatif de patients en 2006 et en 2007*, ODFT, Saint-Denis.

Rapports :

- Institut de Santé Publique de l'INSERM, *Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique*, 2021.

- INSERM, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, Les éditions INSERM, Paris, 2010.

- JANVIER C., VIRY S., *Mission flash sur les salles de consommation à moindre risques*, Commission des affaires sociales, 2021.

- OFDT, *Rapport européen sur les drogues*, 2014.

Articles juridiques :

- RANAIVO A-S., « La réduction des risques en matière de toxicomanie : de la répression au réalisme. », *RDSS*, n°04, septembre 2020, p.691.

- BIOY X., « Loi de modernisation de notre système de santé. », *Constitutions*, n°01, juin 2016, p.125.

- MARTINENT E., « Expérimentation des « salles de shoot » : rejet du référé suspension. », Recueil Dalloz, n°41, novembre 2013, p.2701.

- PIASTRA R., « Expérimentation des « salles de shoot » : avis négatif du Conseil d'Etat. », *Recueil Dalloz*, N°36, octobre 2013, p.2403.

Articles :

- Harm Reduction International, « What is Harm Reduction ? A position statement from the International Harm Reduction Association », 2010.

- Act Up-Paris, Mediapart, « Toxicos : les oublié-e-s de la lutte contre le sida. », 13 mai 2022.

- RVH Synergie - « Réduction des risques : petite histoire de la distribution et de l'échange de seringues en France », 2003.

- Sexosafe - « Chemsex et slam : comment se protéger. »

- GRÉGOIRE M., ASUD - « Slam & Chemsex, le plaisir du risque. », Journal n°59, 2016.

- LE SAINT R., Mediapart - « Mieux accompagner les usagers de drogues, un devoir urgent de santé publique. », 17 août 2021.

- Le Monde - « A Paris, les nouvelles salles de consommation à moindre risque de crack approuvées par le gouvernement. », 15 septembre 2021.

- PLUCHARD J., Vozer - « Le projet de salle lilloise de consommation à moindre risque est dans l'impasse. », 27 octobre 2021.

- Le Point - « Des salles de consommation pour drogués : le débat enfle, Matignon contre. », 11 août 2010.

- GAGNEPAIN T., 20 minutes. « Strasbourg : première en France, la « salle de shoot » accueille maintenant jour et nuit. », 2 juillet 2021.

- INSERM, salle de presse. « L'évaluation scientifique conforme l'intérêt des salles de consommation à moindre risque (SCMR) », 7 mai 2021.

- CIAVATTI M., France Bleu - « A Montpellier, le projet d'une unité mobile de consommation de drogue pour réduire risques et nuisances. », 15 mars 2021.

- AFP. Ouest France - « Martine Aubry accuse Gérald Darmanin de bloquer l'ouverture d'une salle de shoot à Lille. », 26 octobre 2021.

- AFP. Mediapart - « Face au crack, un quartier de Paris en pleine 'urgence humanitaire' », 10 juillet 2021.

- LASSUS-DEBAT G., ActuBordeaux - « Bordeaux, 'Il se pique entre les jambes devant des enfants', entre héros et crack, ils craquent. », 20 avril 2022.

- LASSUS-DEBAT G., ActuBordeaux - « Drogue : à Bordeaux, l'hôpital Saint-André est prêt à accueillir une 'salle de shoot'. », 13 mai 2022.

- BINE I., Mediapart - « À Marseille, l'omerta règne autour de la création d'une salle de 'shoot '. », 17 août 2021.

- CNews - « Paris : Elus et riverains mobilisés contre l'ouverture d'une 'salle de shoot' dans le 20e. », 7 septembre 2021.

- POINGT A., Le Figaro - « Salle de shoot : comment l'insécurité ruine les commerçants du nord de Paris. », 18 septembre 2018.

- DUPORTAIL J., Les Inrockuptibles - « La drogue est un plaisir exactement comme un autre. » 8 février 2017.

<u>Études :</u>

- Rodolphe INGOLD, « Les effets de la libéralisation de la vente de seringues : rapport d'évaluation », IREP, Paris, 1988.

- Françoise FACY, « Enquête épidémiologique : toxicomanes et partage des seringues », INSERM U 302, rapport, 1989.

- COPPEL Anne, « Chapitre 6 : la prohibition des drogues ». *La réduction des risques liés à l'usage de drogues, stratégies de changement des politiques de drogues ?* Presses Universitaires de Rennes, 2005.

- DEVANEY Madonna, BERENDS Lynda, *« Syringe disposal bins: the outcomes of a free trial for city traders in an inner-city municipality Australia »*, Substance Use & Misuse, 43(1), p. 139-153, 2008.

- SARANG Anya, RHODES Tim, PLATT Lucy, *« Access to syringes in three Russian cities: implications for syringe distribution and coverage »*, The International Journal on Drug Policy, 19 Suppl 1, p. S25-36, 2008.

- JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, « Auto-support des usagers de drogues et prévention des risques », *Villes et toxicomanies*, p.276, 2005.

- CROUZIER C., LAPORTE A., BRUNET J.-B. (Direction générale de la Santé) *« Caractéristiques de l'épidémie de SIDA liée à la toxicomanie (1983-1988) en France »*, 1989.

- Milloy, M.-J., Wood, E., Tyndall, M., Lai, C., Montaner, J., & Kerr, T. Recent incarceration and use of a supervised injection facility in Vancouver, Canada. Addiction Research & Theory, 17(5), 538-545, 2009.

- Potier, C., Laprévote, V., Dubois-Arber, F., Cottencin, O., & Rolland, B. Supervised injection services : What has been demonstrated? A systematic literature review. Drug and Alcohol Dependence, 145, 48-68, 2014.

- Marshall, B. D., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J. S., & Kerr, T. Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility : A retrospective population-based study. The Lancet, 377(9775), 1429-1437, 2011.

- Milloy, M.-J., Wood, E., Tyndall, M., Lai, C., Montaner, J., & Kerr, T. Recent incarceration and use of a supervised injection facility in Vancouver, Canada. Addiction Research & Theory, 17(5), 538-545, 2009.

- Salmon, A. M., Beek, I. V., Amin, J., Kaldor, J., & Maher, L. The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. Addiction, 105(4), 676-683, 2010.

- JAUFFRET-ROUSTIDE Marie, PEDRONO Gaëlle, BELTZER Nathalie, « Supervised consumption rooms: the French Paradox », The International Journal on Drug Policy, 24(6), p. 628-630, 2013.

Documentaires :

- KANDY LONGUET A., « Chasser les dragons », Belgique, 2021.

- DUMAS C., LACONI E., « Ici je vais pas mourir », France, 2021.

- France 5, Le Magazine de la Santé, « Salle de shoot : réduire les risques malgré la polémique », France, 2021.

Table des matières

Sommaire **…….…….…….…… p.5**

Lexique **…….…….…… p.6**

Introduction **…….…… p.8**

Partie 1 - Les salles de consommation à moindre risque, un instrument destiné à la réduction des risques …….…….…… p.15

Chapitre 1 - La politique de réduction des risques comme base légale à la création des salles de consommation à moindre risque ……..……..… p.15

Section 1 - La réduction des risques, une composante à part entière des politiques de santé publique ..…….……..……..… p.16

Paragraphe 1 - La consécration législative tardive de la réduction des risques par la loi du 9 août 2004 … ……..… p.16

Paragraphe 2 - … Source de la lente apparition des premières mesures de réduction des risques ……..…… p.19

Section 2 - L'application concrète de la stratégie de réduction des risques……. p.24

Paragraphe 1 - Les objectifs assignés à la réduction des risques .. p.24

Paragraphe 2 - Les populations visées par la réduction des risques ……..……..……..…….. p.28

Chapitre 2 - Les salles de consommation à moindre risque, outils pertinents dans la mise en oeuvre de la politique de réduction des risques ……. p.32

Section 1 - Les objectifs affichés des salles de consommation à moindre risque ……..…… p.32

Paragraphe 1 - Un objectif de diminution des risques sanitaires, sociaux et sécuritaires ……..…… p.33

Paragraphe 2 - La difficile traduction des objectifs sur le plan matériel …….…… p.37

Section 2 - La participation concrète des salles de consommation à moindre risque à la réduction des risques ……..……..…… p.40

Paragraphe 1 - La participation spatiale des salles de consommation à moindre risque à la réduction des risques ……..……..…… p.40

Paragraphe 2 - La participation organique des salles de consommation à moindre risque à la réduction des risques …… p.44

Partie 2 : Les salles de consommation à moindre risque, un instrument efficace dans la lutte pour la réduction des risques ? ……..……. p.47

Chapitre 1 - Une réduction des risques constatée attribuable aux salles de consommation à moindre risque ……..……. p.47

Section 1 - Une diminution efficiente des risques observée à différentes échelles ……..…… p.48

Paragraphe 1 - Une diminution des risques sanitaires et sécuritaires …… p.48

Paragraphe 2 - Une diminution des risques efficiente …..……. p.54

Section 2 -Une diminution des risques source d'évolutions législatives .. p.57

Paragraphe 1 - La consécration d'une politique pénale aménagée . p.57

Paragraphe 2 - L'adoption de l'arrêté du 26 janvier 2022 générateur d'innovations ……..……..…….. p.61

Chapitre 2 - Une efficacité des salles de consommation à moindre risque à nuancer …….. p.64

Section 1 - L'implantation complexe des salles de consommation à moindre risque …… p.64

Paragraphe 1 - Une complexité observée à l'échelle politique …… p.64

Paragraphe 2 - Une acceptabilité sociale à géométrie variable source de difficultés …… p.68

Section 2 - La préexistence de limites obstacles à la qualification d'instrument révolutionnaire …….. p.72

Paragraphe 1 - L'efficacité imparfaite des salles de consommation à moindre risque ……. p.72

Paragraphe 2 - Un apport des salles de consommation à moindre risque restreint par le travail des établissements médico-sociaux .. p.76

***Conclusion* …… p.80**

***Annexes* …… p.83**

***Normes juridiques* …… p.94**

***Bibliographie* …… p.95**

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a marqué un tournant dans la lutte pour la réduction des risques liés à la consommation de substances psychoactives. Après des années de débats et de controverses, le Législateur a enfin autorisé l'ouverture de salles de consommation à moindre risque en France, et ce, à titre expérimental, pour une durée maximale de six ans. Deux salles de consommation ont été inaugurées à la fin de l'année 2016 : une à Paris à proximité de la gare du Nord, l'autre à Strasbourg.
Plus vulgairement surnommées « salles de shoot », ces structures de réduction des risques sont destinées à accueillir un public consommateur de produits psychoactifs majeurs dans un cadre d'usage sécurisé et dans des conditions d'hygiène convenables. Du matériel stérile nécessaire à la consommation y est distribué et des conseils de réduction des risques sont dispensés. L'idée est de réduire au maximum les risques liés à la consommation, notamment les risques infectieux (VIH/VHC/VHB), dans un objectif de protection de la Santé publique. Si les salles de consommation sont mal acceptées par une partie des riverains, le Législateur a étendu leur expérimentation jusqu'en 2025 suite au rapport de l'INSERM publié en 2021 qui conclut aux effets positifs de ces structures sur la santé et la sécurité publiques. Alors que Paris devrait implanter de nouvelles salles de consommation pour lutter contre l'explosion de la consommation de crack, des villes comme Marseille, Lille ou encore Bordeaux sont pressenties pour accueillir à leur tour une salle de consommation à moindre risque.

Mots-clés : loi du 26 janvier 2016 ; réduction des risques ; substances psychoactives ; salle de consommation à moindre risque ; salle de shoot ; matériel stérile ; risques infectieux ; Santé publique ; INSERM ; crack.

Law n°2016-41 of January 26, 2016 on the modernization of our health system marked a turning point in the fight to reduce the risks associated with the consumption of psychoactive substances. After years of debate and controversy, the legislator has finally authorized the opening of lower-risk consumption rooms in France, on an experimental basis, for a maximum period of six years. Two consumption rooms were inaugurated at the end of 2016: one in Paris near the Gare du Nord, the other in Strasbourg.
Designed under the informal appellation of "shooting rooms", these risk reduction structures are intended to accommodate a public who are consumers of major psychoactive products in a framework of safe use and in suitable hygienic conditions. Sterile materials necessary for consumption are distributed there and risk reduction advice is given. The idea is to reduce the risks associated with consumption as much as possible, in particular the risks of infection (HIV/HCV/HBV), with the aim of protecting public health. Although consumption rooms are poorly accepted by some local residents, the legislator has extended their experimentation until 2025 following the INSERM report published in 2021 which concludes that these structures have positive effects on public health and safety. While Paris should set up new consumption rooms to fight against the explosion of crack consumption, cities such as Marseille, Lille and Bordeaux are expected in turn to host a lower-risk consumption room.

Keywords : law of 26 January, 2016 ; harm reduction ; psychoactive substances ; lower-risk consumption room ; shooting room ; sterile material ; infectious risks ; Public health ; INSERM ; crack.