

Dr Jean-Michel Delile\*

\* Directeur général du CEID-Addiction, 20, place Pey-Berland, F-33000 Bordeaux. Président de la Fédération Addiction, Paris, France  
Tél. : 05 35 14 00 30 – jm.delile@ceid-addiction.com  
Reçu octobre 2018, accepté juin 2019

# Espace(s) de la salle de consommation à moindre risque, entre dedans et dehors

## Résumé

Initialement conçues pour résoudre le problème des “scènes ouvertes” au début des années 1990 en Europe et donc essentiellement dans des objectifs de tranquillité publique, les salles de consommation à moindre risque (SCMR) ont rapidement fait la démonstration d’effets positifs en matière de réduction des risques (RDR), notamment par leur capacité à établir des contacts avec des usagers de drogues éloignés des systèmes de soins. Ces dispositifs doivent donc être nécessairement conçus avec des réponses adaptées aux besoins spécifiques d’une ville ou d’un quartier particuliers, au risque sinon de créer au contraire un effet d’appel et de créer ou d’aggraver une partie du problème que les SCMR étaient censées aussi résoudre, la visibilité sociale des usages ou des trafics, avec la création d’une scène ouverte en périphérie de la salle. Inadaptées à une configuration locale spécifique, ces SCMR risqueraient en effet d’aggraver ainsi le risque de rejet des usagers par l’environnement et leur stigmatisation. Cette dialectique du dedans et du dehors de la salle est donc une question-clé qu’il importe de traiter dans tout projet d’implantation de tels dispositifs dans un site spécifique, en intégrant notamment la possibilité de programmes mobiles qui peuvent pour partie répondre à cette tension.

## Mots-clés

Salle de consommation à moindre risque (SCMR) – Réduction des risques (RDR) – Usager de drogues injecteur – Adversité sociale – Accompagnement.

Les salles de consommation à moindre risque (SCMR) sont des dispositifs de réduction des risques (RDR) qui répondent à des objectifs de santé publique, mais aussi de tranquillité publique. Ils imposent à l’autorité judiciaire de délimiter un espace où les usagers peuvent se déplacer aux alentours de la salle sans être inquiétés pour détention de produits stupé-

## Summary

**Low risk drug consumption rooms, between inside and outside**

Initially conceived to face the problem of “open areas” at the beginning of the 90s in Europe, and essentially for public order, lower risk drug consumption facilities rapidly demonstrated positive risk reductions, especially by reaching to drug users far from the health system. These facilities have to be conceived to give tailor made responses to specific needs in a city or particular neighborhood, with the risk of creating an appealing effect and thus creating and aggravating part of the problem these facilities were supposed to solved, namely the social visibility of drug use and traffic, with the creation of an open stage at the periphery of the facility. Inadapted to a specific local configuration, these facilities could aggravate the risk of rejection of the users by their environment and their stigmatization. Thus this dialectic of outside and inside the facility is a key question that has to be addressed in any implantation project of such facilities at a specific site, integrating the possibility of mobile programs could partly reduce this tension.

## Key words

Low risk drug consumption room – Risks reduction – Drug injection user – Social adversity – Support.

fiant. Cette question interroge donc également le Droit et certains spécialistes (1) se demandent notamment si “le fait de proposer un espace dédié aux usagers par injection ainsi retirés de l’espace public procédait (seulement) de la volonté de les abriter des dangers. N’y avait-il pas (également) une volonté de les reléguer pour purger l’espace public de comportements déviants ?”.

Cette question essentielle posait celle, nécessairement complexe, de l'espace des SCMR, entre dedans et dehors. À défaut de pouvoir les éradiquer, comment en effet cacher ces comportements que nous ne saurions voir ? Comment les retirer de la visibilité sociale et scandaleuse d'un "dehors" pour les faire rentrer dans la sécurité et la discrétion d'un "dedans" ? D'autre part, ces comportements déviants ne sont-ils pas précisément le fait de personnes elles-mêmes en difficulté avec les normes, voire même hors-la-loi ? Suffit-il de leur proposer des espaces de soins, des espaces dédiés, confortables, pour qu'elles y aillent et y restent sans créer de troubles alentour ? Ces espaces sécurisés de consommation, enfin, sont-ils une fin en soi ou doivent-ils ouvrir également vers d'autres possibilités de vie, d'autres espaces ?

Pour aborder ces différentes questions, notre propos sera organisé en quatre parties où la question dedans/dehors restera déterminante :

- *Outlaw* ? Espaces dérogoires de tolérance d'usages de drogues illicites ?
- *Outreach* ? Espaces spécialisés, intégrés ou mobiles ?
- *Outsiders* ? Et autour ? La question des confins, de la périphérie, de la "zone".
- *Outland* ? Vers où ? Espaces d'accès aux soins : passages, seuils, portes.

Au fil de ces réflexions et puisqu'il nous était demandé dans ces échanges avec des spécialistes du Droit un point de vue médical sur cette question, tout ceci nous conduira à promouvoir une médecine à la fois de l'espace social et des personnes. Cette réflexion est nourrie de l'expérience d'un projet de SCMR à Bordeaux où les échanges préparatoires, pendant plusieurs années, avec la municipalité et le Parquet concernés ont achevé de nous convaincre de l'enjeu essentiel que constituent les questions de tranquillité et d'ordre publics dans la faisabilité et la mise en œuvre de telles actions.

## *Outlaw* ?

Les SCMR sont des espaces dérogoires du droit commun où sont tolérées des pratiques interdites par ailleurs, en l'occurrence l'usage de drogues illicites. Ce qui est hors-la-loi (*Outlaw*) dehors est donc accepté dedans.

Dans les revues de la littérature, les objectifs de ces SCMR, les bénéfices attendus, sont les suivants (2-4) :

- réduction des pratiques à risque liées à l'usage de drogues ;

- réduction de la morbidité et de la mortalité des usagers de drogues – UD (transmission infectieuse, overdoses...) ;
- entrée dans les soins des UD les plus précarisés et non accompagnés par les dispositifs conventionnels ;
- réduction des nuisances sociales sur la communauté.

En contrepartie, les craintes majeures suscitées par l'implantation de ces structures sont les suivantes :

- incitation à l'usage de drogues voire à l'initiation à l'usage ;
- création de conditions "de confort" qui reportent l'entrée dans les soins par "normalisation" de l'usage. Il s'agirait plus de gestion d'un problème social que d'entrée dans un processus de changement ou d'un soin ;
- Regroupement des UD et de "dealers" autour des salles d'injection, problèmes de tranquillité publique, aggravation du *deal* à proximité.

C'est ainsi que dans son récent rapport, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies – OEDT (5) souligne qu'au-delà des enjeux sanitaires, les SCMR "ont également pour vocation de contribuer à réduire l'usage de drogues dans les lieux publics et la présence de seringues usagées ainsi que d'autres troubles liés à la consommation de drogues dans les espaces publics".

Et de fait, aux origines des SCMR, il y a une trentaine d'années, on retrouve bien les "scènes ouvertes" (*open drug scenes*) qui s'étaient développées dans plusieurs grandes villes d'Europe. L'irruption dans l'espace public de ces zones de déviances tolérées, plus ou moins explicitement, était certes source de troubles dans l'opinion publique mais répondait, du côté des autorités municipales concernées, à l'espoir qu'en faisant en quelque sorte "la part du feu", cela permettrait de contenir le phénomène des usages publics de drogues dans un espace tolérable. L'objectif de limitation des troubles à l'ordre public est difficile à évaluer, dans la mesure où il concerne une diversité d'acteurs (riverains, politiques, professionnels de la réduction des risques) qui ont des enjeux divers parfois difficiles à concilier (6, 7).

C'est ainsi que Waal et al. (8), dans une synthèse récente, rappellent qu'initialement les SCMR furent conçues comme une réponse aux problèmes de santé et d'ordre publics posés par les scènes ouvertes et le "marché des drogues" qui leur était attenant. Il s'agissait de politiques locales visant à répondre à des besoins spécifiques, souvent à l'échelle d'un quartier. Ces nouvelles structures furent donc implantées dans des sites

concernés par des problèmes d'usage et de trafic publics de drogues. Elles étaient ciblées sur des populations d'usagers ayant des pratiques à haut niveau de risques, compte tenu de leurs conditions de vie (e.g. personnes à la rue, présentant des comorbidités psychiatriques, etc.).

Les scènes ouvertes les plus emblématiques furent les *Needle Parks* (les "jardins aux seringues"... ) de Zürich : le Platzspitz et le Letten. Après des années de fonctionnement, l'échec de ces expériences fut retentissant et conduisit à la fermeture du Platzspitz le 13 janvier 1992 et du Letten en 1994.

Dans une perspective de réflexion sur le dedans/dehors, il est intéressant de revenir sur cette question des scènes ouvertes dans les années 1990 en Europe. En effet, leur apparition dans l'espace public faisait suite à des controverses sur les meilleurs modes de gestion des problèmes d'usages de drogues dans l'espace public : valait-il mieux les interdire radicalement, les disperser, les cacher ou les tolérer dans des scènes ouvertes ? Et celles-ci devaient-elles être plutôt concentrées sur un site principal ou bien plutôt dispersées en microsites ?

Ce dernier point fut particulièrement débattu en mettant en balance les avantages et les désavantages de scènes dispersées versus scènes concentrées.

La plupart des parties prenantes et des décideurs concernés étaient plutôt favorables à des scènes ouvertes "concentrées", dans des lieux fréquentés par les usagers dans les centres-villes (parcs publics, périphérie des gares). Celles-ci seraient mieux à même, pensait-on, de faciliter la surveillance et le contrôle du marché illégal des drogues. De plus, cette concentration faciliterait également l'intervention des services de prévention et de RDR (remise de matériels stériles d'injection par exemple), ainsi que le contact avec ces populations particulièrement vulnérables et fuyantes.

En fait, les résultats furent décevants voire même inverses de ceux escomptés (9, 10). L'absence de contrôle policier et social, l'intensification du *deal* et la baisse consécutive des prix des drogues attirèrent de plus en plus d'usagers dans ces espaces. L'augmentation des problèmes dans les scènes ouvertes apparut même encore plus rapide que celle de la population des "addicts" les fréquentant. C'est ainsi que ces scènes devinrent rapidement des points focaux de trafics de drogues et concentrèrent des populations de santé très précaire aussi bien sur le plan physique que mental. Elles atti-

raient également de plus en plus des personnes et des groupes marginaux, sans abri ou délinquants au profil antisocial, avec une augmentation de la délinquance et de la criminalité dans le voisinage. Cette image négative et stigmatisée décourageait la plupart des jeunes bien intégrés de les rejoindre, mais, à l'inverse, il apparaissait que beaucoup d'adolescents moins stables pouvaient éprouver une obscure attirance pour ces modes de vie marginaux et basculer vers des prises de risque multiples dans ces espaces peu normés.

Dès lors, les scènes ouvertes "concentrées" furent généralement reconnues comme un phénomène hautement problématique, une "nuisance publique" qui devenait totalement hors contrôle, comme ce fut le cas à Zürich et à Francfort/Main. Le remède était pire que le mal. Le consensus général conduisit partout à décider de les fermer, mais il fallait donc concevoir un "ailleurs" pour les usagers. Selon les villes, différentes options furent retenues (8, 9) dont celle des SCMR.

La première ouvrit en Europe à Berne en juin 1986. Actuellement, 77 SCMR ont officiellement ouvert dans sept pays de l'Union Européenne (31 dans 25 villes des Pays-Bas, 24 dans 15 villes en Allemagne, cinq dans quatre villes au Danemark, 13 dans sept villes en Espagne, une à Luxembourg, une en Belgique (Liège), deux expérimentales en France et bientôt en Écosse, Irlande et Slovaquie), deux dans deux villes en Norvège et 12 en Suisse. Hors d'Europe, les premières ont été ouvertes à Vancouver et Sydney, mais depuis Montréal a ouvert quatre sites dont trois lieux fixes et une unité mobile en juillet 2018.

Comme cela est très généralement observé, ce glissement des scènes ouvertes vers les SCMR a permis d'obtenir un double effet gagnant : "Dehors → Dedans".

Dans les villes concernées, cela a en effet permis à la fois de résoudre un problème de sécurité publique et un problème de santé publique en retirant les usages de drogues par injection de l'espace public, ils devenaient ainsi moins visibles, moins inquiétants et cela permettait en même temps de les rendre plus sûrs dans de meilleures conditions d'hygiène et de sécurité.

### ***Outreach* : "aller vers..."**

L'intérêt des SCMR ne se limite pas aux "scènes ouvertes", celles-ci, pour les plus grandes et visibles

d'entre elles tout au moins, ont d'ailleurs pratiquement disparu d'Europe (9) alors que des SCMR continuent de s'implanter. L'enjeu de santé publique, plus que de sécurité publique, est devenu le moteur essentiel de leur développement actuel dans le cadre de ce qu'il est convenu d'appeler la politique de réduction des risques et des dommages (RdRD) associés aux usages de drogues (11), celle-ci doit notamment permettre d'aller au-devant (*outreach*) d'UD non (encore) demandeurs de soins en leur proposant des services conformes à leurs besoins et à leurs attentes immédiates (matériel stérile par exemple). Mais, comme toute politique, celle-ci risque de créer des nuisances sociales en retour, qui doivent donc être prévenues et, le cas échéant, traitées.

Les effets attendus des SCMR, nous l'avons dit, sont de deux ordres essentiellement :

. Réduction des pratiques à risque liées à l'usage de drogues :

- Réduction de la morbidité et de la mortalité parmi les UD visés (transmission infectieuse VIH, VHC ; risques de décès par overdoses...).

- Entrée dans les soins des UD les plus précarisés et non captés par les dispositifs conventionnels.

. Réduction des nuisances sociales sur la communauté

Le premier objectif est général, le second est contingent : il dépend de l'environnement social et tout particulièrement de la préexistence, ou non, de scènes ouvertes. C'est pourquoi, même en l'absence de scènes ouvertes, les SCMR ont une justification essentielle d'ordre sanitaire. Mais cela impose dès lors que, en l'absence de scènes ouvertes, il faille prendre garde à ne pas en (re)créer une, surtout dans les marges, les confins des SCMR, cet espace flou entre le dedans et le dehors. Sinon, le bel équilibre entre santé et sécurité s'effondrerait au détriment de tous et surtout des usagers.

Pour faire face à cette difficulté, il existe trois modèles différents de SCMR (5) qui permettent de les adapter positivement à leurs contextes d'implantation afin de conserver toujours un bon rapport bénéfices/risques. Au risque de schématiser à l'excès, il est possible d'avancer qu'il existe trois types de SCMR : intégrées, spécialisées ou mobiles.

#### • Intégrées

La grande majorité des "salles" européennes sont intégrées dans des services "bas seuil" de RDR (type CAA-RUD en France) offrant toutes sortes de services de première nécessité permettant d'accueillir les usagers

les plus éloignés du soin. C'est également le choix fait à Montréal avec les "services d'injection supervisée". Ces salles sont généralement implantées dans des structures déjà existantes, ce qui assure de bonnes conditions d'accessibilité et d'acceptabilité. Les possibilités d'*outreach* restent en revanche limitées sauf à s'adjoindre les services complémentaires d'une équipe de rue avec des professionnels et des volontaires communautaires. C'est une pratique qui se développe de plus en plus fréquemment avec une augmentation du nombre d'équipes de rue autour des SCMR (Paris, Barcelone par exemple).

Cette intégration permet également d'avoir plus de flexibilité et d'adapter l'offre de services à l'évolution des besoins, toujours mouvants. C'est ainsi que l'OEDT (5) relève que "*dans un certain nombre de pays d'Europe, la consommation sous supervision fait désormais partie intégrante des structures à bas seuil d'exigence proposées au sein des systèmes de traitement de la toxicomanie. En Suisse et en Espagne, certaines salles de consommation de drogues ont été fermées en raison d'une diminution du besoin de tels services (liée à la diminution du nombre des injecteurs). Aux Pays-Bas de même, des restrictions budgétaires ont été imposées aux SCMR à la suite d'une réduction du nombre de personnes fréquentant ces lieux, résultant de la réussite d'un autre programme (Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang) qui a conduit les sans-abris vers des hébergements (supervisés) où la consommation de drogues est souvent permise. Aux Pays-Bas également, des salles de consommation d'alcool, qui sont souvent situées dans le même immeuble, mais dans des locaux séparés, sont de plus en plus souvent combinées avec des structures de consommation de drogues (Point focal Reitox des Pays-Bas, 2016)*".

#### • Spécialisées

Il s'agit de dispositifs spécifiques, centrés sur les services directement attachés à la consommation supervisée. Ces structures ont une forte visibilité sociale et, si elles s'implantent dans un site non repéré jusqu'alors comme une réelle scène ouverte, les flux générés risquent d'être perçus négativement par la population environnante avec un effet préoccupant d'attraction de populations marginales, ainsi que de trafic en périphérie avec tous les problèmes afférents.

#### • Mobiles

Les services mobiles, implantés dans une camionnette ou un mini-bus, vont au-devant des personnes sur leurs lieux de pratiques de consommation. Excellents pour

*l'outreach*, leur agilité et leur discrétion leur permettent d'aller au-devant de populations fuyantes, sur leurs lieux de vie, dans la périphérie des grandes villes, dans les squats, sans déranger l'environnement et donc avec une bonne acceptabilité sociale (12). En revanche, leur espace limité n'autorise que de faibles flux de clientèle. C'est souvent le choix initial fait dans les grandes agglomérations, comme à Barcelone, à Berlin ou à Copenhague, car il permet de répondre à des besoins sanitaires immédiats (RdRD) avec une bonne acceptabilité sociale et un effet pédagogique d'habituance qui permet, le cas échéant, de développer ultérieurement des structures fixes spécialisées ou, plutôt, intégrées.

C'est ainsi qu'actuellement, la grande majorité des SCMR européennes (5, 8) proposent des services de SCMR diversifiés et intégrés dans le cadre de structures de type CSAPA/CAARUD (établissements de soins et/ou de réduction de risques pour les usagers de drogues en France), associés à des services mobiles pour *l'outreach*. L'essentiel est d'adapter les réponses aux situations locales : un même dispositif SCMR peut avoir des effets différents en fonction de la "scène" locale.

Par exemple, en l'absence de "scène ouverte", le risque est d'en créer une en bordure de la SCMR avec des risques d'effets négatifs : Dedans → Dehors.

C'est ainsi qu'à Montréal, par exemple (13), les autorités ont décidé en accord avec les parties prenantes d'une approche combinée autorisant l'ouverture simultanée de quatre SCMR fixes et d'une mobile, avec des opérateurs différents, pour assurer une bonne accessibilité et réduire les effets de nuisance par concentration des UD sur un seul site très visible. C'est une idée qui semble également gagner du terrain à Paris compte tenu des besoins importants et des difficultés de voisinage relevées aux alentours de l'unique salle ouverte jusqu'à maintenant.

En France, c'est en effet un choix quasiment opposé qui a été initialement fait, en ne retenant ni des projets intégrés ni des projets mobiles (notamment le projet du CEID à Bordeaux), mais uniquement des structures spécialisées, implantées de surcroît dans des bâtiments de CHU (centres hospitalo-universitaires, ce qui peut étonner par rapport aux recommandations internationales qui privilégient sur la base de données robustes des implantations de première proximité), et ce, de manière uniforme dans trois villes, Paris, Strasbourg et

Bordeaux, où pourtant les besoins des usagers et les réalités socio-démographiques et même "topographiques" des usages de drogues sont différents. On peut regretter que cette phase dite "expérimentale" n'ait pas retenu une expérimentation diversifiée des trois modèles possibles, dans trois villes différentes, semblant ainsi privilégier la seule visibilité de structures spécialisées au risque de perdre des capacités d'adaptation à la diversité des besoins de santé des usagers et de tranquillité publique de l'environnement, et au risque également de mettre en péril les possibilités même d'implantation, comme on vient de le voir à Bordeaux.

La situation de la SCMR de Paris est de ce point de vue emblématique des questions d'acceptabilité (6, 7), ouvrir un seul SCMR dans une agglomération de plus de 10 millions d'habitants tout en fermant, dans le même temps, d'autres structures pour UD (CAARUD) dans le même quartier, c'était nécessairement risquer de créer un trouble public néfaste à la promotion de ces dispositifs si utiles par ailleurs. Cela ne pouvait en effet que créer un puissant effet d'appel pour les *outsiders*.

## ***Outsiders* : la question des confins, entre dedans et dehors**

---

Quand on transgresse des normes, la société nous perçoit comme étranger à elle-même, mais ce phénomène est réflexif, *l'outsider* ainsi défini, désigné, peut à son tour estimer que ceux qui le jugent ainsi sont eux-mêmes étrangers à son univers (14). Bien souvent, ces *outsiders* vont pouvoir se regrouper à la périphérie des zones urbaines et de la civilité, dans les marges, dans la périphérie, dans la "zone".

Face à ce phénomène qui appelle à la fois crainte et compassion, les politiques publiques vont hésiter entre l'option radicale de l'abolition de la misère et celles, plus pragmatiques, de l'assistance, mais aussi entre tolérance ou abandon. Elles expriment l'ambivalence des attitudes sociales vis-à-vis de ces populations-clés : exclus, migrants, nomades, toxicomanes de rue, prostituées...

Cette ambivalence croisée conduit souvent ces populations dans un entre-deux, entre dedans et dehors. Cela conduit à reprendre une petite anthropologie des portes (15), des seuils, des passages, mais aussi des bordures et des confins.

La porte fondamentalement protège le dedans de la menace du dehors tout en permettant l'échange, le passage. Les portes des villes permettent de se protéger de la sauvagerie de la nature, des loups, des barbares, des étrangers, des nomades errants, des morts et de leurs ombres, des personnes porteuses de souillures, des malades, des métiers dégradants, des immondices et autres ordures... Avec la fin des remparts et l'ouverture des villes, les limites devinrent poreuses même si les populations sont restées largement séparées. C'est souvent dans les bordures, les confins, que les plus dés-hérités trouvent place et deviennent ainsi moins visibles, moins effrayants.

À Paris, l'enceinte de Thiers (1844) fut ainsi abattue à partir de 1919, mais déjà auparavant dans la *zona non edificandi* du glacis, dans la "zone" entre la ville et les banlieues, s'étaient installés les bidonvilles des miséreux, des "zonards".

Cette vie dans les marges concentrait toutes les misères et les maladies "sociales" dont la tuberculose, la syphilis ou l'"alcoolisme". Il nous suffira de rappeler cette description par Céline des enfants de la "zone" dans les années 1920 : *"Cette espèce de village qui n'arrive jamais à se dégager tout à fait de la boue, coïncé dans les ordures et bordé de sentiers où les petites filles trop éveillées et morveuses, le long des palissades, fuient l'école pour attraper d'un satyre à l'autre vingt sous, des frites et la blennorragie"* (Voyage au bout de la nuit).

Comment ne pas comprendre, dès lors, les tensions et l'angoisse des populations quand la "zone" quitte la périphérie pour entrer dans la ville, quand le dehors inquiétant vient dedans, quand l'intolérable de la misère humaine s'expose à tous et suscite la crainte. C'est donc souvent dans cet entre-deux, dans ces bordures, ces confins, dans ces "zones off" aux limites mal définies et aux règles mal délimitées que se concentrent marginaux et exclus.

Les politiques publiques ambivalentes autant qu'embarassées oscillent entre rejet, éthique de conviction et éthique de responsabilité selon la formule de Max Weber, entre abolition de la misère et assistance, entre assistance et répression, entre intégration et relégation, depuis le "grand renfermement" du XVII<sup>e</sup> siècle, jusqu'aux "zones de tolérance", aux quartiers réservés, jusqu'à la décriminalisation.

## Abolir/supprimer le "dehors", les *outsiders* ?

En France, la Révolution avait fixé l'objectif de faire disparaître la misère et ses maux par une politique de bienfaisance placée dans une perspective abolitionniste. *"Abolissez la mendicité !"*, clamait ainsi Louis Antoine de Saint-Just : *"Abolissez la mendicité qui déshonore un État libre [...] Les malheureux sont les puissances de la terre ; ils ont le droit de parler en maîtres aux gouvernements qui les négligent"*. Les Montagnards décidèrent de fermer les hôpitaux et les asiles qui étaient pour eux "une institutionnalisation de la misère", selon la formule de Foucault (16).

Le Conventionnel Joseph Lebon proclamait : *"Doit-il y avoir une partie quelconque de l'humanité qui soit en souffrance ? Mettez donc au-dessus des portes de ces asiles des inscriptions qui annoncent leur disparition prochaine. Car si la Révolution finie, nous avons encore des malheureux parmi nous, nos travaux révolutionnaires auront été vains"* et Bertrand Barère résumait ainsi l'objectif central de cette politique : *"Plus d'aumônes, plus d'hôpitaux !"*

Cette exigence sociale issue des doctrines philanthropiques du XVIII<sup>e</sup> siècle fut bien inscrite dans la Constitution de l'An II (*"Les secours publics sont une dette sacrée"*) et conduisit à la Loi du 22 floréal An II.

Le 22 floréal An II, à la tribune de la Convention nationale, Barère, reconnaissant la "dette de la société" à leur endroit, propose, au nom du Comité de salut public, l'établissement de secours pour l'ensemble des citoyens indigents avec, entre autres dispositions, la réalisation d'un Grand livre de la bienfaisance nationale reconnaissant aux indigents le statut de "créanciers de la Nation". Cette Loi adoptée le jour-même devait, à terme, conduire à la fermeture des hôpitaux, devenus inutiles voire nuisibles.

La Loi du 22 floréal ne fut pas appliquée faute de moyens, c'est toute la limite de ces lois tout aussi sociales que généreuses, mais qui énoncent plus des projets que des normes applicables. En revanche, le Décret du 19 floréal puis, un mois plus tard, la Loi du 22 prairial An II, mettraient bien en place la "Grande terreur"... C'était une autre manière de supprimer, physiquement cette fois-ci, les autres grands "outsiders" du moment, les aristocrates. Du grand danger des utopies radicales mises en actes.

## Pour une approche thérapeutique et intégrative

---

Lutter contre les inégalités sociales de santé ne peut se limiter à des politiques d'assistance. Les maux, physiques et psychiques, induits par la pauvreté, la misère, la stigmatisation, les humiliations, les traumatismes..., sont profondément et durablement inscrits chez les individus et sont transmissibles. Il ne suffit donc pas d'agir sur la société pour plus d'équité, ni d'aider matériellement et d'accompagner les personnes concernées, il faut aussi soigner et traiter les corps et les esprits.

La tentation est toujours grande, comme le disait encore Foucault, "*d'opposer une médecine des espèces pathologiques et une médecine de l'espace social*", toutes deux sont tout-aussi indispensables.

Comme chacun sait, les déterminants sociaux de la santé sont essentiels (17). Même dans les pays les plus développés, les individus les moins riches ont une espérance de vie bien plus courte et sont en moins bonne santé que les plus favorisés. Ces différences non seulement représentent une grande injustice sociale, mais doivent également attirer l'attention du monde scientifique sur certains des facteurs les plus déterminants pour la santé dans les sociétés modernes. Elles ont notamment permis de mieux comprendre que la santé est très influencée par le milieu social et ce que l'on appelle les déterminants sociaux de la santé.

Les principaux déterminants de santé à l'œuvre pendant la petite enfance et à l'âge adulte sont les effets de la pauvreté, du stress, des drogues, des conditions de travail, du chômage, de l'exclusion sociale, des problèmes d'alimentation ou d'activité physique. Tous ces effets sont en interaction entre eux et surdéterminés par les inégalités sociales et les inégalités d'accès aux soins.

Pour autant, quand ces personnes sont malades, "socialement" pourrait-on dire, il est nécessaire d'être en mesure de les soigner et, précisément, les inégalités sociales d'accès aux soins sont un facteur aggravant des inégalités sociales de santé. C'est particulièrement le cas dans le champ de la santé mentale (18). Dans le domaine des addictions notamment, prévention, RDR et soins doivent être indissociables et intégrés (11). Il est frappant de constater que la dénomination médicale de ces troubles mentaux fréquemment associés à une

addiction et qui sont généralement liés à une enfance et des conditions de vie chaotiques est précisément celle de trouble de la personnalité *borderline* (état-limite), un trouble des bordures, des confins, des limites...

Dans cette perspective, les SCMR, qui ont précisément "*la capacité de nouer et de maintenir des relations avec des populations d'usagers de drogues à haut risque qui ne sont pas prêts ou désireux de renoncer à leur consommation*" (5), peuvent jouer un rôle fondamental dans l'accès aux soins de ces personnes éloignées des institutions classiques.

## *Outland* : et au-delà des SCMR ?

---

Cela réouvre la question des seuils, des passages, les SCMR sont-elles des fins en soi ou des portes ? Mais alors, des portes vers quoi ?

Même si cela n'est pas toujours évident, il y a deux grandes tendances dans le champ des acteurs de la RDR et donc des SCMR.

Certains sont les tenants d'une vision "radicale" de la RDR selon laquelle les dommages liés à l'usage de drogue (terme non pathologisant) seraient les produits de la stigmatisation sociale, de la discrimination et donc in fine de la prohibition. Dans cette perspective, les SCMR en tant que "portes" vers la légalisation ouvriraient un champ où l'exception devenant la règle, elles préfigureraient un avenir sociétal inclusif où les problèmes liés aux drogues s'estomperaient avec une bonne information préventive sur les risques.

D'autres ont une vision plus "médicale" et identifient aussi l'addiction en tant qu'expression de vulnérabilités, de souffrances individuelles et d'inégalités sociales de santé, marquées dans le corps et qui nécessitent d'être prises en compte et soulagées. Au-delà de leur intérêt immédiat en RDR, ils conçoivent dès lors les SCMR comme des "portes" vers le soin, un moyen d'atténuer la pression des déterminants et d'aider les personnes concernées à bâtir d'autres possibilités d'avenir pour elles-mêmes. Et parfois ces visions se rencontrent et se mêlent chez les mêmes intervenants.

Les soins sont à entendre ici d'une manière globale, médicale et psychosociale. C'est ainsi que des interventions issues de l'accompagnement à l'emploi comme TAPAJ (19) ou certaines actions de *supported employ-*

ment (20), ou encore d'accompagnement au logement comme *Housing first* (programme "Un chez-soi d'abord" en France) peuvent permettre, en répondant à l'attente première des personnes (un travail, un logement...), de favoriser leur inscription dans un projet global de soins y compris addictologiques et/ou psychiatriques à l'égard duquel ils étaient a priori indifférents voire même hostiles. Il suffit que l'on tienne compte de leur choix et que l'on individualise l'accompagnement proposé.

Concernant les addictions aux drogues, l'accompagnement est même une clef absolument essentielle. Les facteurs prédictifs principaux d'une évolution péjorative vers une addiction sévère sont en effet la présence associée de troubles de la personnalité (i.e., état-limite, antisociale) (21). Ces troubles sont marqués par le stress, l'impulsivité et l'instabilité émotionnelle et relationnelle, avec de fréquents antécédents d'enfances chaotiques et de troubles majeurs de l'attachement (22). C'est donc bien la prise en compte de ces troubles et leur traitement, essentiellement par l'accompagnement psychosocial, qui permettront secondairement d'avoir un impact bénéfique sur leur addiction, comme nous avons pu le montrer dans un travail auprès de jeunes femmes de la rue à Bordeaux (23-26).

Selon nous, les SCMR doivent donc aussi pouvoir être des portes vers d'autres formes d'accompagnement (27), vers d'autres espaces que la rue.

Communautarisme ? Inclusion ? Intégration ? les SCMR sont manifestement au cœur d'enjeux fondamentaux de notre société et de notre époque. Ces réflexions sont à rapprocher du travail de Jauffret-Roustide (28) sur les différents modèles de RdRD. Selon elle, la France se caractérise par un modèle médicalisé, plutôt neutre et intégrationniste de la RdRD, c'est-à-dire centré autour d'une vision biomédicale faisant de la France un modèle en matière d'accès aux traitements de substitution aux opiacés, neutre voire faible car prenant peu en compte l'environnement social et politique du risque en raison du maintien de la répression de l'usage, et intégrationniste car opposant les approches de RdRD au sevrage et à la psychothérapie. Une nouvelle ère de la RdRD serait à inventer, avec la mise en place d'un modèle fort qui s'attache à réduire l'ensemble des dommages liés à l'usage de drogues, tant pour l'individu que pour la société, et un modèle gradualiste plus attentif à la diversité des besoins des usagers, intégrant le sevrage et la psychothérapie au cœur de la RdRD.

## Conclusions

---

*"En inscrivant la mise en place des SCMR dans une perspective de réduction des inégalités de santé et d'intégration sociale, nous souhaitons améliorer la santé des personnes UD et la qualité de vie des quartiers d'implantation."*

Cette proposition de Richard Lessard (Santé publique Montréal) nous permet de mieux lier éthique de conviction et éthique de responsabilité dans une approche globale de santé (prévention, soins et RDR) et de sécurité publiques, à construire localement (en fonction de spécificités historiques, administratives, sociales, politiques, culturelles et addictives...). Il s'agit fondamentalement de réconcilier et non d'opposer médecine de la personne et de l'espace social. ■

**Liens d'intérêt.** – L'auteur déclare l'absence de tout lien d'intérêt.

J.-M. Delile  
Espace(s) de la salle de consommation à moindre risque, entre dedans et dehors

*Alcoologie et Addictologie*. 2019 ; 41 (3) : 210-218

## Références bibliographiques

- 1 - Rousvoal L (responsable scientifique). Les SCMR. Regards croisés sur une expérimentation. Faculté de droit et de science politique, Rennes, 7-8/11/2017.
- 2 - Diaz Gomez C. Les salles de consommation en Europe. Synthèse de la revue de littérature internationale. Saint-Denis : OFDT ; 2009.
- 3 - Hedrich D. European report on drug consumption rooms. Luxembourg : EMCDDA ; 2004.
- 4 - Potier C, et al. Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review. *Drug Alcohol Depend*. 2014 ; 145 : 48-68.
- 5 - Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies. Salles de consommation de drogues : un aperçu de l'offre et des réalités. In : Perspectives sur les drogues. Lisbonne : OEDT/EMCDDA ; 2017.
- 6 - Jauffret-Roustide M, Cailbault I. Drug consumption rooms: comparing times, spaces and actors in issues of social acceptability in French public debate. *International Journal of Drug Policy*. 2018 ; 56 : 208-17.
- 7 - Jauffret-Roustide M. Les salles de consommation à moindre risque : apprendre à vivre avec les drogues. *Esprit*. 2016 ; (429) : 115-23.
- 8 - Waal H, et al. Open drug scenes: responses of five European cities. *BMC Public Health*. 2014 ; 14 (1) : 853.
- 9 - Waal H. Comparative overview of public nuisance features with regard to open drug scenes and different approaches taken by European Countries to address them (paper prepared to Pompidou group meeting Strasbourg November 18<sup>th</sup>-19<sup>th</sup> 2004). SERAF rapport 2004/8. Oslo : SERAF ; 2010.
- 10 - Zobel F, Dubois-Arber F. Short appraisal of the role and usefulness of Drug consumption facilities (DCF) in the reduction of drug-related problems in Switzerland: appraisal produced at the request of the Swiss Federal Office of Public Health. Lausanne : University Institute of Social and Preventive Medicine ; 2004.
- 11 - Delile JM. En quoi les pratiques de RdRD peuvent-elles s'intégrer dans les stratégies de prévention et de soins et les améliorer ? *Alcoologie et Addictologie*, 2017 ; 39 (3) : 246-65.
- 12 - Dietze P, Winter R, Pedrana A. Mobile safe injecting facilities in Barcelona and Berlin. *International Journal of Drug Policy*. 2012 ; 23 : 257-60.
- 13 - Noël L, et al. Avis sur la pertinence des services d'injection supervisée : analyse critique de la littérature. Montréal : Institut National de Santé Publique du Québec ; 2009.
- 14 - Becker HS. Outsiders. Études de sociologie de la déviance. Paris : Éditions Métailié ; 1985.
- 15 - Dibie P. Ethnologie de la porte. Des passages et des seuils. Paris : Éditions Métailié ; 2012.
- 16 - Foucault M. Naissance de la clinique. Paris : PUF ; 1963.
- 17 - Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts (2<sup>nd</sup> edition). Copenhagen : WHO Regional Office for Europe ; 2003.
- 18 - Compton MT, Shim RS. The social determinants of mental health. Washington, DC : American Psychiatric Publishing ; 2015.
- 19 - Delile JM. TAPAJ-Travail alternatif avec paiement à la journée, un contingency management à la française ? *Alcoologie et Addictologie*, 2018 ; 40 (3) : 252-60.
- 20 - Hoffmann H, et al. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 2014 ; 171 (11) : 1183-90.
- 21 - Fenton MC, et al. Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*. 2012 ; 107 (3) : 599-609.
- 22 - Compton WM, et al., Transitions in illicit drug use status over 3 years: a prospective analysis of a general population sample. *American Journal of Psychiatry*. 2013 ; 170 (6) : 660-70.

- 23 - Delile JM, et al. Femmes, stress post-traumatique et addictions. In : Plourde C, et al. Sortir des sentiers battus ; pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants. Montréal : Presses de l'Université Laval ; 2013.
- 24 - Perez-Dandieu B, et al. The impact of eye movement desensitization and reprocessing and schema therapy on addiction severity among a sample of French women suffering from PTSD and SUD. *Drug & Alcohol Dependence*. 2015 ; 146 : e68-9.
- 25 - Perez-Dandieu B, Tapia G. Treating trauma in addiction with EMDR: a pilot study. *J Psychoactive Drugs*. 2014 ; 46 (4) : 303-9.
- 26 - Tapia G, et al. Treating addiction with schema therapy and EMDR in women with co-occurring SUD and PTSD: a pilot study. *Journal of Substance Use*. 2018 ; 23 (2) : 199-205.
- 27 - Delile JM. Accompagner autrement : il faut trouver la voie ! In : Chauvet A. L'art d'accompagner autrement. Différents regards. Auriol : Kelvoa Éditeur ; 2017.
- 28 - Jauffret-Roustide M. Quels sont les différents modèles de RdRD ? Quelle place la RdRD doit-elle avoir dans l'ensemble des interventions et dans la politique des drogues et des addictions en France ? *Alcoologie et Addictologie*. 2016 ; 38 (4) : 335-47.