

Rapport d'état des lieux des Haltes Soins Addictions (HSA)

Un dispositif controversé face aux nouveaux enjeux de la toxicomanie

Novembre 2025

Union Nationale pour le Sevrage et la Sortie d'Addiction aux Drogues (UNSSAD)

SYNTHÈSE

Dans la continuité de l'action de santé publique initiée à la fin des années 80 en réponse à la crise du SIDA, la Halte Soins Addictions (HSA) a été conçue comme un lieu de réduction des risques (RdR) pour permettre aux toxicomanes de consommer sous supervision infirmière des produits stupéfiants avec du matériel stérile qui leur est fourni sur place dans le but de limiter le risque d'infection ou de contamination, notamment au VIH et au virus de l'hépatite C (VHC). Suite à la création en 2016 des salles de consommation à moindre risques (SCMR) de Paris et de Strasbourg, renommées HSA en 2021, un bilan sur près de dix ans permet de faire les constats qui suivent.

1. La HSA n'œuvre pas en faveur de la sortie d'addiction

L'objectif de « lutter contre les addictions », encore inscrit au cahier des charges de la SCMR en 2016, a disparu en 2021 lors de la transformation du dispositif en HSA. L'ambition initiale de « contribuer à l'entrée dans un processus de sevrage » a été remplacée par une formule beaucoup plus vague : « la possibilité d'entrer dans un processus de sevrage ». En pratique, les soins proposés se limitent à l'accompagnement infirmier de la consommation et, dans certains cas, à l'orientation vers des consultations médicales ou dentaires. Mais aucune thérapie de sortie d'addiction n'est mise en œuvre, et aucun résultat probant n'est communiqué.

Depuis 2022, l'évaluation de la HSA intègre pour la première fois un indicateur de sortie d'addiction, et il en ressort que seuls 5% des consommateurs sont « orientés » vers le sevrage. Cette « orientation » questionne la formation du personnel des HSA et le type d'accompagnement qu'ils proposent aux toxicomanes. Ni le taux réel d'entrée, ni l'achèvement des cures, ni l'abstinence durable ne sont mesurés. La sortie d'addiction apparaît donc reléguée au second plan, alors qu'elle devrait constituer la mission prioritaire d'un dispositif en contact direct avec les personnes les plus précaires.

2. La HSA entretient la dépendance des toxicomanes

A défaut d'avoir un rôle de porte d'entrée vers le sevrage, la HSA n'est évidemment pas en mesure d'offrir des perspectives de sortie d'addiction aux toxicomanes qui la fréquentent, ce qui entretient une situation de dépendance sans issue favorable possible. Ce cercle vicieux de la dépendance est régulièrement soulevé par des opposants à la HSA et aux CAARUD qui dénoncent l'application d'un programme axé sur la RdR sans objectifs de sortie de l'addiction. Or à défaut d'être résolues, les graves dépendances qui perdurent se soldent irrémédiablement, au fil des années, par le décès prématuré d'individus particulièrement fragiles et dont l'espérance de vie est très basse.

Ces drames sont la conséquence directe d'une volonté politique où l'objectif central de réduire les risques a progressivement pris le dessus sur la volonté d'aider les personnes dépendantes à sortir de leur addiction, jusqu'à perdre presque complètement de vue cette mission de santé publique pourtant fondamentale.

3. Une rentabilité économique et sanitaire illusoire et socialement négative

Les défenseurs des HSA mettent en avant une diminution des passages aux urgences et des complications infectieuses graves, telles que les endocardites, comme bénéfices médico-économiques du dispositif. Selon le rapport Cosinus (Inserm, 2021), les économies médicales cumulées sur 10 ans atteindraient environ 11,1 millions d'euros (Paris : 6 M€, Strasbourg : 5,1 M€). Mais rapportées au coût de fonctionnement direct des deux structures sur la même période – qui pourrait excéder les 50 millions d'euros –, ces économies apparaissent dérisoires : un euro économisé en soins aura coûté près de cinq euros à la collectivité.

Cet écart se creuse encore lorsqu'on prend en compte les coûts indirects pour la collectivité que les rapports officiels passent sous silence : prises en charge médicales d'urgence, hébergement et accompagnement social, nettoyage renforcé de la voie publique, sécurisation policière, ainsi que les pertes économiques pour les commerces et les investissements privés imposés aux riverains pour sécuriser leurs immeubles.

De surcroît, l'absence d'indicateurs fiables sur la sortie d'addiction, le sevrage ou la réinsertion confirme que le dispositif ne produit pas de bénéfices mesurables à long terme pour la collectivité. Le dispositif s'apparente ainsi à un puits budgétaire sans perspective thérapeutique durable.

4. La zone d'immunité pénale qui entoure la HSA favorise les trafics de drogues

La HSA concentre des consommateurs, attirant à leur tour trafiquants et revendeurs. Les riverains décrivent un trafic florissant aux abords de la salle. En cause, un cadre juridique ambigu : la circulaire du 13 juillet 2016, censée limiter l'immunité pénale à l'intérieur des structures, a été étendue de fait à environ 300 mètres autour de la HSA parisienne par une note préfectorale, dans un flou juridique dénoncé par le syndicat de police Alliance. En conséquence, les interpellations sont jugées « inopportunes », et le laisser-faire favorise une implantation durable des trafics autour de la HSA.

Cette tolérance a pour conséquence d'attirer encore davantage de toxicomanes en quête de produits, accentuant la saturation de la salle déjà contrainte de limiter le nombre de passages quotidiens. Débordée, la HSA de Paris ne peut absorber tous les usagers présents, ce qui conduit nombre d'entre eux à consommer dans les rues adjacentes, en pleine visibilité, accentuant les tensions locales et l'exaspération des habitants.

5. Les quartiers habités ne sont pas compatibles avec l'implantation d'une HSA

La France compte actuellement deux Haltes Soins Addictions (HSA) : l'une à Strasbourg et l'autre à Paris. Leur implantation et leur fonctionnement diffèrent fortement. À Strasbourg, la salle est installée au bord d'un canal, à l'écart des habitations, et met l'accent sur des activités de socialisation avec la présence de lits de repos. À Paris, en revanche, la HSA se situe au cœur du 10^e arrondissement, dans un quartier densément peuplé, et son fonctionnement soulève de nombreux problèmes. Depuis son ouverture, les riverains du secteur Gare du Nord – Lariboisière dénoncent des troubles graves et répétés : trafics de stupéfiants dans la rue, consommation de drogues à ciel ouvert, bagarres parfois armées entre usagers et trafiquants, ainsi qu'une forte présence de seringues et de déchets d'injection dans l'espace public et jusque dans les halls d'immeubles. Malgré les alertes et le suivi constant de ces nuisances par un collectif de voisins, ces difficultés ont été minimisées dans les rapports d'évaluation.

L'incompatibilité des HSA avec les quartiers habités apparaît désormais évidente. Leur présence génère des nuisances, de l'insécurité et des tensions sociales qui fragilisent la vie quotidienne des riverains. À l'inverse, une implantation à l'écart des zones habitées, comme à Strasbourg, réduit considérablement ces dérives et préserve la tranquillité publique. Elle protège également les toxicomanes ou anciens toxicomanes vivant parmi les riverains en les tenant à l'écart d'un environnement de consommation de drogue qui favoriserait le risque de rechute.

6. Un militantisme pro-légalisation actif dans les structures médico-sociales

Certains dispositifs médico-sociaux délégataires du service public entretiennent une proximité avec des associations militantes favorables à la dépénalisation et à la légalisation des drogues. L'association Asud, créée à l'origine pour promouvoir la réduction des risques, illustre cette dérive : au-delà de son rôle initial, elle diffuse un discours militant visant à banaliser la consommation, jusqu'à défendre l'idée qu'elle puisse être intégrée à la vie familiale. Cette orientation contribue à imposer dans le champ médico-social un discours dominant favorable à la dépénalisation, au prétexte qu'il y aurait une incompatibilité entre la réduction des risques liés à la consommation de drogues et la loi de 1970, jugée trop répressive parce qu'elle prévoit des dispositions pénales pour les consommateurs. C'est bien entendu ignorer que cette loi permet aussi de reconnaître qu'une personne dépendante est victime de son addiction et de lui proposer une prise en charge sanitaire comme alternative à une condamnation.

Il est non seulement étonnant qu'une telle association puisse exister en France tant son objet est contraire à la loi, mais il est encore plus aberrant qu'elle ait réussi à s'infiltrer dans le service public sous couvert de promotion de la RdR dans certaines structures médico-sociales parmi lesquelles des CAARUD, des CSAPA, ou maintenant des HSA.

7. L'échec des politiques de réduction des risques à l'international

Dans de nombreux pays comme en France, la réduction des risques (RdR) est devenue la réponse sanitaire dominante en matière de toxicomanie, reléguant au second plan l'objectif de sortie d'addiction. Mais l'expérience internationale montre les limites de ce modèle. Aux États-Unis et au Canada, qui ont au minimum dix ans d'avance sur la France, la RdR dite « harm reduction » est accusée d'entretenir la toxicomanie de rue, au point que certaines provinces canadiennes ferment leurs centres et que des grandes villes comme San Francisco en ont fait un enjeu politique majeur. Même les modèles suisse et portugais, longtemps cités en exemple, peinent aujourd'hui face au crack, aux nouvelles drogues de synthèse et à la grande précarité des usagers. La Belgique, qui n'a que très peu de recul, suit la même trajectoire en se confortant dans l'illusion qu'il suffirait d'ouvrir davantage de structures pour endiguer le problème.

Les exemples internationaux démontrent que la réduction des risques seule ne permet pas de répondre au défi des addictions. Sans une politique thérapeutique solide, tournée vers le sevrage et la réinsertion, on pose non seulement les bases d'un échec sanitaire, mais on contribue à banaliser la consommation de drogues et à alimenter une toxicomanie de rue hors de contrôle.

RECOMMANDATIONS

L'expérimentation des Haltes Soins Addictions (HSA) a mis en évidence plusieurs limites structurelles et fonctionnelles qui imposent aujourd'hui une réorientation profonde. Le dispositif, tel qu'il a été conçu, ne doit pas être pérennisé dans sa forme actuelle car il entretient des effets pervers et ne répond pas aux objectifs de santé publique fondamentaux que sont la sortie d'addiction et la réinsertion sociale. La réflexion doit désormais porter sur la construction d'un nouveau modèle basé notamment sur les recommandations du rapport de la Professeure Vaivre-Douret remis en 2022 à la Région Île-de-France et publiée aux Éditions L'Harmattan (Vaivre-Douret, 2023)¹, à partir des enseignements tirés de cette expérimentation, en mobilisant à la fois l'expérience des acteurs de terrain, des professionnels de santé et l'expertise scientifique.

1. Faire de la sortie d'addiction la priorité absolue

Le dispositif futur doit placer la sortie de dépendance au centre de sa mission, et non plus à la marge comme c'est le cas actuellement. Cela signifie former l'ensemble du personnel à faire adhérer un consommateur de drogues à un parcours de soins gradués, à promouvoir activement le sevrage, développer des argumentaires adaptés, et utiliser tous les outils disponibles pour faire passer le message que l'addiction n'est pas une fatalité. Les salles doivent être des lieux où l'on entend, de manière répétée et crédible, qu'il est possible de s'en sortir et que l'accompagnement est organisé dans ce but précis. Les campagnes de communication internes, l'usage d'écrans pour diffuser des témoignages et la mobilisation de professionnels spécialisés doivent contribuer à faire évoluer les représentations et les pratiques.

2. Un fléchage nécessaire vers la sortie de la dépendance

Le cœur du problème reste l'absence d'une orientation systématique vers la sortie d'addiction. La dépendance aux drogues, qu'il s'agisse des opiacés, du crack ou des nouvelles substances de synthèse, est particulièrement difficile à surmonter, surtout pour des personnes en situation de grande précarité. L'absence de traitement de substitution pour de nombreuses drogues, comme le crack ou la plupart des drogues de synthèse, complique encore la tâche. Pourtant, il est essentiel de mettre en place des stratégies actives de conviction et d'accompagnement, tout en informant sur les risques majeurs causés par cette addiction. Cela suppose, dès l'entrée dans le dispositif, un accès immédiat à des psychothérapeutes formés à la motivation vers le sevrage. Les consommateurs doivent être confrontés à des discours positifs, à des exemples concrets et à des témoignages d'anciens toxicomanes ayant réussi à sortir de leur dépendance. La diffusion de témoignages vidéos dans les salles de repos, l'organisation de groupes de parole et la valorisation de récits de rétablissement peuvent contribuer à

¹ <https://www.editions-harmattan.fr/catalogue/livre/rapport-vaivre-douret/1700>

renforcer cette dynamique. La perspective d'un accompagnement matériel, comme l'accès au logement, doit devenir un argument central pour engager cette démarche. La clé réside dans la conviction qu'un autre chemin est possible et que le dispositif est là pour accompagner, étape par étape, vers ce but.

3. Une prise en charge immédiate pour le sevrage

Lorsqu'un toxicomane accepte d'entrer en cure de désintoxication souvent après une approche amenant à une alliance thérapeutique, la décision doit être immédiatement suivie d'effet. La fenêtre de motivation est très étroite, et tout délai augmente le risque de rechute avant même le début du processus. Il est donc indispensable de prévoir des lits médicalisés disponibles en permanence, avec la possibilité d'un transfert immédiat en ambulance, loin du contexte de consommation. La rapidité d'exécution est une condition essentielle pour transformer une intention en réussite thérapeutique.

4. Fluidité du parcours sans temps d'attente

La réussite d'un parcours de sortie d'addiction repose sur la fluidité entre les différentes étapes : cure de sevrage, post-cure, suivi psychologique, réinsertion sociale. Chaque temps d'attente augmente le risque de rechute. Il est donc impératif de garantir une continuité du parcours sans rupture, avec des relais immédiats entre chaque étape, afin d'accompagner la personne jusqu'au bout de son cheminement.

5. Suivi individualisé et collecte de données fiables

Un autre enjeu majeur est la mise en place d'un suivi individualisé des consommateurs, avec un dossier partagé entre toutes les structures concernées. L'objectif est de disposer de chiffres précis à chaque étape du parcours : entrée dans le dispositif, orientation vers le sevrage, admission en cure, maintien dans le programme, réussite du sevrage et réinsertion. L'usage de la biométrie pourrait permettre de garantir l'unicité des profils, en particulier pour les personnes en errance qui perdent souvent leurs pièces d'identité. Ces données, collectées de manière transparente, constitueraient un outil d'évaluation indispensable et permettraient de mesurer objectivement les réussites, les échecs et les conditions favorisant le succès.

6. L'absence de rechute comme critère prioritaire d'efficacité

Le succès d'un dispositif ne se mesure pas uniquement au nombre d'entrées en sevrage, mais à la capacité des personnes à ne pas rechuter et à maintenir une abstinence durable. Chaque parcours doit donc être documenté et suivi, avec une attention particulière portée au taux de rechute à chaque étape. Les données recueillies doivent être analysées afin d'identifier les facteurs de réussite et d'améliorer progressivement les méthodes. L'objectif final est d'augmenter, année après année, le nombre de personnes qui sortent définitivement de l'addiction.

7. Des mesures fermes contre le deal et les troubles à l'ordre public

Aucun dispositif ne peut réussir s'il est parasité par la présence de trafiquants et de revendeurs. Les abords des centres doivent être strictement sécurisés par des caméras de surveillance, une présence policière adaptée et des interpellations rapides en cas de deal ou de violence. L'efficacité du dispositif dépend en grande partie de la confiance qu'il inspire aux parties prenantes et de sa capacité à ne pas causer de nuisances dans l'espace public.

8. Une politique de bas seuil, mais pas de « zéro seuil »

Il est nécessaire de maintenir un principe de bas seuil pour ne pas exclure les publics les plus précaires, mais cela ne doit pas signifier l'absence totale de conditions. L'échange de seringues doit remplacer leur simple distribution, afin de responsabiliser les consommateurs et limiter la prolifération des déchets. L'absence de pièce d'identité peut être tolérée, mais un suivi biométrique doit garantir la continuité de la prise en charge. Les traitements de substitution aux opiacés doivent être administrés sur place, et non distribués en vrac, afin d'éviter leur revente et de s'assurer de leur bonne utilisation. Enfin, l'accès au logement ou à certains services sociaux doit être conditionné à un engagement minimal vers un traitement de la sortie d'addiction, pour ne pas reproduire les échecs de programmes comme le « Housing First » de San Francisco.

9. Un contrôle nécessaire

Il est indispensable de mettre en place un dispositif de contrôle rigoureux dans l'ensemble des centres médico-sociaux bénéficiant d'une délégation de service public. Des visites de terrain ainsi que des entretiens réguliers doivent être réalisés par des représentants de la MILDECA afin de s'assurer de la conformité des pratiques avec les objectifs de santé publique. Parallèlement, l'adoption d'une charte de neutralité s'impose afin de protéger ces structures contre toute influence idéologique ou militante en faveur de la banalisation ou de la légalisation des drogues. Cette charte constituerait un cadre de référence clair, auquel les responsables des établissements auraient l'obligation de se conformer, et dont ils seraient garants de l'application stricte au sein de leurs équipes et dans leurs activités quotidiennes.

10. Développement d'équipes mobiles : “aller vers” et “amener vers”

Pour aller vers les populations les plus marginalisées ou des consommateurs qui ne sont pas en mesure d'aller spontanément vers une structure de soins, des équipes mobiles, telles que proposées dans le rapport Vaivre-Douret (2022) doivent être déployées afin d'effectuer des maraudes et de rencontrer les personnes toxicomanes où qu'elles se trouvent, y-compris dans les structures d'accueil et de soin. Ces équipes formées à une approche psycho-sociale et à l'addictologie pourront établir un premier contact, permettant de tisser un lien de confiance, échanger du matériel stérile contre de l'usagé,

et orienter les toxicomanes vers un centre d'accueil ou une prise en charge de soin spécifique. Un rendez-vous pourra être programmé immédiatement avec un centre d'accueil, un professionnel du soin, mais aussi avec l'équipe mobile qui pourra se déplacer où le souhaite la personne toxicomane. Ces équipes mobiles en santé mentale constituent une porte d'entrée indispensable pour ceux qui ne franchissent pas d'eux-mêmes le seuil des structures fixes.

11. Proposer un accueil spécifique pour les femmes

Les femmes toxicomanes cumulent des vulnérabilités particulières : précarité, isolement, troubles psychiques, prostitution contrainte et exposition aux violences ou aux viols. La grossesse et la maternité accentuent ces fragilités, en exposant l'enfant à des risques graves, voire à un abandon. Il est donc indispensable de proposer aux femmes un accueil dédié, avec un suivi, des solutions d'hébergement adaptées, et surtout un cadre protégé, distinct de l'environnement masculin qui a été pour elles, souvent dominant et violent, afin de garantir leur sécurité et de favoriser une prise en charge réellement efficace.

12. Développement des activités de socialisation

Afin de prendre goût à un temps de pause sans drogue et pour redonner aux personnes un horizon différent de la drogue, il est essentiel de proposer des activités de socialisation. Ateliers créatifs, pratiques artistiques, expression corporelle, séance de cinéma, projets collectifs : toutes ces activités permettent d'amorcer un éloignement de la consommation en ouvrant de nouvelles perspectives et de restaurer une estime de soi souvent détruite par des années d'addiction. La socialisation est une étape clé de la réinsertion et doit être pleinement intégrée au parcours.

13. Création de lits de repos

Les toxicomanes en errance atteignent parfois un niveau d'épuisement tel qu'ils ont besoin de lieux de repos temporaire. Ces lits, intégrés au dispositif, peuvent jouer un rôle à la fois sanitaire et incitatif. Ils offrent une première respiration et une opportunité d'engager un suivi psychologique, avec en toile de fond un objectif clair : ouvrir la voie au sevrage. L'accès à ce service doit donc être pensé comme un levier d'accompagnement vers une sortie de l'addiction.

14. Une implantation hors des quartiers habités

La décision du lieu d'implantation des futurs centres devra se faire en tenant compte des populations environnantes : elle ne doit pas avoir lieu dans des zones résidentielles, afin de prévenir les nuisances et délits subis par les riverains et d'éviter l'installation durable de trafics. Les HSA futures ou les établissements qui leur succéderont devront se situer à l'écart des quartiers habités voire en périphérie des villes, dans des zones toutefois

accessibles par les transports en commun, avec éventuellement des navettes mises à disposition pour effectuer le trajet vers les centres.

15. Fusion des CAARUD et des HSA au sein d'un même dispositif

L'expérience montre que les HSA recoupent largement le champ d'action des CAARUD, entraînant une dispersion des moyens et un parcours fragmenté. La fusion en un dispositif unique, conçu comme un guichet centralisé, permettrait de regrouper soins médicaux, accompagnement psychologique, services sociaux et orientation systématique vers le sevrage, assurant ainsi un suivi cohérent et continu. Plutôt que de multiplier des petites structures faiblement efficaces et sous-dimensionnées, il conviendrait de privilégier un nombre limité de centres, mais avec une capacité d'accueil, des soins et activités renforcés, mieux équipés, capables d'accueillir tous les publics avec une offre unifiée. Cette concentration des moyens simplifierait l'accès pour les usagers, renforcerait l'efficacité globale et améliorerait la rentabilité des dispositifs en réduisant certains coûts opérationnels grâce à des économies d'échelle.

16. Une adaptation nécessaire aux enjeux locaux sous contrôle d'experts

Le pilotage de l'implantation d'un dispositif de prise en charge exige des compétences psycho-médico-sociales spécifiques, des connaissances scientifiques et un recul méthodologique que les collectivités locales ne possèdent pas toujours. C'est pourquoi la conception et l'implantation de nouvelles structures doivent être encadrées par des experts de santé publique, afin de garantir la pertinence des choix opérés et d'éviter des échecs d'implantation comme celui de la HSA de Paris.

17. Une ouverture continue, 7 jours sur 7 et 24h sur 24

La toxicomanie ne connaît pas d'horaires. Les dispositifs doivent donc être accessibles en permanence, à l'image des services d'urgence hospitaliers. Une ouverture continue permettrait non seulement de mieux répondre aux besoins des toxicomanes, mais aussi d'éviter les regroupements massifs à certains horaires comme l'ouverture, sources de tensions et de trafics. Les économies d'échelle réalisées en réduisant le nombre de structures et en augmentant leur capacité d'accueil viendront compenser le surcoût engendré par une ouverture permanente.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	1
RECOMMANDATIONS	5
TABLE DES MATIÈRES	10
RÉDACTION ET VISA DU COMITÉ SCIENTIFIQUE	12
INTRODUCTION	14
CONTEXTE	16
METHODOLOGIE	18
1. Réduction des risques : un modèle dépassé par les nouveaux enjeux de l'addiction	20
1.1. Genèse d'une politique : entre urgence sanitaire et pragmatisme.....	20
1.1.1. La naissance d'un paradigme de santé publique.....	20
1.1.2. Une stratégie marquée par une ambivalence fondatrice	20
1.2. De la SCMR à la HSA.....	20
1.2.1. L'expérimentation des SCMR : premiers acquis et limites.....	20
1.2.2. La HSA : un recentrage sur l'accompagnement au détriment du sevrage.....	21
1.3. Modèles étrangers : sources d'inspiration, points de rupture	22
1.3.1. La Suisse et la doctrine des quatre piliers	22
1.3.2. L'influence contrastée sur les HSA françaises.....	22
1.4. Nouvelles substances, nouvelles impasses.....	23
1.4.1. Crack et NPS : l'émergence d'une toxicité fulgurante.....	23
1.4.2. Polytoxicomanie et absence de substitution	25
1.5. Profils des consommateurs : précarité, errance, institution défaillante	27
1.5.1. Des jeunes majoritairement en grande précarité	27
1.5.2. L'empreinte silencieuse de l'Aide Sociale à l'Enfance	27
1.6. Trafic de crack en Île-de-France : un marché structuré et violent.....	28
1.6.1. Organisation territoriale et circuits d'acheminement	28
1.6.2. Profils des revendeurs : précarité instrumentalisée	28
1.6.3. Une économie de survie imbriquée dans la grande pauvreté.....	29
1.6.4. L'échec d'une stratégie sécuritaire sans appui sanitaire.....	29
1.7. Réduction des risques à l'international : entre modèle et désillusion	29
1.7.1. San Francisco (États-Unis) : de la tolérance à l'impasse visible.....	29
1.7.2. Le Portugal : un modèle de décriminalisation avec une réponse sanitaire forte.	31
1.7.3. Canada (Vancouver, Toronto) : pionnier de la RdR, face au chaos du fentanyl.	32
1.7.4. Conclusion : Des modèles à l'épreuve du réel.....	33
1.8. Dérives de la réduction des risques et militantisme associatif.....	34
1.8.1. Les dérives de la réduction des risques.....	34
1.8.2. L'emprise du militantisme associatif.....	34
2. Les HSA à l'épreuve des faits : bilan sanitaire, économique, sécuritaire et social	36
2.1. Bilan sanitaire : réduction des overdoses, absence de parcours de soins	36
2.1.1. Une efficacité limitée à la prévention immédiate des overdoses	36
2.1.2. L'absence de perspective thérapeutique et de sortie d'addiction	37

2.2. Bilan économique : un modèle budgétairement insoutenable	37
2.2.1 D'importants coûts indirects qui pèsent sur la collectivité	40
2.2.2 Une rentabilité contestée malgré des économies médicales ponctuelles.....	42
2.3. Bilan social : rechutes et désinsertion.....	43
2.3.1 Un contexte à haut risque de rechute pour les anciens consommateurs	43
2.3.2 Désinsertion et enfermement institutionnel.....	43
2.4. Bilan sécuritaire : tensions autour des sites.....	44
2.4.1. Un signal d'alarme citoyen : la multiplication des collectifs de riverains	47
2.4.2. Instances de décision et de concertation relatives aux HSA	47
2.4.3. Une critique institutionnelle croissante : l'alerte de la Cour des comptes	48
2.5. Conclusion : efficacité contestée et incompatibilité avec les quartiers habités.....	49
3. Une nécessaire réorientation : vers une politique publique centrée sur le sevrage	50
3.1 Sortir de l'impasse de la stabilisation permanente.....	50
3.2 Propositions pour une nouvelle politique de santé publique.....	50
3.2.1. Un message clair de fermeté vis-à-vis des drogues	50
3.2.2. Une politique de prévention universelle et précoce	51
3.2.3. Un parcours de soin structuré, cohérent et orienté vers le sevrage.....	51
3.2.4. Une réinsertion durable.....	51
3.4. Pistes d'actions à court et moyen terme	52
3.4.1 Stratégie de transformation à court terme.....	52
3.4.1.1. Implantation des HSA hors des zones habitées	52
3.4.1.2. Encadrement strict de la distribution de matériel de RdR	53
3.4.1.3. Supervision renforcée de la distribution de méthadone	55
3.4.1.4. Renforcement de la présence sécuritaire autour des structures.....	56
3.4.2. Stratégie de transformation à moyen terme.....	58
3.4.2.1. Fusion des HSA et CAARUD	58
3.4.2.2. Créer un réseau intégré de prise en charge	59
3.4.2.3. Déployer des unités mobiles actives jour et nuit	59
3.4.2.4. Ouvrir des centres d'accueil pluridisciplinaires permanents	60
3.4.2.5. Développer un accueil spécifique pour les femmes.....	60
3.4.2.6. Former tous les professionnels aux addictions et au sevrage	61
3.4.2.7. Informer et sensibiliser le public sans stigmatiser.....	61
3.4.2.8. Créer des lieux de réinsertion et de reconstruction sociale	61
3.4.2.9. Instaurer un observatoire indépendant d'évaluation et de contrôle	62
3.5 Mise en œuvre stratégique : gouvernance, financement et évaluation	62
CONCLUSION.....	64
REFERENCES	66
ANNEXE 1 – Article du Point du 28/10/2016.....	69
ANNEXE 2 – Article du SF Chronicle du 31/03/2025.....	72
ANNEXE 3 – Article du Globo du 04/10/2024.....	79
ANNEXE 4 – Article de Visão du 17/06/2025.....	82

RÉDACTION ET VISA DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Rédacteur principal : **Eric Poindessault**, Secrétaire Général de l'UNSSAD.

Dans une volonté de rigueur scientifique et méthodologique, le Comité Scientifique de l'UNSSAD a été appelé à contrôler et contribuer à la rédaction de ce rapport en amont de sa publication. Sous la présidence de la Professeure Laurence Vaivre-Douret, auteure du rapport sur le crack pour la Région Île-de-France (Vaivre-Douret, 2023), ce comité est composé de spécialistes reconnus des problématiques liées aux conduites addictives, de la neuropsychologie, la psychiatrie, la neurologie ou encore la pharmacologie. L'expérience des membres du comité scientifique, appuyée par des décennies de recherche et de pratique, nourrissent l'analyse présentée dans ce rapport, à laquelle ils apportent leur visa.

Membres du comité scientifique de l'UNSSAD :

- **Professeur Antoine Coquerel** : Professeur universitaire honoraire en Pharmacologie, Université de Caen, ex-PU-PH, ex-Directeur du laboratoire de l'Agence Française de lutte contre le Dopage, Membre de l'Académie nationale de Pharmacie, Président de la Commission Substances Vénéneuse, Addictives et Dopantes (CSVAD).
- **Professeure Marie Farmer** : Professeure universitaire associée en Neurologie à l'Université de Sherbrooke au Québec, Canada, PhD, ex PU-PH, Neuropédiatre à Nîmes, Chercheuse Inserm équipe "Neurodéveloppement et troubles des apprentissages", hôpital universitaire Necker-Enfants Malades, AP-HP.
- **Docteur Alain Mercuel** : Psychiatre Honoraire des Hôpitaux, Coordinateur des Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité d'Île-de-France, GHU paris Psychiatrie et Neurosciences, Centre hospitalier Sainte-Anne, Paris, Président de l'Association des Équipes Mobiles en Psychiatrie (AEMP), Médiateur auprès de la médiatrice nationale, Ministère de la Santé.
- **Professeure Sylvie Tordjman** : Professeure des Universités-Praticien Hospitalier en Pédopsychiatrie, PhD, PU-PH, Titulaire de la Chaire de Santé Mentale dédiée à la Protection de l'Enfance de Paris, Université Paris Cité, Chercheuse au Laboratoire "Intégrative Neurosciences & Cognitive Center (INCC)", Université Paris Cité et CNRS UMR 8002, Past Présidente de l'Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie (AEMP)
- **Professeure Laurence Vaivre-Douret** : Professeure des Universités en Neuropsychologie du Développement (PU), Faculté de Santé, UFR de Médecine, Université Paris Cité, et membre sénior de l'Institut Universitaire de France, Titulaire de la Chaire de Phénotypage clinique neurodéveloppemental, Directrice de l'équipe de recherche "Neurodéveloppement et troubles des apprentissages", Unité Inserm

1018-CESP, PhD, Neuropsychologue clinicienne et psychothérapeute attachée à l'hôpital universitaire Necker-Enfants Malades, AP-HP.Centre, Paris, Chercheuse associée à l'Institut Hospitalo-Universitaire IMAGINE (maladies génétiques rares), Membre du réseau international du GIS Autisme et Trouble Neuro-développemental, Membre de l'Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie (AEMP, Référente Addictions), Membre invité permanent de l'Académie nationale de Pharmacie (CSVAD), Auteure du rapport sur la toxicomanie au crack remis à la Région Île-de-France en 2022 et publié en 2023 aux Éditions L'Harmattan.

Ce comité valide sans réserve le présent rapport, tant pour les constats qu'il établit, que les leçons à tirer du dispositif de la HSA, ainsi que les pistes qu'il met en avant pour une meilleure efficacité de l'action publique dans la prise en charge des toxicomanes.

INTRODUCTION

La prise en charge de la toxicomanie en France découle historiquement d'une approche de la santé publique qui a fondé son action sur la réduction des risques (RdR), une politique historiquement mise en place pour lutter contre la transmission du VIH et des hépatites, grâce notamment à la distribution de seringues stériles, et qui peine aujourd'hui à répondre aux défis posés par les nouvelles consommations de drogues, comme le crack ou le fentanyl, dont la diffusion massive s'accélère dans plusieurs grandes villes.

Constatant l'explosion du trafic de drogues sur notre territoire, notamment au travers de saisies record de cocaïne, de cannabis ou encore de drogues de synthèse, l'État a souhaité affirmer une stratégie de lutte renforcée contre les trafics de stupéfiants, en adoptant la loi du 13 juin 2025, visant à « sortir la France du piège du narcotrafic ». Cette loi prévoit notamment la création d'un parquet national spécialisé, des moyens accrus de répression contre les réseaux organisés, et la fermeture administrative de commerces complices du blanchiment d'argent issu du trafic.

L'augmentation des saisies de drogues ne sont toutefois que le symptôme d'un marché français de la drogue en pleine expansion, lequel se manifeste aussi par une consommation accrue dans l'espace public, par des populations de toxicomanes dans des situations de plus en plus précarisées. Pour y faire face sur le plan sanitaire, l'expérimentation d'un nouveau dispositif de santé publique a été lancée en 2016 avec la création de deux Salles de Consommations à Moindre Risques (SCMR), renommées Haltes Soins Addictions (HSA) en 2021, l'une à Paris, et l'autre à Strasbourg. Ces structures, dont la gestion est déléguée à des associations loi de 1901 à objet médico-social, pratiquent une politique de RdR en proposant aux consommateurs de drogues un lieu d'accompagnement à la prise de produits stupéfiants et de prévention et de soin des affections liés à la consommation de drogues.

Initialement prévue pour durer 6 ans, l'expérimentation des HSA a été prolongée de 4 années supplémentaires en 2022, c'est pourquoi, d'ici la fin de l'année 2025, une décision devra être prise par le parlement et le gouvernement quant à l'éventuelle pérennisation du dispositif des HSA. C'est donc l'heure du bilan, et si les cinq rapports d'évaluation remis au gouvernement depuis 2021 ont invariablement souligné certains bénéfices de ce dispositif, en se concentrant sur les aspects de soin et d'encadrement à l'intérieur des centres, il est toutefois à déplorer qu'aucun des rapports en question n'ait intégré à sa grille d'évaluation l'efficacité de la HSA en matière de sortie d'addiction, sujet pourtant clef s'agissant de la santé des toxicomanes et de la capacité de cette politique à endiguer la demande croissante de drogues dans les territoires concernés.

C'est dans ce contexte que l'Union Nationale pour le Sevrage et la Sortie d'Addiction (UNSSAD), a vu le jour en juin 2025, à l'initiative de citoyens engagés, d'anciens

toxicomanes, de riverains des centres de RdR, de professionnels du soin et de l'accompagnement, laquelle s'est très tôt doté d'un comité scientifique composé de médecins et de chercheurs experts dans les domaines en lien avec la sortie d'addiction. En accord avec son objet associatif, l'UNSSAD a décidé de proposer un regard complémentaire sur l'expérimentation des HSA, à travers une évaluation de terrain, un croisement de sources scientifiques et une lecture centrée sur le sevrage et la sortie d'addiction, que nous considérons comme les objectifs fondamentaux d'une politique de santé publique cohérente et durable.

Le présent rapport vise ainsi à offrir une grille d'analyse alternative, en mettant en lumière certains manques, incohérences ou effets indirects peu explorés dans les études diligentées jusqu'ici. Il s'appuie notamment sur le rapport écrit en 2022 sur l'état des lieux de la toxicomanie au crack de la Professeure Laurence Vaivre-Douret publié aux Éditions L'Harmattan (Vaivre-Douret, 2023), dont une synthèse a également été publiée dans le Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine (Vaivre-Douret & Gaucher, 2023), ainsi que sur les travaux de chercheurs, médecins, psychiatres et associations, sur les témoignages de consommateurs ou d'anciens toxicomanes, et sur les données extraites des rapports d'évaluation antérieurs.

CONTEXTE

L'expérimentation des deux HSA a été lancée en 2016 à Paris au cœur d'un quartier densément habité, puis à Strasbourg à l'écart des habitations, avec pour objectif de proposer un lieu sécurisé de consommation de drogues, sous encadrement médico-social. Inspirées des modèles suisses et canadiens, ces structures ont pour mission :

- d'éviter les overdoses,
- de limiter les risques sanitaires (transmission virale, plaies infectées),
- d'établir un lien de confiance avec les consommateurs dans une logique d'« aller-vers » et d'« amener-vers »,
- de contribuer à la tranquillité publique et d'empêcher la consommation de drogues dans l'espace public.

Encadrées par un décret et un arrêté ministériel, elles ont été soumises à une procédure d'évaluation régulière. Cinq rapports ont été produits entre 2016 et 2025 (Inserm, 2021 ; Assemblée nationale, 2021 ; IGA et IGAS², 2024 ; Fondation Jean Jaurès, 2025 ; Hospices civils de Lyon, 2025), soulignant :

- une diminution des overdoses sur site,
- un meilleur accès à la santé pour certains usagers,
- une coopération accrue entre associations et institutions locales,
- et aux dires des personnes interrogées, un effet positif sur la tranquillité publique, accompagné d'une baisse des consommations et matériels illicites dans les rues.

Ces rapports d'évaluation convergent vers la recommandation d'une pérennisation du dispositif, voire son extension à d'autres villes françaises. Toutefois, plusieurs éléments importants ne sont que trop peu abordés dans ces rapports, voire pas du tout :

- aucune mesure du taux de sevrage, ni objectif fixé en ce sens,
- des impacts négatifs sur l'environnement urbain peu ou pas mesurés,
- une invisibilisation du phénomène de polytoxicomanie,
- pas de commentaire sur la zone d'immunité pénale implicite de 300 m autour des HSA qui attire trafiquants et consommateurs,
- absence d'analyse économique rigoureuse (coût des structures, des kits distribués, des effets secondaires sur les services publics et la sécurité).

Si le rapport de la mission flash de l'Assemblée nationale en 2021 était favorable au dispositif, orientant ainsi le vote des parlementaires en faveur d'une pérennisation de l'expérimentation, les questions et commentaires de députés de tous bords lors de la restitution font entendre un autre son de cloche : Quid du traitement de la dépendance ?

² Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale de l'administration

Quels moyens sont engagés en amont et en aval de ces dispositifs ? Pourquoi la salle de Strasbourg réussit là où celle de Paris échoue ? Pourquoi les municipalités ont-elles autant de pouvoir sur un sujet qu'elles ne maîtrisent pas ?

Dans le cadre d'un audit flash, la Cour des comptes a également pointé du doigt le dispositif (Cour des comptes, 2021), regrettant son manque d'efficacité mis en balance avec des frais de fonctionnement pourtant considérables. Dans son rapport sur le crack remis à la Région Île-de-France en 2022, la Professeure Vaivre-Douret explique : « *En décembre 2021, l'Audit Flash de la Cour des comptes au sujet de la mise en œuvre du "Plan Crack" à Paris déplore l'absence de coordination entre les différents acteurs. Seules 19 actions (sur 33) ont été engagées dont la plus marquante est la mise à l'abri en hôtel de 440 personnes, action portée par le contexte de crise sanitaire, expliquant une grande partie du coût prévu très largement dépassé (25 millions d'euros versus 9 millions d'euros). La SCMR parisienne n'a pas connu le développement attendu, n'ayant pas été en mesure de recruter le personnel soignant, et il n'a pas non plus été possible d'implanter de nouvelles structures en raison de fortes oppositions locales qui n'adhèrent pas ou ne comprennent pas ces lieux de consommations* » (Vaivre-Douret, 2023).

En outre, selon l'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dans un délai de six mois avant la fin de l'expérimentation (fixée au 31 décembre 2025), le Gouvernement doit adresser au Parlement un rapport évaluant l'impact des HSA sur la santé publique et sur la réduction des nuisances dans l'espace public³.

Le présent rapport vise donc à éclairer ces angles morts – soin, réhabilitation, responsabilité sociétale, équilibre territorial, coûts économiques – ainsi que ce rôle crucial de maintien de l'ordre et de tranquillité publique, pour permettre au ministre de la Santé d'étayer son rapport au Parlement et de justifier sa décision finale sur l'avenir des HSA.

³ <https://www.senat.fr/questions/base/2025/qSEQ25040483S.html>

METHODOLOGIE

Ce rapport repose sur une démarche qualitative rigoureuse, nourrie par des retours d'expérience, une analyse thématique croisée, des données publiques, ainsi que l'appui scientifique d'un comité d'experts. L'objectif : formuler une évaluation complémentaire de la halte soins addictions (HSA) et des politiques de réduction des risques, en interrogeant leurs effets réels sur la santé publique, l'espace urbain et les trajectoires de soin, dans la perspective d'une politique qui soit davantage centrée sur le sevrage et la réhabilitation des personnes dépendantes.

1. Recueil de données qualitatives et de terrain

L'analyse repose sur un ensemble de matériaux recueillis dans différents territoires (Paris, Marseille, Strasbourg, Lille...), à partir de :

- témoignages directs de riverains exprimant des inquiétudes sur les effets des dispositifs HSA ou CAARUD dans l'espace public,
- entretiens informels avec des professionnels de terrain (médecins, éducateurs, travailleurs sociaux, policiers municipaux),
- observations empiriques autour de scènes ouvertes de consommation ou de revente,
- consultation de rapports publics (Cour des comptes, OFDT, préfectures, IGAS...).

Une analyse thématique a été menée autour de cinq axes : efficacité sanitaire, articulation des dispositifs, perception sociale, usages détournés, et trajectoires de sortie.

2. Appui documentaire, expertise scientifique et comparaisons internationales

Le rapport s'appuie également sur :

- des publications institutionnelles, études scientifiques, rapports européens (Portugal, Suisse, Royaume-Uni),
- les contributions théoriques et cliniques de la Professeure Laurence Vaivre-Douret, spécialiste des troubles du neurodéveloppement et des parcours de désaffiliation. Son rapport de 2022 remis à la Région Île-de-France a constitué une source structurante, en raison de sa méthodologie clinique, fondée sur l'évaluation neuropsychique et les facteurs de vulnérabilité, de sa conception des parcours de soin et des objectifs de réinsertion durable.

3. Analyse critique des rapports institutionnels existants

L'étude a également intégré l'analyse des six rapports suivants :

- Inserm (2021),

- Assemblée nationale (2021),
- Cour des comptes (2021),
- IGA et IGAS (2024),
- Fondation Jean Jaurès (2025),
- Hospices civils de Lyon (2025).

Exception faite de l’audit de la Cour des comptes, ces rapports adoptent globalement une position favorable aux HSA et à la réduction des risques, mettant en avant leurs effets positifs en matière de prévention des overdoses ou de lien social. Le présent rapport se veut donc complémentaire et sans concession, en abordant les questions oubliées ou mises à l’écart.

4. Encadrement scientifique : un comité d’expertise pluridisciplinaire

L’UNSSAD a constitué un comité scientifique interdisciplinaire, garant de la rigueur du travail mené. Ce comité, composé de médecins, professeurs et cliniciens de renom, issus de la psychiatrie, de la neurologie pédiatrique, de la pharmacologie et possédant des expertises complémentaires couvrant les dimensions biologiques, psychologiques et sociales des conduites addictives, a joué un rôle structurant :

- en validant les constats,
- en contribuant aux recommandations,
- en assurant une cohérence interdisciplinaire dans la lecture des enjeux.

L’expertise des membres du Comité Scientifique de l’UNSSAD garantit que l’approche adoptée dépasse les oppositions caricaturales (soin contre sécurité, RdR contre sevrage) pour identifier les axes d’amélioration et proposer un modèle cohérent et fondé scientifiquement. Pour autant, le présent rapport n’a pas vocation à entrer dans le détail de recommandations opérationnelles, mais s’attache davantage à dresser un constat et établir un bilan avec les problématiques qu’il soulève, tout en livrant quelques idées concrètes pour y répondre.

Les recommandations formulées sont des grandes orientations qui doivent être comprises comme des pistes générales, et qui appelleraient le cas échéant à un travail approfondi pour aboutir à un cahier des charges précis dans la perspective d’une évolution des dispositifs de santé publique qui seraient amenés à succéder à l’expérimentation des HSA.

1. Réduction des risques : un modèle dépassé par les nouveaux enjeux de l'addiction

1.1. Genèse d'une politique : entre urgence sanitaire et pragmatisme

1.1.1. La naissance d'un paradigme de santé publique

La politique française de réduction des risques (RdR) prend naissance à la fin des années 1980, dans un contexte de crise sanitaire aiguë liée à la diffusion rapide du virus VIH/SIDA chez les consommateurs de drogues injectables. À cette époque, plus de 40 % des personnes consommant des drogues par voie intraveineuse sont séropositives. La hausse fulgurante du nombre d'héroïnomanes, passant de quelques milliers dans les années 70 à environ 160.000 en 1996, impose une inflexion des politiques publiques centrées jusque-là sur l'interdit pénal, vers une logique sanitaire d'urgence, axée sur la prévention des transmissions virales.

En 1987, l'État français autorise la vente libre de seringues en pharmacie, marquant le premier tournant officiel vers une approche pragmatique, fondée sur la réduction des dommages. Puis en 1994, sous l'impulsion de la mission Henrion, les premiers programmes d'échange de seringues sont mis en œuvre, parallèlement à la création progressive des CAARUD (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la réduction des risques pour Usagers de Drogues), officialisés en 2004 dans le code de la santé publique.

1.1.2. Une stratégie marquée par une ambivalence fondatrice

Dès le départ, cette orientation est marquée par un certain pragmatisme médical, mais aussi par une ambivalence structurelle : si elle vise à protéger les consommateurs et à rétablir un lien de soin, elle n'ambitionne pas, dans sa formulation initiale, de gérer durablement l'addiction elle-même. La figure du Pr Claude Olievenstein, fondateur du centre médical Marmottan en 1971, incarne cette tension. Tout en défendant une approche humaniste de la dépendance, il reste fermement opposé à toute politique de banalisation des drogues : pour lui, la RdR ne peut être qu'une étape transitoire, jamais une fin en soi.

1.2. De la SCMR à la HSA

1.2.1. L'expérimentation des SCMR : premiers acquis et limites

L'expérimentation française des salles de consommation à moindre risque (SCMR) débute en 2016 avec deux sites pilotes, à Paris et à Strasbourg. Ces structures visent alors à offrir un espace sécurisé où les usagers peuvent consommer leurs produits sous

supervision infirmière, dans l'objectif premier de limiter les overdoses et les transmissions virales. Leur mise en place s'inscrit dans la continuité de la politique de réduction des risques amorcée dans les années 1990, mais elle suscite d'emblée des controverses, tant sur leur efficacité que sur leur compatibilité avec la loi de 1970 qui interdit l'usage de stupéfiants.

Les premiers résultats, publiés en 2021 dans l'étude Cosinus pilotée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm, 2021), soulignent des bénéfices ponctuels en matière de santé publique (moindre exposition au VIH et au VHC, réduction des injections dans l'espace public), mais restent lacunaires sur les trajectoires de sortie d'addiction et sur les effets collatéraux dans les quartiers concernés, avec plus de 30% des populations suivies qui sont perdues de vue chaque année. Malgré ces limites, l'expérimentation est alors prolongée pour quatre années supplémentaires.

1.2.2. La HSA : un recentrage sur l'accompagnement au détriment du sevrage

C'est dans ce cadre que naît la Halte Soins Addiction (HSA) en 2022, présentée comme l'évolution naturelle des SCMR. Le changement de terminologie n'est pas anodin : il traduit un repositionnement institutionnel. L'objectif général de « lutter contre les addictions », encore inscrit au cahier des charges de la SCMR en 2016, a en effet été supprimé fin 2021, lors de la prolongation de l'expérimentation. Conséquence directe de ce changement de priorités, l'objectif précis consistant à « contribuer à faire entrer les usagers de drogues actifs dans des processus de sevrage » a été remplacé par une ambition plus modeste, consistant à « faire entrer les usagers de drogues [...] dans un parcours de santé incluant notamment [...] la possibilité d'entrer dans un processus de sevrage ».

Les thérapies de sortie d'addiction ne font pas partie des soins proposés par la HSA. Son champ d'action se limite essentiellement à des soins infirmiers ou par l'intermédiaire d'un éducateur à un accompagnement à la consommation de drogues et, dans certains cas, à l'orientation de personnes en grande précarité vers des consultations médicales ou dentaires. En revanche, aucun effort substantiel n'est fait pour offrir aux toxicomanes une réelle opportunité de sortir de leur dépendance. Cela ressort non seulement du cahier des charges, mais aussi de l'absence de résultats chiffrés probants.

Depuis 2022, les critères d'évaluation intègrent pour la première fois un indicateur de sortie : à Paris seuls 5 % des usagers ont été « orientés » vers une cure de sevrage en 2023, soit 41 usagers sur une file active de 781 personnes (IGA/IGAS, 2024). Mais aucune précision n'est donnée sur la signification concrète du terme « orienter », ni sur le nombre réel d'entrées en cure, ni sur les taux d'achèvement, d'abstinence ou de rechute. La sortie d'addiction apparaît donc reléguée au second plan, alors qu'elle devrait constituer la mission prioritaire d'un dispositif en contact direct avec les personnes les plus désocialisées et les plus précaires.

Ainsi, la HSA marque une étape supplémentaire dans l'histoire française de la RdR : d'une expérimentation à visée transitoire, elle devient un dispositif pérenne d'accompagnement quotidien. Ce glissement interroge la cohérence d'ensemble de la politique publique : s'agit-il encore d'un outil au service d'un parcours de soin, ou bien d'un modèle de gestion de la consommation, conçu pour limiter certaines affections immédiates liées à la toxicomanie sans offrir de perspectives de sortie durable de l'addiction.

1.3. Modèles étrangers : sources d'inspiration, points de rupture

1.3.1. La Suisse et la doctrine des quatre piliers

La politique française s'est construite en dialogue (parfois en opposition) avec les modèles européens pionniers, notamment les Pays-Bas et surtout la Suisse, qui expérimentent dès la fin des années 1980 des salles de consommation à moindre risque, communément appelées « salles de shoot ».

Zurich en particulier devient un cas emblématique. Confrontée à une crise de santé publique et de sécurité extrême dans les années 1980, avec des scènes ouvertes de consommation à ciel ouvert (notamment dans le parc de Platzspitz, surnommé "Needle Park"), la ville met en place à partir de 1991 un modèle innovant de gestion des addictions fondé sur la « politique des quatre piliers » :

- Prévention (éducation, information, sensibilisation),
- Thérapie (accès facilité aux soins et au sevrage),
- Réduction des risques (dispositifs de consommation encadrée, seringues stériles, traitements de substitution),
- Répression (lutte contre le trafic et la criminalité associée à l'usage de drogues).

Ce modèle vise à articuler les réponses sanitaires, sociales et sécuritaires dans une stratégie intégrée et cohérente. Il inspire de nombreux pays européens — Allemagne, Pays-Bas, Espagne — et influence indirectement les réflexions françaises.

1.3.2. L'influence contrastée sur les HSA françaises

La Halte Soins Addiction (HSA) de Paris, ouverte en 2022, s'inscrit explicitement dans cette filiation. Son portage par l'association Gaïa et son organisation en salle de consommation supervisée, adossée à un accompagnement médico-social, reprennent des éléments clés du modèle zurichois. De fait, les porteurs du projet ont reconnu publiquement s'être inspirés du cadre suisse, tant sur le plan opérationnel que sur la philosophie d'intervention.

Cependant, à la différence du modèle helvétique, les HSA françaises ne s'inscrivent pas toujours dans une articulation équilibrée des quatre piliers. Si la RdR et l'accompagnement social sont mis en avant, les deux autres dimensions – sevrage/soin intensif d'une part, lutte contre le trafic de rue d'autre part – restent souvent marginales voire absentes. Ce déséquilibre soulève une question centrale : peut-on encore parler de "politique intégrée" si les piliers thérapeutique et répressif sont affaiblis au profit d'une logique de gestion sanitaire et sociale au quotidien ?

1.4. Nouvelles substances, nouvelles impasses

1.4.1. Crack et NPS : l'émergence d'une toxicité fulgurante

Depuis les années 2010, la scène de la toxicomanie en France a profondément évolué. Le crack, la méthamphétamine, la 3-MMC, mais aussi la kétamine, le fentanyl, ou encore les nitazènes, des opioïdes de synthèse qui sont 100 à 1.000 fois plus puissants que la morphine, ainsi qu'une large gamme de substances de synthèse aux profils variés (nouveaux psychotropes de synthèse – NPS) se sont imposés comme les produits dominants, en particulier dans les rues de Paris, Marseille ou Lyon.



« Caillou » ou « galette » de crack collectée en 2016 via le dispositif SINTES⁴ à Paris – Agnès Cadet-Taïrou

Parmi ces drogues, le crack joue un rôle central. Il s'agit d'une forme dérivée de la cocaïne, obtenue par cuisson de cocaïne en poudre avec un produit alcalin comme de l'ammoniac ou du bicarbonate de sodium et de l'eau, donnant lieu à une "base" insoluble dans l'eau mais volatile. Le produit final se présente sous forme de petites plaques solides, également appelées "cailloux" ou "galettes", faciles à transporter, à

⁴ Système d'identification national des toxiques et substances

fractionner et à vendre à bas prix (généralement entre 5 et 20 €), ce qui explique sa forte accessibilité, notamment dans les milieux précaires, où elle est appelée “drogue du pauvre”.

Le mode de consommation le plus courant du crack est l'inhalation. Le produit est chauffé dans une pipe artisanale (souvent fabriquée à partir de canettes, de tubes en verre ou de flacons) ou à l'aide d'un kit spécifique distribué dans les dispositifs de RdR. La fumée dégagée permet une pénétration extrêmement rapide dans le cerveau, avec un effet euphorisant intense qui survient en quelques secondes. Mais cet effet est de courte durée, rarement plus de 5 à 10 minutes, ce qui favorise une addiction fulgurante et une recherche compulsive de la prise suivante, jusqu'à plusieurs dizaines de prises par jour. Ce cycle très court, brutal et répété de consommation alimente une forme de dépendance aiguë, difficile à interrompre sans accompagnement structuré.



Pipe à crack – Jean Bourbeau / Urbania

Il faut également souligner que le crack peut être injecté, bien que cette pratique soit moins fréquente que l'inhalation pour des raisons de risque d'infection. Certains consommateurs dissolvent les galettes dans des acides (vitamine C, citron, vinaigre) afin d'obtenir une solution injectable, malgré les risques majeurs de toxicité, de nécrose tissulaire et d'infections graves que cela implique. Cette méthode, particulièrement dangereuse, est rarement abordée dans les documents de RdR, mais doit être prise en compte dans les politiques de prévention, car elle est pratiquée notamment par des usagers polyconsommateurs, parfois en situation de grande précarité ou de marginalisation extrême.

Ainsi, qu'elle soit fumée ou injectée, la consommation de crack expose à des risques sanitaires majeurs, tant sur le plan physique que psychique, et s'inscrit dans des logiques de survie, de dépendance immédiate et de désocialisation rapide.

Le rapport de la Professeure Laurence Vaivre-Douret remis à la Région Île-de-France en 2022, détaille un certain nombre de pathologies physiologiques qui découlent de la consommation de crack (Vaivre-Douret, 2023). Outre un déchaussement des dents et des lésions caractéristiques aux mains et doigts liées aux brûlures causées par les pipes, ou encore des vomissements et diarrhées, le rapport indique que « la consommation de crack perturbe le fonctionnement cardio-vasculaire en provoquant une vasoconstriction (rétrécissement des vaisseaux sanguins) qui entraîne une mauvaise irrigation des tissus pouvant conduire à la tachycardie, l'hypertension artérielle, les troubles du rythme, l'angor (angine de poitrine) et à l'infarctus du myocarde (crise cardiaque). Sur le plan pulmonaire, le crack peut entraîner l'altération de la capacité respiratoire avec de l'asthme, des dyspnées et des infections pulmonaires dans un contexte de fièvre. Étant donné la grande précarité de vie des consommateurs de crack, les recrudescences des infections de la tuberculose sont à craindre. Des lésions pulmonaires peuvent aussi être retrouvées avec la survenue d'une hémorragie intra-alvéolaire (syndrome du « poumon à crack » ou « crack lung ») ou d'un pneumothorax (infiltration d'air dans l'espace pleural) ».

La Pr Vaivre-Douret souligne également la gravité neurologique de cette drogue : « Le crack engendre une désinhibition, une impulsivité accrue, des troubles du comportement sévères, une instabilité émotionnelle majeure et un effondrement cognitif rapide ». Elle insiste notamment sur les effets dévastateurs sur le cortex frontal et le système dopaminergique, impliqués dans la régulation des émotions, le jugement moral, la mémoire et le contrôle des impulsions. Des dommages vasculaires cérébraux sont aussi à redouter, tels que des vascularites, des AIT, ou encore des AVC. Les dégâts sont encore plus rapides et durables chez les jeunes adultes et les personnes souffrant déjà de troubles psychiques. Le risque de comorbidité psychiatrique est très élevé : les états psychotiques, les hallucinations, la paranoïa, la dissociation, et les troubles graves du sommeil sont fréquents et souvent irréversibles. Le rapport indique que jusqu'à 60% des consommateurs de crack présentent des pathologies psychiatriques sévères associant délires et hallucinations visuelles, auditives, tactiles ou olfactives pouvant apparaître après consommation ou révélant une comorbidité préexistante aggravée par l'usage du crack, telle que la schizophrénie.

1.4.2. Polytoxicomanie et absence de substitution

Les nouveaux consommateurs présentent une polytoxicomanie massive, caractérisée par la consommation simultanée de crack, d'alcool, de benzodiazépines (notamment le Rivotril®), de cannabis, ainsi que de médicaments détournés tels que le Lyrica® (prégabaline) ou la méthadone, parfois non prescrite, ou encore d'autres types d'opiacés comme la codéine et ses dérivés que l'on retrouve dans les antalgiques comme le Tramadol et les traitements pour la désobstruction nasale. Ce profil rend la prise en charge clinique extrêmement complexe, en raison des interactions pharmacologiques,

des états psychiques instables, et des risques accrus de surdosage ou de passage à l'acte violent.

À ce jour, aucune molécule de substitution au crack n'existe – contrairement à la dépendance aux opiacés, qui peut être stabilisée par des traitements de substitution tels que la méthadone ou la buprénorphine. Cette absence de traitement de référence validé pour le crack laisse les soignants sans outil pharmacologique spécifique, et impose une approche essentiellement psycho-sociale, souvent insuffisante dans les contextes de grande précarité ou de comorbidité psychiatrique.

Dans ce contexte, certaines structures de RdR délivrent de la méthadone à des consommateurs qui ne sont pas dépendants aux opiacés, parfois sans supervision. Cette dérive dans l'usage de la méthadone, initialement délivrée dans le cadre de thérapies de substitution à l'héroïne, alimente de nouvelles formes de détournement : des consommateurs reçoivent des boîtes complètes de méthadone, sans suivi médical strict, qu'ils revendent dans la rue pour s'acheter du crack, contribuant ainsi à une logique de consommation croisée plutôt qu'à une stabilisation.



Boîtes de méthadone de l'AP-HP souvent revendues à des toxicomanes injecteurs

Ce constat souligne une faille majeure du modèle actuel : en l'absence de traitement spécifique pour le crack, et face à des pratiques de délivrance trop permissives dans certains dispositifs à bas seuil, le système peine à offrir des réponses efficaces, et risque au contraire de nourrir les cycles de dépendance et de marginalité.

1.5. Profils des consommateurs : précarité, errance, institution défaillante

1.5.1. Des jeunes majoritairement en grande précarité

Le profil sociologique des consommateurs s'est lui aussi transformé. Les consommateurs sont souvent jeunes (25-40 ans), précarisés, sans emploi ni logement, parfois étrangers en situation irrégulière. Des vagues récentes de consommateurs géorgiens et russophones ont été identifiées, notamment dans le nord de Paris, ce qui a conduit certaines associations à adapter leur signalétique en russe.

Les troubles psychiatriques sont des comorbidités omniprésentes : troubles bipolaires, psychotiques, anxieux ou post-traumatiques. Pourtant, aucune prise en charge psychiatrique systématique n'est proposée dans les structures actuelles de type HSA ou CAARUD, ce qui laisse de nombreux patients dans une errance et sans suivi thérapeutique, ce qui ne fait qu'aggraver leur situation et les met en danger.

1.5.2. L'empreinte silencieuse de l'Aide Sociale à l'Enfance

Une donnée particulièrement préoccupante ressort de l'analyse de terrain menée par la professeure Laurence Vaivre-Douret dans son rapport d'expertise : une part importante des consommateurs de crack et polytoxicomanes pris en charge par les HSA ou identifiés dans leur environnement immédiat sont issus de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), de foyers éducatifs ou d'anciens dispositifs de protection de l'enfance. Ces jeunes adultes, souvent âgés de 18 à 25 ans, présentent des parcours de rupture marqués : placements successifs, absence de stabilité affective ou scolaire, troubles du comportement non pris en charge, et sorties d'institution sans relais médico-social structuré.

« Une proportion significative des consommateurs identifiés autour des HSA est constituée de jeunes adultes en errance, dont les dossiers font apparaître des antécédents de placements multiples en structures ASE, sans continuité éducative ni prise en charge psychiatrique cohérente à la majorité. » – Rapport Vaivre-Douret (2022) p. 46.

A Bordeaux, les personnes issues de l'ASE représentent la moitié des toxicomanes sondés en 2025 par l'Institut Jean Jaurès dans son rapport sur la réduction des risques (Fondation Jean Jaurès, 2025)⁵. Ce constat éclaire d'un jour nouveau la question des responsabilités systémiques dans l'entrée dans l'addiction. Il ne s'agit pas uniquement d'un échec individuel, mais souvent d'un échec de la chaîne de protection de l'enfance, incapable d'assurer une transition sécurisée vers l'âge adulte. Ces jeunes deviennent alors particulièrement vulnérables à la consommation de crack, dont l'effet désinhibiteur

⁵ <https://www.jean-jaures.org/wp-content/uploads/2025/01/ECS.pdf>

rapide et le faible coût en font une drogue de prédilection dans les milieux d'errance. Ils peuvent aussi s'assurer d'un revenu en étant revendeur.

Cette observation pose la question de l'articulation entre politique de protection de l'enfance, prévention des addictions, et accompagnement à l'autonomie. À ce jour, aucune politique de prise en charge des jeunes sortants de l'ASE n'est intégrée dans les dispositifs HSA, ni même dans la politique de RdR au sens large.

1.6. Trafic de crack en Île-de-France : un marché structuré et violent

1.6.1. Organisation territoriale et circuits d'acheminement

Le marché du crack en région parisienne s'est considérablement développé depuis les années 2010, dans le sillage des flux de cocaïne arrivant par les grands ports européens (Anvers, Rotterdam, Le Havre). À Paris, ce trafic s'est installé dans plusieurs quartiers populaires de l'est parisien, avec une visibilité croissante autour des gares (Gare du Nord, Gare de l'Est), des périphéries du 18e, 19e et 20e arrondissements, et dans certaines communes de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne.

Ce trafic ne relève plus seulement de logiques informelles locales : il est désormais structuré, segmenté, mobile et très rentable, avec une forte rotation des points de vente, une surveillance constante du territoire et des pratiques violentes pour assurer le contrôle du marché.

1.6.2. Profils des revendeurs : précarité instrumentalisée

Les personnes visibles dans la vente de rue du crack en Île-de-France sont majoritairement de jeunes hommes issus de l'immigration subsaharienne, en situation administrative souvent instable. Nombre d'entre eux sont sans-papiers ou en attente de régularisation, recrutés pour leur vulnérabilité juridique, leur isolement social et leur faible coût pour les réseaux.

Selon plusieurs rapports policiers, judiciaires et associatifs (OCRTIS, MILDECA, OFDT), les « vendeurs de galettes » sont rarement des trafiquants de haut niveau. Ils constituent plutôt la main-d'œuvre de terrain, interchangeable, exposée, sous pression, souvent menacée ou endettée vis-à-vis des organisateurs du trafic. Certains dorment dans la rue, consomment eux-mêmes du crack et sont à la fois dealers et consommateurs.

L'origine ethnique ou nationale ne peut être généralisée, mais une majorité observée dans les dispositifs de veille sociale à Paris semble venir de pays comme la Guinée, le Mali, la Côte d'Ivoire ou le Sénégal, selon des données croisées issues du Samu Social, des CAARUD et de la Préfecture de police.

1.6.3. Une économie de survie imbriquée dans la grande pauvreté

La revente de crack s'insère dans une économie informelle hyper-localisée, où les acteurs de rue (revendeurs, guetteurs, transporteurs), qui sont parfois mineurs, gagnent quelques dizaines d'euros par jour, qui constituent souvent uniquement de quoi survivre. Le profit substantiel est capté par des têtes de réseau, moins exposées, qui utilisent les migrants précaires ou les jeunes désocialisés, comme ceux sortis de l'ASE, en tant que relais invisibles.

Le trafic coexiste avec une grande pauvreté : nombre de vendeurs n'ont pas de logement, pas de papiers, et sont eux-mêmes dépendants de la drogue qu'ils vendent. Certains fréquentent aussi les HSA et dispositifs d'urgence pour manger, se soigner ou s'abriter, ce qui leur rend d'autant plus compliqué d'accéder à une démarche de soin ou de sortie de l'addiction.

1.6.4. L'échec d'une stratégie sécuritaire sans appui sanitaire

Les interventions policières à Paris, notamment les démantèlements ponctuels (place Stalingrad, Porte de la Villette, puis square Forceval), ont permis des dispersions temporaires mais pas de démantèlement durable. À chaque évacuation, les points de deal se déplacent de quelques centaines de mètres. Les revendeurs eux-mêmes se déplacent constamment, échappant à toute stabilisation sociale.

Les acteurs de terrain (médecins, éducateurs, policiers) font le même constat : tant que les réseaux d'approvisionnement sont actifs et que la demande reste forte, la répression seule ne suffit pas. En l'absence de politique cohérente de sevrage, de soin et de régularisation des situations, le phénomène se recompose sans cesse. En d'autres termes, on ne fait que déplacer le problème, et ce problème ne fait que s'amplifier avec le temps.

1.7. Réduction des risques à l'international : entre modèle et désillusion

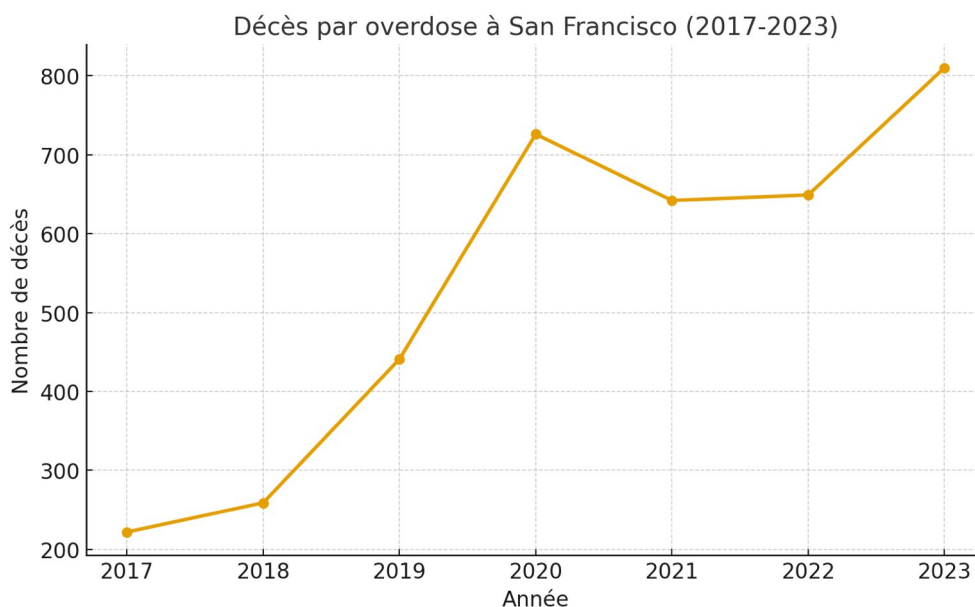
1.7.1. San Francisco (États-Unis) : de la tolérance à l'impasse visible

Dès les années 1980, face à la crise du VIH, San Francisco met en place des programmes d'échange de seringues, puis soutient la création de centres de réduction des risques pour les consommateurs de drogues injectables. La ville devient un symbole de tolérance dans la gestion des addictions, refusant la logique répressive dominante aux États-Unis. Des projets pilotes de salles de consommation supervisée sont lancés, bien que freinés juridiquement au niveau fédéral.

Si ces dispositifs ont permis de réduire les contaminations VIH/VHC et d'améliorer la santé d'une partie des consommateurs, la situation globale de la ville s'est fortement

dégradée. Le nombre d'overdoses mortelles explose depuis 2015. En 2023, San Francisco a enregistré plus de 800 décès liés à la drogue, un chiffre record correspondant à la pénétration massive du fentanyl dans l'offre de drogue.

Le centre-ville est confronté à une concentration extrême de consommateurs dans l'espace public, une dégradation sanitaire visible (souillures, seringues, troubles psychiatriques), et une perte de confiance de la population dans l'efficacité des politiques publiques.



Source : Wikipedia⁶

Le cas de San Francisco, aussi emblématique soit-il de notre côté de l'Atlantique, est loin d'être un cas isolé aux États-Unis, et d'autres grandes villes comme Baltimore⁷, Philadelphie, Detroit, Portland ou encore New York⁸ ont un taux de mortalité par overdose qui est entre 40 et 110 fois supérieur à celui constaté en France⁹ (City of Baltimore Mayor's Office of Overdose Response, 2025 ; New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2024 ; ARS Île-de-France, 2025).

Face à cette impasse, la ville de San Francisco a entamé en 2024 un revirement partiel : plusieurs responsables politiques ont appelé à restreindre ou conditionner les aides sociales aux consommateurs, à renforcer les capacités de traitement et de sevrage contraint, et à recentrer la politique sur la sortie de l'addiction, plutôt que sur la gestion chronique. L'approche du tout-RdR est désormais mise en débat (cf. [Annexe 2](#), article du SF Chronicle du 31/03/2025)¹⁰, y compris au sein du Parti démocrate californien.

⁶ https://en.wikipedia.org/wiki/California_opioid_crisis

⁷ <https://health.baltimorecity.gov/sites/default/files/bcmoor-strategic-plan-0725b.pdf>

⁸ <https://www.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/epi/databrief142.pdf>

⁹ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/surdose-de-substances-psychoactives-comment-adopter-les-bons-reflexes>

¹⁰ <https://www.sfchronicle.com/opinion/openforum/article/harm-reduction-san-francisco-20246438.php>

1.7.2. Le Portugal : un modèle de décriminalisation avec une réponse sanitaire forte

En 2001, le Portugal adopte une réforme radicale : la décriminalisation de l'usage de toutes les drogues (cocaïne, héroïne, cannabis, etc.). La possession de petites quantités n'est plus considérée comme un délit pénal, mais comme une infraction administrative. Les personnes interpellées sont convoquées devant une Commission pour la dissuasion de la toxicomanie (Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência) composée d'un juriste, d'un médecin et d'un travailleur social qui les orientent vers un traitement. Il n'y a pas d'obligation de soins mais une forte incitation qui peut se traduire en cas de refus par des sanctions administratives comme un retrait de permis de conduire ou une interdiction de voyager, voire un signalement au ministère public qui pourra si nécessaire prononcer une mise sous curatelle (maior acompanhado).

Cette réforme s'inscrit dans une logique de soin et d'accompagnement, assortie d'un renforcement massif des dispositifs de sevrage, de réinsertion et de réduction des risques. Elle est souvent citée comme un exemple de réussite, notamment dans la presse internationale.

Le bilan après 20 ans est contrasté, car si le Portugal a enregistré une forte baisse des overdoses, des contaminations VIH, et une stabilisation de l'usage problématique, c'est un équilibre fragile, et une crise pourrait bien en cacher une autre, avec l'émergence du problème du crack qui devient hors de contrôle.

Le modèle portugais a été salué par l'OMS, l'ONU et l'EMCDDA (Agence européenne des drogues). Cependant, depuis 2015, plusieurs signes d'essoufflement apparaissent :

- Retour de la consommation de rue dans certains quartiers de Lisbonne et Porto,
- Saturation des dispositifs publics,
- Augmentation du nombre de consommateurs dans l'espace public.

Depuis 2022, le gouvernement portugais reconnaît les limites du modèle : s'il a permis de « sortir les toxicomanes de la prison », il n'a pas toujours permis de les conduire vers le soin. Des investissements sont relancés dans les structures de sevrage, avec l'idée que la décriminalisation seule ne suffit pas sans un accompagnement thérapeutique solide, structuré et attractif, et une réforme du système est en cours dans l'espoir de rééquilibrer prévention, soin et insertion.

Et aujourd'hui, le Portugal est à nouveau à la peine avec l'arrivée des nouvelles consommations de drogue, au premier lieu desquelles, comme dans d'autres pays d'Europe, le phénomène du crack vient frapper le pays de plein fouet (cf. [Annexe 3](#),

article du Globo du 04/10/2024)¹¹ tandis que les politiques actuelles ne parviennent pas à endiguer la crise (cf. [Annexe 4](#), article de Visão du 17/06/2025)¹².

1.7.3. Canada (Vancouver, Toronto) : pionnier de la RdR, face au chaos du fentanyl

Le Canada a été un pionnier en matière de salles de consommation supervisée. Vancouver ouvre en 2003 le centre Insite, première salle légale d'Amérique du Nord. L'objectif était de réduire les overdoses, les transmissions virales et de créer un pont vers le soin. Le modèle s'étend ensuite à d'autres villes (Toronto, Montréal), avec un soutien fédéral renforcé à partir de 2016 dans le cadre de la lutte contre la crise des opioïdes.

Les premières années ont montré des résultats encourageants en termes de santé publique. Toutefois, l'arrivée massive du fentanyl dans les circuits de drogues illégales à partir de 2015 a bouleversé la donne. Ultra-puissant, bon marché et souvent mélangé à d'autres substances, le fentanyl a causé une explosion des décès par overdose, y compris chez des consommateurs réguliers de centres de consommation. En 2023, la Colombie-Britannique enregistrait plus de 2 500 décès annuels liés aux opioïdes, pour une population de 5 millions d'habitants (British Columbia Coroners Service, 2024)¹³.

Face à cette situation, plusieurs villes canadiennes, notamment Toronto et Vancouver, envisagent ou ont annoncé un changement de cap. Des appels émergent pour :

- Recentrer les politiques vers des programmes de sevrage intensif et de traitement encadré,
- Encadrer plus strictement l'accès aux drogues substitutives,
- Limiter les dispositifs de RdR qui ne proposent aucune perspective de sortie.

En 2024, certains responsables politiques ont réclamé la fermeture partielle de certaines salles (Center on Drug Policy Evaluation, 2024)¹⁴, en particulier celles situées à proximité d'écoles¹⁵, voire même leur transformation en centres de désintoxication¹⁶. Une réflexion nationale est engagée sur les limites du paradigme "safe supply" (approvisionnement encadré de drogues), accusé d'avoir parfois entretenu une forme de dépendance sous encadrement institutionnel.

¹¹ <https://oglobo.globo.com/mundo/noticia/2024/10/04/uso-de-drogas-a-ceu-aberto-dispara-em-areas-turisticas-de-lisboa-e-preocupa-moradores.ghtml>

¹² <https://visao-pt.translate.goog/opiniao/ponto-de-vista/2025-06-17-droga-como-portugal-caiu-do-80-para-o-8/>

¹³ <https://news.gov.bc.ca/releases/2024PSSG0001-000069>

¹⁴ <https://cdpe.org/wp-content/uploads/2024/11/CDPE-SCS-Toronto-Nov-2024-.pdf>

¹⁵ <https://globalnews.ca/news/10619667/pierre-poilievre-supervised-consumption-sites-drug-dens-close/>

¹⁶ <https://news.ontario.ca/en/release/1005531/ontario-approves-transition-of-nine-drug-injection-sites-into-treatment-hubs>

1.7.4. Conclusion : Des modèles à l'épreuve du réel

Ces exemples démontrent que les politiques de réduction des risques, si elles ont indéniablement sauvé des vies, atteignent aujourd'hui leurs limites structurelles lorsqu'elles ne sont pas articulées à une véritable politique de sortie d'addiction. Loin de faire figure de "solutions toutes faites", ces modèles sont eux-mêmes en restructuration, tiraillés entre impératifs de santé publique, pressions sécuritaires et attentes sociétales de résultats visibles.

À l'instar de la France, de nombreux pays ont fait de la réduction des risques la réponse sanitaire principale en matière de toxicomanie, oubliant trop souvent que la sortie d'addiction et la réinsertion sont elles aussi des missions fondamentales de santé publique. Ces politiques, si elles ont sauvé des vies, atteignent aujourd'hui leurs limites structurelles dès lors qu'elles ne sont pas articulées à une véritable stratégie de sevrage et d'accompagnement thérapeutique. Loin d'être des solutions toutes faites, les dispositifs de RdR sont eux-mêmes en crise, pris entre impératifs sanitaires, pressions sécuritaires et attentes sociétales de résultats visibles.

L'expérience internationale le confirme : les États-Unis et le Canada, avec une décennie d'avance sur la France, dressent un constat sévère de l'échec d'un modèle centré sur l'inconditionnalité et la distribution massive de matériel de consommation. Les troubles à l'ordre public et l'explosion de la toxicomanie de rue y illustrent les dérives d'une politique déséquilibrée. Même les modèles suisse et portugais, longtemps cités en exemple, peinent à faire face au crack, aux drogues de synthèse, à la polytoxicomanie et à la grande précarité des consommateurs. La Belgique, qui a beaucoup moins de recul que les autres pays y-compris la France sur ce sujet, est elle aussi concernée par un usage grandissant du crack, et si ses journalistes et dirigeants font le diagnostic qu'il suffirait d'ouvrir davantage de structures d'accueil pour endiguer le problème, ce n'est pas ce qu'indique la trajectoire du Portugal qui a pourtant suivi cette voie.

De plus en plus de territoires pionniers font aujourd'hui machine arrière : l'Alberta et l'Ontario ferment leurs centres de consommation encadrés, tandis qu'à San Francisco, la réduction des risques dite « harm reduction » est accusée d'entretenir la toxicomanie de rue, y compris par les usagers eux-mêmes. Le virage répressif que certains envisagent, comme Donald Trump aux États-Unis, ne saurait toutefois être une réponse : nier les apports de la RdR, lorsqu'elle est employée comme simple outil sanitaire en complément et au service du sevrage, serait retomber dans les travers du « tout répressif », qui a déjà montré son inefficacité.

Ainsi, le cas français, à travers l'expérimentation des HSA, devrait s'inspirer de ces expériences : la seule gestion sanitaire ne suffit pas. Sans politique thérapeutique ambitieuse, structurée et orientée vers la sortie de dépendance, la RdR risque d'aggraver les problèmes qu'elle prétend contenir, jusqu'à contribuer à la banalisation

des usages et au développement incontrôlé d'une toxicomanie de rue, tout en générant des coûts qui appellent à des financements importants.

1.8. Dérives de la réduction des risques et militantisme associatif

1.8.1. Les dérives de la réduction des risques

En l'absence de véritable accompagnement thérapeutique, les HSA entretiennent mécaniquement une dépendance chronique, sans issue favorable pour le devenir du consommateur. Ce constat est partagé par de nombreux opposants, mais aussi par des professionnels de santé et des acteurs du secteur médico-social eux-mêmes. Les conséquences sont connues : maintien dans l'addiction, aggravation de la précarité et espérance de vie fortement réduite, notamment chez les personnes dépendantes aux opioïdes sans suivi thérapeutique et pour qui l'espérance de vie est très basse, estimée par une étude espagnole à une moyenne de 39 ans chez les consommateurs d'héroïne (Brugal et al., 2005)¹⁷.

Cette dérive illustre un basculement politique : la priorité donnée à la réduction des risques a progressivement éclipsé l'ambition de sortie de l'addiction, au point de marginaliser une mission pourtant fondamentale de santé publique.

La politique de réduction des risques, initialement pensée comme une réponse pragmatique à l'urgence sanitaire du VIH/SIDA, a progressivement ouvert la voie à l'implication d'associations militantes dans les dispositifs médico-sociaux. Ces structures, bénéficiant de financements publics et d'une délégation de service public, entretiennent souvent une proximité idéologique et organisationnelle avec des collectifs favorables à la dépénalisation, voire à la légalisation de l'ensemble des drogues.

1.8.2. L'emprise du militantisme associatif

Ces structures, bénéficiant de financements publics et d'une délégation de service public, entretiennent souvent une proximité idéologique et organisationnelle avec des collectifs favorables à la dépénalisation, voire à la légalisation de l'ensemble des drogues.

Parmi ces acteurs, l'association Asud (Autosupport des usagers de drogues) occupe une place singulière. Créée pour représenter les consommateurs eux-mêmes, elle revendique un droit à la consommation libre et sécurisée, sans contrainte légale. Si elle s'est d'abord illustrée par son action de promotion de la RdR auprès des toxicomanes, son discours et son champ d'influence se sont considérablement élargis. Le prosélytisme actif dont elle fait preuve l'a notamment conduite à publier « La drogue

¹⁷ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15955014/>

racontée aux enfants¹⁸ » ou encore à organiser avec l'EHESS un séminaire intitulé « Les drogues en famille¹⁹ », traduisant une approche militante qui dépasse le simple cadre sanitaire, et qui considère en résumé²⁰ que, puisque la transgression existe chez certains jeunes en quête de sensations, il faudrait cesser toute prévention inutile auprès de la jeunesse et au contraire libéraliser l'usage des drogues en enseignant la réduction des risques.



Couverture et illustration du dossier « La drogue racontée à nos enfants », Asud-Journal n°55 Octobre 2014

Cette proximité entre le tissu associatif militant et les structures médico-sociales explique en partie la prégnance d'un discours dominant favorable à la dépénalisation. L'argument central qui est le plus souvent avancé est celui d'une incompatibilité supposée entre la loi de 1970, qui prévoit des sanctions pénales pour usage de stupéfiants, et la mise en œuvre d'actions de RdR. Or, il convient de rappeler que cette loi permet également de reconnaître la personne dépendante comme victime de son addiction et d'offrir une alternative sanitaire à la sanction pénale, ce qui en fait un texte plus équilibré et adapté aux enjeux de la réduction des risques que ne le laissent entendre ses détracteurs.

En définitive, ce militantisme fragilise les efforts de la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) en brouillant les objectifs de santé publique. Il entretient en outre une convergence d'intérêts objective avec les trafics et cartels, pour lesquels toute légalisation constituerait un débouché économique inespéré. Le cas d'Asud illustre cette ambiguïté : association défendant les droits de toxicomanes actifs, elle promeut la légalisation de pratiques illégales tout en ayant trouvé place au sein du service public de santé, à travers son implication dans les

¹⁸ https://asud.org/wp-content/uploads/2023/11/asud_journal_55.pdf

¹⁹ <https://asud.org/seminaire-ehess-2017-2018-les-drogues-en-famille/>

²⁰ <https://asud.org/journal-articles/la-droque-racontee-aux-enfants/>

CAARUD, les CSAPA et désormais les HSA. Cette situation interroge sur la frontière entre mission de santé publique et agenda idéologique, et sur la légitimité de confier à des associations militantes une telle responsabilité en matière de santé publique.

2. Les HSA à l'épreuve des faits : bilan sanitaire, économique, sécuritaire et social

2.1. Bilan sanitaire : réduction des overdoses, absence de parcours de soins

2.1.1. Une efficacité limitée à la prévention immédiate des overdoses

En 2023, les HSA de Paris et Strasbourg, ouvertes depuis 2016, confirment une fréquentation stable. La HSA de Paris compte 781 consommateurs en file active, avec une moyenne de 194 passages par jour, tandis que celle de Strasbourg recense 824 personnes en file active, pour 25 passages par jour. Si la file active est restée à peu près stable depuis 2017, les inclusions dans le programme d'échange de seringues à Paris sont passées de 42.137 à 25.219 personnes, soit une baisse de 40%, qui pourrait s'expliquer en partie par une pratique de plus en plus courante de distribution de seringues sans conditions d'échange. Globalement, ces deux structures ont accueilli environ 1 600 personnes depuis leur lancement.

Les rapports favorables aux HSA mettent en avant une réduction du nombre d'overdoses à l'intérieur des structures. Aucun décès par overdose n'a été recensé dans les locaux des deux HSA, ce qui constitue un acquis important. Cependant, cette réduction ne s'étend pas à l'espace public, où les overdoses se poursuivent, souvent hors des heures d'ouverture. En outre, les décès liés à une overdose sont le plus souvent prononcés à l'hôpital, ce qui invisibilise des statistiques le lieu où l'overdose s'est initialement produite.

La surconsommation liée au crack reste quant à elle largement incontrôlée et associée à des épisodes de violence ou de désorganisation psychiatrique. En parallèle, les HSA dispensent des soins de base (dépistage, gestion des complications infectieuses, soins somatiques divers). Mais aucune HSA n'intègre de suivi psychiatrique systématique, et les crises survenant dans la HSA peuvent être suivies d'une exclusion de la personne en crise hors de la salle²¹.

Le rapport Vaivre-Douret (2022) alerte sur le fait qu'il manque une permanence psychologique et psychiatrique à la HSA de Paris : « *La consommation de crack non suivie de prise en charge thérapeutique entretient l'état d'addiction, favorise la comorbidité psychiatrique et détériore les capacités cognitives à long terme.* »

²¹ <https://x.com/Jeff77596440/status/1964764822429745474/video/1>

2.1.2. L’absence de perspective thérapeutique et de sortie d’addiction

Au-delà de la prévention immédiate, les HSA ne remplissent pas la mission de porte d’entrée vers le sevrage. Leur cahier des charges, comme celui des CAARUD, n’inclut ni stratégie explicite de sortie, ni suivi chiffré des cures engagées ou achevées. Les données publiées en 2022 indiquent que seuls 5 % des usagers sont orientés vers une cure de sevrage, mais sans précision sur l’effectivité, la durée ou les taux d’abstinence.

Cette faiblesse méthodologique alimente la critique de nombreux acteurs. En France, l’Ordre des médecins a témoigné son opposition aux HSA, considérant que la supervision d’injection de produits illicites rompt avec la déontologie médicale. Ces voix s’additionnent à d’autres, à l’image de la ministre de la Santé de l’Ontario (Canada), Sylvia Jones, qui déclarait en 2024 : *« I do not call watching someone inject an illicit drug to be health care in the province of Ontario. We need to do better and we can do better²² »*, ce qui peut se traduire par *« Je ne considère pas le fait de regarder quelqu’un s’injecter une drogue illicite comme un acte de soins de santé. Nous devons faire mieux et nous pouvons faire mieux. »*

2.2. Bilan économique : un modèle budgétairement insoutenable

Le débat sur les Halte Soin Addiction (HSA) ne peut faire l’impasse d’une évaluation rigoureuse de leur coût global, en particulier au regard de leur efficacité sanitaire réelle et de leur capacité ou non à favoriser la sortie d’addiction.

Postes de dépenses de la HSA en 2023

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

Source : IGA et IGAS (2024), p. 19

Contrairement à l’estimation simplifiée fournie par certains documents budgétaires (environ 1,2 million d’euros par site et par an), les bilans consolidés des deux HSA expérimentales (Gaïa à Paris et Argos à Strasbourg), analysés par la mission nationale de l’Inspection générale de l’administration et des affaires sociales (IGA et IGAS, 2024), révèlent un coût cumulé beaucoup plus élevé en 2023 :

²² <https://globalnews.ca/news/10868065/ontario-supervised-consumption-site-internal-warnings/>

- HSA Gaïa (Paris) : 3 864 102 €
- HSA Argos (Strasbourg) : 1 141 344 €

Total cumulé annuel : 5 005 446 €

Ces données démontrent que le coût de fonctionnement annuel dépasse largement les 2,4 millions d'euros précédemment avancés, et s'établit à plus de 5 millions d'euros pour les deux structures expérimentales, soit potentiellement plus de 50 millions d'euros sur 10 années continues d'expérimentation du dispositif.

Ce budget comprend :

- l'accueil du public (logistique, fluides, sécurité interne),
- l'encadrement par des équipes médico-sociales,
- l'achat et la distribution de matériel de réduction des risques (seringues, pipes à crack, embouts buccaux, gants, lingettes, etc.).

La distribution de matériel de RdR est elle-même un poste significatif, souvent sous-évalué dans les bilans financiers disponibles. Les bilans budgétaires des HSA expérimentales révèlent que les dépenses d'exploitation courante — qui comprennent notamment les achats de matériel de réduction des risques (seringues, pipes à crack, kits, protections, contenants de déchets, etc.) — ont atteint en 2023 :

- 295 972 € pour la HSA Gaïa à Paris, soit 7,7 % de son budget total,
- 119 978 € pour la HSA Argos à Strasbourg, soit 10,5 % de son budget total.



Kit de pipe à crack avec filtre distribué par Gaïa

Ce matériel comprend :

- des seringues stériles (à usage unique ou conditionnées en kits),
- des pipes à crack avec embouts et filtres,
- des lingettes antiseptiques, tampons d'alcool, préservatifs,
- des contenants sécurisés pour les déchets infectieux.

Le total cumulé pour ce poste s'élève donc à 415 950 € par an, uniquement pour les dépenses identifiées comme « d'exploitation courante ».

Pourtant, ces chiffres ne reflètent pas la réalité complète des dépenses liées à la réduction des risques, car ils n'intègrent pas :

- le coût logistique (transport, stockage, conditionnement du matériel),
- les frais liés à la collecte, au tri et à l'élimination des déchets biomédicaux,
- les dépenses indirectes supportées par les municipalités (nettoyage de l'espace public, sécurité, dispositifs de récupération des seringues usagées, médiation),
- les interventions externes ponctuelles (associations partenaires, maraudes, événements).

Selon les estimations croisées des CAARUD et de l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives (OFDT), le coût moyen d'un kit de RdR (injection ou inhalation) varie entre 0,80 € et 1,20 €. Sur cette base, et en tenant compte de la fréquence élevée de distribution dans les HSA (y compris en maraude), une estimation raisonnable place les coûts réels de fourniture de matériel RdR autour de 600 000 € par an pour les deux sites, ce qui excède les lignes budgétaires officiellement affectées à ce poste.

Ce poste de dépense est à considérer non pas seulement comme une « charge sanitaire », mais comme un investissement sans retour mesurable si les consommateurs ne sont pas accompagnés dans un parcours de soins global.

En outre, l'impact environnemental lié à l'absence de restitution du matériel usagé n'est pas pris en considération. Or, selon l'OFDT (rapport CAARUD 2018), plus de 8 millions de seringues ont été distribuées en 2016 dans les structures RdR, et seulement 51 % étaient récupérées (contre 62 % en 2014), soit un déficit d'environ 4 millions d'unités potentiellement abandonnées dans l'espace public.

Ce ratio, préoccupant en soi, s'est probablement aggravé avec la mise en place des HSA à Paris et Strasbourg, où le matériel est délivré quotidiennement sans obligation de restitution ni suivi nominatif. La gratuité des seringues dans les dispositifs de RdR, combinée à leur distribution massive, altère la perception de leur valeur et encourage leur abandon dans l'espace public sans considération pour les risques sanitaires ou environnementaux notamment dans les quartiers les plus exposés.



Des centaines de seringues et autres déchets d'injection sous la grille du parking face à la HSA de Paris

2.2.1 D'importants coûts indirects qui pèsent sur la collectivité

Au-delà des charges directes d'exploitation et de fourniture de matériel, les Haltes Soins Addictions génèrent un ensemble de coûts indirects pour les collectivités et services publics, rarement intégrés aux rapports budgétaires officiels. Suscitant l'inquiétude de riverains²³, ces externalités, pourtant significatives, mériteraient d'être chiffrées afin d'évaluer l'impact réel de ces dispositifs sur la dépense publique. L'exemple de la HSA de Paris permet de se faire une idée des ordres de grandeur.

- Nettoyage et sécurisation de l'espace public

Les abords de la salle de consommation de Paris ont nécessité des interventions renforcées de sécurisation et de nettoyage, comme le rappellent régulièrement les comptes rendus du comité de voisinage de la salle parisienne²⁴. JC Decaux y reconnaît notamment que le nombre de seringues ramassées chaque jour dans les sanisettes a pratiquement doublé entre 2021 et 2023²⁵, corroborant ainsi les témoignages de riverains sur l'état particulièrement dégradé de ces sanisettes²⁶. Ces dépenses incluent la présence renforcée des forces de police, comme en atteste le diagnostic local de sécurité du commissariat du 10ème arrondissement de Paris²⁷, la collecte quotidienne de seringues, ainsi que les coûts liés aux prestataires de propreté.

²³ <https://www.lejdd.fr/Societe/salles-de-shoot-les-inquietudes-des-riverains-face-aux-derives-et-au-cout-cache-de-lexperimentation-154428>

²⁴ <https://cdn.paris.fr/paris/2020/10/06/303da800c9a2a01a5296cd9f8b9da123.pdf>

²⁵ https://cdn.paris.fr/paris/2024/12/26/cr_comite-de-voisinage-ma10_23042024-k0zr.pdf

²⁶ <https://x.com/LariboisiereGDN/status/1949153167666446720/video/1>

²⁷ https://cdn.paris.fr/paris/2023/11/14/cpsa-10e_22-mai-2023-BYRT.pdf



Déchets d'injection dans une sanisette JC Decaux à proximité de la HSA de Paris²⁸

- Pertes économiques locales

De nombreux témoignages corroborent une baisse de fréquentation des commerces de proximité qui est systématiquement observée dans les quartiers confrontés à une insécurité perçue liée aux scènes ouvertes de consommation. Des commerçants se plaignent d'une baisse de 30% à 40% de leur chiffre d'affaires²⁹, avec pour certains la perspective d'un dépôt de bilan à la clef. Si les chiffres spécifiques du manque à gagner imputable aux HSA sont difficiles à estimer, l'impact sur la vitalité du tissu économique local est indéniable.

- Hébergement et prestations sociales associées

Une proportion non négligeable des usagers suivis dans les structures de RdR relève de l'hébergement d'urgence (115) ou de dispositifs d'accompagnement social (maraudes, associations partenaires). Selon un rapport du Sénat³⁰, le coût effectif de l'hébergement d'urgence s'élèverait à 30 à 52 €/jour et par place, en fonction du type d'hébergement (collectif ou diffus) et du niveau d'accompagnement. Le coût moyen d'un logement dans le cadre du dispositif ASSORE s'élève quant à lui à 42 € par jour³¹. Ce programme représente à lui seul 9,35 M€ de budget annuel pour la Région Île-de-France, auquel s'ajoute le coût du suivi social et de la médiation.

²⁸ <https://x.com/LariboisiereGDN/status/1951283241752694788>

²⁹ <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2018/09/18/20002-20180918ARTFIG00184-salle-de-shoot-comment-l-insecurite-ruine-les-commerçants-du-nord-de-paris.php>

³⁰ <https://www.senat.fr/rap/r20-632/r20-6326.html>

³¹ <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/ile-de-france/content/download/60281/396404/file/annexe-1.pdf>

- Investissements privés des riverains

Au-delà des dépenses publiques, une charge supplémentaire pèse directement sur les habitants et copropriétés riveraines des sites. Nombre d'entre eux sont contraints d'investir dans des dispositifs de sécurisation (barreaudages, portes renforcées, digicodes, vidéosurveillance), ainsi que dans des services privés de gardiennage ou de vidéosurveillance. Ces dépenses, rarement comptabilisées, sont pourtant significatives, le coût d'équipement initial pouvant atteindre plusieurs milliers d'euros par copropriété, de même que les charges récurrentes d'entretien, de gardiennage ou de surveillance. Rapportées à un périmètre de 300 mètres autour d'un site HSA, ce sont potentiellement des dizaines voire des centaines de copropriétés qui sont affectées.

En résumé, le coût annuel indirect induit par la HSA de Paris se répartit comme suit :

- Nettoyage et sécurisation de l'espace public
- Pertes économiques locales (baisse de fréquentation des commerces)
- Hébergement et prestations sociales associées
- Investissements privés des riverains

L'addition de ces postes, rapportée à l'échelle d'un quartier, permet de situer les coûts indirects annuels des HSA à plusieurs millions d'euros chaque année. Ces montants, bien que non officiellement comptabilisés, correspondent à des dépenses réelles et régulières supportées par la collectivité et ne peuvent être dissociées de l'évaluation globale du dispositif.

Ces externalités démontrent que le coût réel des HSA pour la collectivité excède largement les lignes budgétaires officielles. Elles interrogent ainsi la soutenabilité économique et sociale de dispositifs qui ne constituent pour autant pas un investissement pour la communauté mais bien une dépense à fonds perdus dans la mesure où ils n'offrent pas de perspectives de sortie de l'addiction pour les personnes concernées.

2.2.2 Une rentabilité contestée malgré des économies médicales ponctuelles

Les défenseurs des HSA mettent en avant une réduction des passages aux urgences et des complications infectieuses graves comme les endocardites. Selon le rapport Cosinus-Éco (Inserm, 2021), les économies médicales sur 10 ans s'élèveraient à 11,1 millions d'euros (Paris : 6 M€, Strasbourg : 5,1 M€).

Pourtant, comme le soulignait un article de Mediapart en 2024 en s'appuyant sur l'analyse de l'Inserm : « *Malgré les économies indirectes, les HSA représentent des coûts de structure deux fois supérieurs à l'évaluation des coûts médicaux évités* »³². Mais

³² <https://www.mediapart.fr/journal/france/011224/ce-rapport-favorable-aux-salles-de-shoot-que-bruno-retailleau-ne-veut-pas-voir>

rapportées sur la même période au coût réel de ces structures révélé par le rapport de l'Inspection générale de l'administration et des affaires sociales (IGA et IGAS, 2024), soit un total qui pourrait atteindre 50 millions d'euros en coûts directs uniquement, cela signifie qu'un euro économisé en soins en aura coûté près de cinq euros à la collectivité, et encore plus si l'on y ajoute les coûts indirects.

Par ailleurs, ces gains sont ponctuels. Aucun indicateur de sortie d'addiction, de taux de sevrage ou de réinsertion n'a été établi. Le modèle repose sur une stabilisation chronique sans ambition thérapeutique.

2.3. Bilan social : rechutes et désinsertion

2.3.1 Un contexte à haut risque de rechute pour les anciens consommateurs

La présence visible de dealers à proximité immédiate des HSA constitue une menace sérieuse pour les anciens toxicomanes en phase de stabilisation ou de sevrage.

Certaines études internationales sur les modèles de rechute³³ indiquent que 40 à 60 % des personnes en traitement pour troubles liés aux substances replongent sous l'effet de stimuli environnementaux dits « triggers » (McLellan et al., 2000) parmi lesquels :

- la proximité de lieux de consommation antérieure,
- la vue de dealers ou d'anciens consommateurs,
- les odeurs, bruits ou comportements associés à l'usage de drogue.

Ainsi, la concentration de consommateurs actifs et de trafiquants à proximité immédiate des centres expose non seulement les riverains, mais aussi les consommateurs en voie de sortie à un environnement réactivant la dépendance.

Ainsi que le confirment de nombreuses études nord-américaines (Vafaie & Kober, 2022)³⁴ et comme l'expliquent RecoveryVillage³⁵ et Ridgefield Recovery³⁶ : « *Le cerveau associe l'acte de consommer une substance aux lieux où on l'a consommée, aux personnes avec qui on l'a fait ou à celles auprès de qui on l'a achetée.* » et « *On peut croiser un vieil ami qui consomme encore ou se retrouver à une fête... Chacun de ces événements peut amorcer le chemin vers la rechute.* »

2.3.2 Désinsertion et enfermement institutionnel

Contrairement à l'objectif initial d'accompagnement vers l'autonomie, les HSA actuelles ne promeut pas la réinsertion sociale des consommateurs en tant que finalité d'un parcours de sortie d'addiction. En effet, la motivation à s'en sortir est absente des

³³ <https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/treatment-recovery>

³⁴ <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2793124>

³⁵ <https://www.therecoveryvillage.com/recovery/relapse/risk-factors/>

³⁶ <https://www.ridgefieldrecovery.com/drugs/relapse-prevention/>

objectifs de la HSA, et l'absence de parcours personnalisé en lien avec les centres médico-psychologiques, les CSAPA ou l'Aide sociale, ne permettent pas à l'individu de se projeter dans une dynamique d'amélioration de sa situation personnelle.

Les consommateurs de la HSA en ressortent le plus souvent dans le même état, voire plus ancrés dans leurs habitudes de consommation qu'à leur arrivée. L'encouragement à une consommation "sûre" sans alternative ni horizon thérapeutique enferme les personnes dans un cycle de dépendance institutionnalisée.

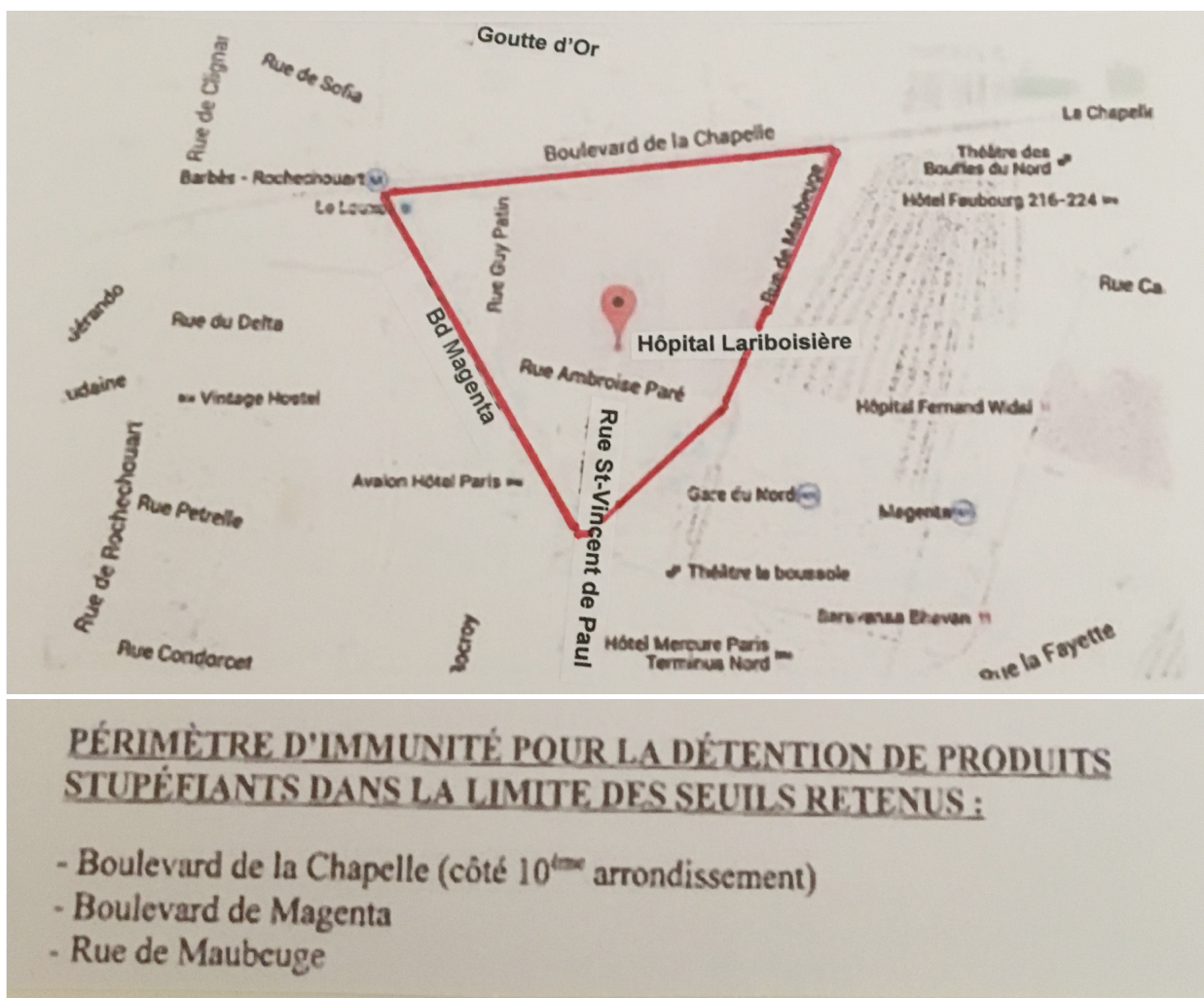
La structuration même du dispositif HSA, centrée sur la stabilisation à très court terme, empêche toute projection des consommateurs dans une dynamique de soin. Des cas de jeunes de 25–30 ans, isolés, en errance depuis plusieurs années, témoignent de l'illusion d'un accueil sans sortie, vécu comme une impasse par certains professionnels de terrain.

2.4. Bilan sécuritaire : tensions autour des sites

Parce qu'elle attire les consommateurs de drogues, la HSA cause une concentration importante de toxicomanes dans un même quartier, phénomène qui attire à son tour les trafiquants et revendeurs, dont certains sont parfois consommateurs eux-mêmes. Les trafics qui sont en temps normal être combattus sont tolérés aux abords de la salle avec la complaisance des forces de police, et c'est ce qui explique que le deal y soit devenu une activité florissante, comme le dénoncent régulièrement des riverains qui en sont les témoins quotidiens et qui déplorent également des scènes de consommations à ciel ouvert aux abords de la salle de Paris.

Cette tolérance pour les trafics découle de l'immunité pénale des consommateurs de drogue souhaitée par la circulaire du garde des sceaux du 13 juillet 2016, qui aurait dû selon le texte se limiter à l'intérieur de la HSA, mais au titre de laquelle est tout de même donné pouvoir au procureur de la république de déterminer un périmètre au sein duquel il est « inopportun » de procéder à des interpellations. Alors que ladite circulaire réfute le principe d'un périmètre d'immunité pénale autour des HSA, une note du préfet de Paris a pourtant institué un tel périmètre sur environ 300 mètres à la ronde autour de la salle du 10ème arrondissement, dans un flou juridique qui a été dénoncé à l'époque par le principal syndicat de police, Alliance, qui jugeait déjà la circulaire inapplicable (cf. [Annexe 1](#), article du Point du 28/10/2016)³⁷.

³⁷ https://www.lepoint.fr/societe/premiere-controverse-apres-l-ouverture-de-la-salle-de-shoot-a-paris-28-10-2016-2079138_23.php



Document de la préfecture de police de Paris transmis par le cabinet de l'ancien préfet Michel Delpuech

En ne s'opposant plus aux trafics, on leur permet de se fixer durablement dans des quartiers qui deviennent de facto encore plus attractifs pour les toxicomanes en manque, car ce sont des personnes extrêmement mobiles, constamment en quête de leur prochaine dose. Conséquence de l'accroissement du nombre de toxicomanes qui fréquentent le quartier, la HSA de Paris a rapidement excédé sa capacité d'accueil, ce qui conduit de nombreux consommateurs à s'injecter quotidiennement en dehors de la salle, dans les rues adjacentes, au vu et au su de tous.

On sait que la salle est obligée de limiter le nombre de passages, et qu'elle est débordée, dès lors pourquoi tant de toxicomanes affluent à ses abords si ce n'est parce qu'ils savent qu'ils pourront facilement y acheter tous types de drogues : vente de crack, revente de méthadone et autres produits de substitution dans l'espace public.



Scène d'injection rue Guy Patin le 3 septembre 2025, à quelques mètres de la HSA de Paris³⁸

Les consommateurs sans hébergement stationnent dans les parcs, halls d'immeubles, stations de métro ou écoles, en particulier en dehors des horaires d'ouverture. Les agressions, vols, incivilités, intimidations à l'encontre des habitants et des passants sont récurrents et en augmentation.

La situation autour de la porte de La Villette, du canal Saint-Denis, ou de la gare de l'Est (quartier Lariboisière) est particulièrement emblématique. Des groupes de consommateurs désorganisés, souvent en errance et parfois polyconsommateurs, occupent les lieux publics jour et nuit, et certains refusent les offres de mise à l'abri. Plusieurs décès ont été rapportés dans l'espace public, y compris celui d'un riverain de 92 ans, Jean-Baptiste Watel³⁹, violemment agressé dans le hall de son immeuble en septembre 2022 par un consommateur sous l'emprise de stupéfiants. Il est décédé un mois plus tard. L'agresseur a été interpellé dans un camp de consommateurs à proximité.

L'arrêté du 26 janvier 2022 (JORF du 23 février 2022), qui entérine le cahier des charges national des HSA, prévoit que les CAARUD et CSAPA peuvent devenir des HSA avec un

³⁸ <https://x.com/LariboisiereGDN/status/1963275098443407834/photo/1>

³⁹ <https://www.lefigaro.fr/faits-divers/paris-l-homme-de-92-ans-agresse-par-un-toxicomane-est-decede-de-ses-blessures-20221021>

périmètre d'immunité pénale similaire. Si cette possibilité devait être appliquée à Paris, cela impliquerait que les structures CAARUD/CSAPA du secteur bénéficient du même périmètre autour des salles, créant une situation ingérable pour la Préfecture de Police face à la multiplication des zones d'immunité, où se répliqueraient les difficultés actuelles aux abords de la HSA parisienne.

Une politique cohérente, lisible et équilibrée est nécessaire entre les différents volets de l'action publique : sécurité, prévention, accompagnement social, et soins. Une politique de santé publique ne peut fonctionner durablement que si elle s'articule de manière constructive avec le cadre juridique et répressif de l'État. Sans cette cohérence, le risque est de produire des injonctions contradictoires : d'un côté, un discours de fermeté légitime face aux trafics ; de l'autre, une tolérance de fait, perçue comme permissive, sur le terrain.

2.4.1. Un signal d'alarme citoyen : la multiplication des collectifs de riverains

Depuis l'ouverture de la première salle de consommation à moindre risque à Paris en 2016, de nombreux collectifs de riverains se sont constitués pour dénoncer les nuisances durables, l'inaction institutionnelle et les déséquilibres entre approche sanitaire et gestion de l'espace public. Le plus connu est le Collectif des riverains de Lariboisière – Gare du Nord, qui fédère habitants, commerçants, parents d'élèves, médecins hospitaliers, et d'anciens toxicomanes, qui vivent pour nombre d'entre eux aux abords immédiats de la salle de consommation.

Ce collectif, apolitique et non institutionnalisé, a documenté de façon rigoureuse les dégradations observées : seringues usagées dans la rue, scènes de consommation en plein jour, insécurité croissante, dévalorisation immobilière, sentiment d'abandon, qu'il partage quotidiennement sur son compte X/Twitter⁴⁰. Il a été rejoint ou imité par d'autres groupes à La Villette, Pantin, Saint-Ouen, Strasbourg ou Lyon.

Le fait que ces collectifs soient composés de citoyens sans bénéfice personnel, sans financements, ni logique partisane témoigne d'un ressenti fort : celui d'une nuisance réelle, durable, et mal prise en compte par les politiques publiques.

2.4.2. Instances de décision et de concertation relatives aux HSA

À Paris, un comité de pilotage réunit, sous l'autorité de l'ARS, la municipalité, la MILDECA, la Préfecture de police, et l'association Gaïa (gestionnaire de la HSA). Cependant — et c'est un point structurant — les riverains n'y sont pas associés, ni même informés des décisions prises. Un comité de voisinage a été créé dès l'ouverture de la HSA, à l'initiative de la mairie du 10^e arrondissement, censé se réunir toutes les 6 à 8 semaines ; il comprend un collège habitants, incluant les associations de riverains,

⁴⁰ <https://x.com/LariboisiereGDN>

mais depuis 2020, il ne se réunit plus qu'au gré de l'agenda de la mairie, sans calendrier régulier, les deux dernières réunions étant espacées de plus de 3 années (mars 2021 et avril 2024)⁴¹.

À Strasbourg, un comité de pilotage est bien en place — co-organisé par la Ville, la Préfecture, l'ARS, la MILDECA et Ithaque — et se réunit au moins une fois par an. Toutefois, aucun comité de voisinage n'existe, en raison de l'implantation de la HSA en zone peu densément habitée.

Ce que cela révèle :

- À Paris, les processus participatifs peinent à inclure les riverains, suscitant un sentiment d'exclusion et d'impuissance.
- À Strasbourg, l'éloignement limite les conflits directs, mais l'absence de comité dédié empêche tout échange formel avec les habitants.
- Dans les deux cas, les comités de pilotage manquent de transparence locale et de concertation effective, en particulier dans les zones où les nuisances sont ressenties.

2.4.3. Une critique institutionnelle croissante : l'alerte de la Cour des comptes

Dans son bilan 2023 du Plan Crack, la Cour des comptes formule un constat sans équivoque : « *La coordination des acteurs publics (préfecture de région Île-de-France Ville de Paris, ARS, préfecture de police, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Parquet de Paris) et des opérateurs associatifs doit être relancée* » (Cour des comptes, 2021). Autrement dit, le cloisonnement entre les logiques sanitaires (portées par l'État et les ARS) et les logiques sécuritaires (portées par la préfecture et les mairies) empêche toute action globale cohérente. Les HSA, même bien conçues, ne peuvent compenser l'absence d'un cadre interinstitutionnel intégratif, ni résoudre seules les tensions urbaines induites par une présence massive et désorganisée de consommateurs en situation de grande précarité.

Et rien que sur le plan sanitaire, un décroisement apparaît également nécessaire selon la Cour des comptes qui fustigeait récemment le manque de coordination entre les CAARUD et les CSAPA, dispositifs historiques de prise en charge des personnes souffrant d'addiction : « *Certaines de ces structures dépendent d'établissements de santé, d'autres sont gérées par des associations. Chacune a son fonctionnement propre, sans que le lien avec la médecine de ville et le secteur hospitalier fasse toujours l'objet d'un protocole. De même, l'absence de système d'information partagé fait qu'il n'est pas toujours possible d'assurer le suivi des patients entre établissements médico-sociaux et*

⁴¹ https://cdn.paris.fr/paris/2024/12/26/cr_comite-de-voisinage-ma10_23042024-k0zr.pdf

hospitaliers, ce qui peut créer des ruptures dans le parcours de soin » (Cour des comptes, 2025).

2.5. Conclusion : efficacité contestée et incompatibilité avec les quartiers habités

Il existe aujourd'hui deux HSA en France, l'une située à Paris et l'autre à Strasbourg. Celle de Strasbourg est implantée au bord d'un canal, à l'écart des habitations, contrairement à celle de Paris qui se trouve dans un quartier habité du 10ème arrondissement. Elles se distinguent aussi par leurs activités, la salle de Strasbourg ayant mis l'accent sur des activités de socialisation et disposant de lits de repos. Enfin, les types de drogues consommées et leur répartition y sont aussi assez distinctes. Si la flexibilité dans la réalisation de ces espaces et de leurs objectifs de terrain est souhaitable pour correspondre à des contraintes différents selon leur localisation, le fait qu'un tel choix soit à l'appréciation des municipalités présente un risque d'inadéquation à des objectifs de santé publique dont la mise en oeuvre nécessite une compétence que l'on trouve rarement au sein d'une équipe municipale, pouvant conduire à des échecs d'implantation comme pour la salle de Paris qui est en proie à de nombreux incidents dans l'espace public.

En effet, aux abords de la salle de Paris, les troubles à l'ordre public sont nombreux, documentés, et diffusés de longue date par le collectif des riverains du quartier Gare du Nord - Lariboisière, qui représente les voisins les plus proches de la HSA, pour certains vivant en face de la salle ou dans les rues immédiatement adjacentes. Les interpellations des pouvoirs publics par ce collectif, qui sont constantes dans la durée depuis la création de cette salle, ont largement été ignorées ou minimisées dans les rapports d'évaluation de la HSA. Pourtant, les faits suivants ont régulièrement été rapportés, photographiés, et filmés aux abords de la HSA de Paris : trafics de stupéfiants dans la rue, voire même devant le portail de la HSA ; des toxicomanes s'injectant ou fumant des produits stupéfiants en pleine rue, à l'entrée du parking sous-terrain, ou encore dans des véhicules aux abords de la HSA ; des agressions de la part de toxicomanes qui ont perdu tout discernement et menacent directement les riverains ou commettent des vols pour acheter de la drogue ; des bagarres entre toxicomanes, dont certains faisant usage d'armes blanches, et impliquant parfois des trafiquants ; présence de quantités considérables de seringues et autres déchets d'injection dans la rue, dans la grille du parking sous-terrain, dans la sanisette proche de la salle de consommation qui se trouve dans un état de saleté et d'insalubrité constant, et dans certains halls d'immeubles.

Ces constats démontrent qu'une HSA, lorsqu'elle est implantée au cœur d'un quartier densément habité, génère inévitablement des nuisances, des troubles et des risques pour les riverains, sans parvenir à contenir les phénomènes liés à l'addiction. À l'inverse, une implantation en zone isolée, à distance raisonnable des habitations, pourrait limiter ces effets et préserver la tranquillité publique. Il apparaît donc clairement que les HSA ne

sont pas compatibles avec des environnements résidentiels, où elles mettent directement en tension la vie quotidienne des habitants, la sécurité du voisinage et en particulier des femmes, jeunes filles et enfants, et la cohésion sociale des quartiers.

3. Une nécessaire réorientation : vers une politique publique centrée sur le sevrage

3.1 Sortir de l'impasse de la stabilisation permanente

Les HSA illustrent les limites d'une politique de réduction des risques figée dans le temps. Conçues comme une étape transitoire vers le soin, elles sont devenues une fin en soi, sans ambition thérapeutique ni stratégie de sortie. Le maintien d'un modèle uniquement centré sur la consommation encadrée revient à institutionnaliser l'addiction. Pour relever les défis contemporains, une nouvelle orientation est indispensable : une politique publique centrée sur le sevrage, l'accompagnement psychologique et la réinsertion.

3.2 Propositions pour une nouvelle politique de santé publique

Ce rapport étant conçu avant tout pour établir le bilan de la HSA, il n'est pas question ici de formuler des propositions opérationnelles pour la HSA de demain ou le dispositif qui lui succédera, mais de poser les jalons de certains changements qui apparaissent comme étant nécessaire sur la base du constat qui a été fait. Des propositions plus étayées pourront le cas échéant être réalisées à cet effet dans l'hypothèse où le ministère de la santé et le législateur s'entendraient pour entreprendre une telle réforme.

3.2.1. Un message clair de fermeté vis-à-vis des drogues

En tout état de cause, et même si elle relève moins de l'action du ministère de la santé que de ceux de l'intérieur et de l'éducation nationale, la question de la sensibilisation aux dangers de la drogue est un point essentiel de l'action publique qui semble aujourd'hui assez largement oublié. Certains commentateurs en marge de la rédaction de ce rapport nous ont fait observer que la France avait, au travers de ses médias, de sa culture audiovisuelle, et tant dans l'espace public que dans la sphère privée, laissé se diffuser une forme de normalisation, voire même de banalisation de l'usage de drogues.

Dans tous les milieux sociaux, professionnels, et même dans le cadre de l'éducation nationale et de la formation des diplômés de l'enseignement supérieur, la prise de drogues fait partie du quotidien, observée aux portes des établissements scolaires et parfois même dans leurs enceintes. On assiste à une forme d'abandon de la lutte contre la drogue dans le discours, comme si une telle rhétorique était devenue ringarde. Or ce qui a fonctionné avec la prévention routière ou avec la lutte contre le tabac doit revenir

au premier plan dans la lutte contre la toxicomanie. La politique de santé publique ne peut pas fonctionner si elle est en dissonance avec les messages communiqués au travers de l'éducation nationale à tous les âges, de la justice et de la sécurité intérieure. Des campagnes de communication nationales, à l'instar de celles menées contre le tabagisme ou l'alcool au volant, doivent sensibiliser le grand public aux dangers de la cocaïne, des cannabinoïdes pseudo-légaux, du protoxyde d'azote, mais aussi de la 3-MMC, du crack et des nouvelles drogues de synthèse.

3.2.2. Une politique de prévention universelle et précoce

Parce que l'on sait que de nombreux consommateurs viennent à la drogue pour pallier un manque affectif ou social, que nombre d'entre eux souffrent de troubles psychologiques voire psychiatriques, il existe des axes de prévention possibles, et ce dès le plus jeune âge. La prévention doit être « plus ambitieuse et mieux coordonnée » (Cour des comptes, 2025) et commencer dès l'école primaire, avec des interventions mettant en avant les effets neurologiques et sociaux de la consommation. Les familles, les éducateurs et les professionnels de l'enseignement et de la santé doivent être formés à repérer les signaux faibles, et à orienter vers des spécialistes qui sauront établir un diagnostic et organiser une prise en charge qui pourra être salutaire pour l'avenir de l'enfant.

3.2.3. Un parcours de soin structuré, cohérent et orienté vers le sevrage

La relation HSA/CAARUD avec CSAPA doit être repensée comme un ensemble fluide comme proposé dans le rapport Vaivre-Douret (2022), articulé en coordination avec :

- des unités mobiles d'incitation au sevrage et d'accompagnement vers le soin (UMISAS),
- des centres de sevrage fermés ou encadrés,
- des dispositifs post-cure (ex. : méthode Minnesota),
- un accompagnement psychosocial prolongé.

3.2.4. Une réinsertion durable

L'addiction ne peut être traitée sans projet de vie. Cela implique un accès prioritaire au logement sous conditions de traitement de l'addiction, des ateliers d'insertion, un suivi social et psychologique sur la durée.

Sur la question du logement, les initiatives actuelles ne semblent pas avoir totalement pris la mesure du problème de la dépendance et des étapes nécessaires à franchir avant d'en arriver au stade d'une réinsertion sociale possible. En 4 ans, le nombre de chambres d'hôtels alloués gratuitement et sans contrepartie aux consommateurs de crack grâce au dispositif ASSORE est passé de 200 à 610, avec un plafond de coût

journalier à 42 euros (Préfecture de la Région Île-de-France, 2019)⁴² soit 15 330 €/an par personne (hors places d'ACT, financées séparément par l'ARS), portant le budget global du dispositif à près de 9,35 millions d'euros par an (Préfecture de la Région Île-de-France, 2023)⁴³. Comme à San Francisco avec le programme « Housing First » sur lequel il est calqué, ce principe d'hébergement inconditionnel a des effets assez modérés puisqu'il conduirait à un sevrage effectif de 19% des consommateurs bénéficiant d'un suivi médico-social très lourd, chiffre qui non seulement ne nous dit rien du taux de rechute à 3, 6 ou 12 mois, et qui surtout, malgré un coût élevé, est nettement inférieur aux résultats observés dans les logements de rétablissement (37%) et encore davantage lorsqu'ils sont combinés à des thérapies de renforcement (50%) (Vilsaint et al., 2025)⁴⁴. Si l'initiative ASSORE semble de prime abord aller dans le bon sens, ses résultats et la rentabilité sanitaire des fonds engagés pourraient être considérablement améliorés si la perspective d'accès à un logement pérenne devenait un outil de persuasion à l'entrée et au maintien dans une démarche de rétablissement.

3.4. Pistes d'actions à court et moyen terme

3.4.1 Stratégie de transformation à court terme

3.4.1.1. Implantation des HSA hors des zones habitées

Parce que ces dispositifs ont fait la démonstration de leur incompatibilité avec les zones habitées, il convient d'identifier les meilleurs lieux d'implantation pour limiter au maximum les nuisances et les tensions sécuritaires, tout en s'assurant d'un accès facilité par la présence de transports en commun et en étendant l'accès aux soins pour les consommateurs grâce à des dispositifs mobiles de proximité.

La proposition de délocalisation partielle ou totale des HSA vers des zones moins peuplées et moins exposées ne vise ni à stigmatiser les personnes toxicomanes, ni à nier leur droit aux soins. Elle répond à un impératif de coexistence équilibrée entre les dispositifs sanitaires et la vie des quartiers qui n'ont pas à souffrir de leur proximité.

Depuis l'ouverture des premières structures à Paris, les tensions sont récurrentes : concentration de consommateurs en errance, reconstitution de trafics, insécurité quotidienne pour les riverains, saturation des équipements publics, dégradation de l'environnement urbain. Ces effets collatéraux sont massivement documentés par les collectifs de riverains, la Cour des comptes, et les rapports de la préfecture de police. Les scènes ouvertes se déplacent autour des structures mais ne disparaissent pas, créant une impression d'abandon pour les habitants des quartiers populaires concernés.

⁴² <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/ile-de-france/content/download/60281/396404/file/annexe-1.pdf>

⁴³ <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/ile-de-france/Actualites/Point-d-etape-sur-la-lutte-contre-le-crack-a-Paris>

⁴⁴ <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1506412/full>

Il s'agit donc non pas d'exclure les consommateurs, mais de reconnaître leur capacité de mobilité réelle : la majorité des personnes accueillies en HSA sont déjà en errance, souvent sans domicile fixe, et prêtes à se déplacer pour accéder à un service qu'elles jugent utile. L'idée n'est donc pas de les éloigner de force, mais d'implanter les structures dans des zones plus adaptées, moins densément peuplées, dotées de conditions d'accueil encadrées, sécurisées, et assorties d'un accompagnement social renforcé.

Pour offrir un accès au soin équitable malgré l'éloignement, la mesure doit être couplée à :

- la création ou le renforcement d'équipes mobiles (maraudes psycho-médico-sociales),
- des dispositifs de navettes médicalisées ou sociales pour accompagner les consommateurs vers les centres d'accueil et de consommation,
- la présence d'équipes pluridisciplinaires "d'aller-vers" et "d'amener vers", capables d'intervenir sur le terrain et de maintenir le lien avec les populations les plus précaires ou qui ne font pas le premier pas vers le sevrage.

Cette proposition ne repose évidemment pas sur une logique d'exclusion, mais sur un principe de justice territoriale : préserver la qualité de vie des habitants, en particulier dans les quartiers déjà fragilisés, tout en maintenant l'accès aux soins pour les consommateurs, dans un cadre plus serein, plus sécurisé, et plus cohérent.

Elle s'inscrit dans une approche équilibrée de la santé publique, où le droit au soin ne se fait pas au détriment du droit à la sécurité et à la tranquillité des autres citoyens. Refuser cette réflexion au nom d'un angélisme idéologique reviendrait à abandonner à la fois les consommateurs et les habitants, dans un statu quo insoutenable.

3.4.1.2. Encadrement strict de la distribution de matériel de RdR

On doit être en mesure de limiter la dispersion du matériel de réduction des risques (seringues, pipes, embouts) dans l'espace public, en responsabilisant les consommateurs à travers un système d'échange conditionné plutôt qu'une distribution gratuite et illimitée.

Depuis l'introduction des politiques de réduction des risques dans les années 1990, la distribution gratuite de seringues, kits d'injection ou d'inhalation a été un levier majeur de lutte contre les contaminations au VIH et au VHC. Toutefois, ce modèle, adapté à l'urgence sanitaire initiale, ne prend plus suffisamment en compte les enjeux environnementaux, sanitaires et sociaux liés à la dissémination massive de matériel usagé dans l'espace public.

De nombreux rapports (OFDT, Cour des comptes, collectivités locales) constatent que :

- une proportion importante du matériel distribué n'est pas récupérée avec un taux de non-restitution des seringues qui est parfois proche des 40 % (Duplessy, C., & Reynaud, E. G., 2009)⁴⁵ ;
- les seringues, pipes, filtres ou contenants sont jetés dans les rues, les squares, les halls d'immeuble, les cours d'école ;
- cette dispersion alimente un sentiment d'insécurité et de dégradation de l'espace public, en particulier dans les quartiers populaires.

Cette situation suscite une frustration croissante des habitants, et fragilise l'acceptabilité des dispositifs de RdR, y compris parmi ceux qui reconnaissent leur utilité sanitaire.

Pourquoi revenir à un système d'échange ? Face aux abus d'une logique de distribution gratuite illimitée, passer à un modèle d'échange conditionné (une seringue propre contre une usagée, un kit neuf contre un kit usagé rendu) permettrait :

- de responsabiliser les consommateurs sans les exclure,
- de réduire fortement les abandons sauvages dans l'espace public,
- d'encourager un comportement de retour, favorisant un lien régulier avec les structures,
- de renforcer la sécurité des équipes de nettoyage, des écoliers, des riverains, et des consommateurs eux-mêmes.

Ce modèle est déjà celui qui prévaut dans plusieurs pays (Suisse, Allemagne, Portugal), avec des effets tangibles sur la réduction de la pollution urbaine par le matériel usagé, sans rupture de lien sanitaire.

De plus, la gratuité totale rend le matériel perçu comme un objet sans valeur, facilement jetable. En réintroduisant une logique d'échange, on redonne une valeur d'usage et une fonction de responsabilisation, sans basculer dans la pénalisation ni dans la rupture de soins.

Il ne s'agit pas d'empêcher les consommateurs d'accéder au matériel stérile, mais de l'inscrire dans une démarche de retour, de dialogue et de soin. Cette mesure contribuerait également à mieux réguler la distribution, à éviter les détournements ou la revente, et à réduire les consommations de confort ou d'opportunité.

Ce changement de modèle ne vise pas à stigmatiser les consommateurs, mais à rechercher un équilibre entre la protection individuelle et l'intérêt collectif. Il s'inscrit dans une volonté de maintenir l'efficacité sanitaire des politiques de RdR, tout en protégeant

⁴⁵ https://www.safe.asso.fr/images/Documents/CDA_programme_%20automates_SAFE.pdf

les espaces de vie communs – cours d'école, halls d'immeubles, parcs publics – et en rendant ces politiques soutenables socialement.

3.4.1.3. Supervision renforcée de la distribution de méthadone

Pour éviter les détournements de la méthadone à des fins lucratives ou de revente, il est nécessaire de réaffirmer que son usage doit s'inscrire dans un cadre médical strictement encadré, tel qu'il est appliqué dans les hôpitaux et centres de soins spécialisés.

La méthadone, comme la buprénorphine (Subutex®), est un médicament de substitution destiné à réduire les consommations d'opiacés comme l'héroïne ou le fentanyl. Utilisée correctement, elle stabilise la dépendance, réduit les risques d'overdose, de contamination, et favorise l'insertion. Mais elle n'est pas sans danger car elle est considérée par le corps médical comme un opiacé majeur : en cas de surdosage, d'association à d'autres substances ou d'usage non encadré, la méthadone peut être mortelle.

En comparaison, la buprénorphine haut dosage (BHD) offre une bien plus grande sécurité, et le risque d'overdose est entièrement écarté lorsque la formulation prescrite est une association avec la naloxone.

Or, plusieurs signaux d'alerte préoccupants émergent sur le terrain :

- des reventes de méthadone dans l'espace public, parfois à la sortie même des structures médico-sociales (HSA, CAARUD, CSAPA) ;
- des surdoses accidentelles liées à un usage détourné par des non-consommateurs d'opiacés ;
- une utilisation secondaire de la méthadone comme “monnaie” d'échange dans les circuits de rue, en particulier pour acheter du crack ou de la cocaïne ;
- un flottement dans la délivrance, notamment dans les structures non médicalisées, où les protocoles sont inégalement appliqués.

C'est pourquoi il est nécessaire d'encadrer l'usage des produits de substitution comme à l'hôpital, par principe de précaution. Dans les services hospitaliers, la délivrance de méthadone doit être encadrée avec précision :

- prescription médicale stricte, après évaluation complète ;
- prise supervisée sur place, afin d'empêcher toute possibilité de revente ;
- traçabilité du produit délivré, dosage progressif, suivi clinique étroit.

Ce niveau de rigueur garantira ainsi la sécurité du patient, réduira les risques de mésusage et renforcera le lien thérapeutique. Dans certains dispositifs ambulatoires ou associatifs, la méthadone est parfois remise sans suivi suffisant, dans un climat

d'urgence sociale où les enjeux médicaux passent au second plan. Les contrôles doivent évoluer pour y mettre un terme.

Le respect du protocole médical doit redevenir la norme, quel que soit le lieu de délivrance, afin d'éviter les effets pervers d'un usage détourné.

Des études internationales, notamment au Royaume-Uni (Strang et al., 2010)⁴⁶ et au Canada (Reddon et al., 2018)⁴⁷ confirment que la libéralisation excessive de la délivrance de substituts augmente :

- la circulation illégale des médicaments en rue,
- le taux d'overdose chez des consommateurs non suivis,
- la perte de contrôle thérapeutique chez les patients déjà fragilisés.

Superviser la délivrance de méthadone ne signifie pas limiter l'accès au soin, mais au contraire :

- assurer un cadre stable, sécurisant, cohérent pour le patient,
- éviter les ruptures de traitement liées aux mésusages ou à des pertes de confiance,
- protéger les consommateurs eux-mêmes, notamment ceux qui ne maîtrisent pas encore leur consommation ou sont en errance.

Cela suppose :

- un retour à des protocoles clairs dans toutes les structures (HSA, CAARUD, CSAPA),
- une coordination étroite avec les pharmaciens et les prescripteurs,
- un accompagnement psychosocial systématique autour du traitement.

La méthadone n'est pas un simple produit de substitution : c'est un médicament puissant, qui nécessite une surveillance médicale continue. L'absence de contrôle met en danger non seulement les consommateurs, mais aussi leur entourage et l'équilibre des politiques publiques.

Encadrer sa distribution, c'est restaurer une rigueur thérapeutique, et renforcer l'efficacité des traitements de substitution comme étapes vers une véritable sortie de l'addiction.

3.4.1.4. Renforcement de la présence sécuritaire autour des structures

Il est nécessaire d'assurer la sécurité des consommateurs, des professionnels et des riverains, en empêchant la réappropriation des abords des HSA, CAARUD et CSAPA par les trafiquants, grâce à une présence coordonnée et visible des forces de l'ordre.

⁴⁶ <https://www.bmj.com/content/bmj/341/bmj.c4851.full.pdf>

⁴⁷ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5753607>

L'un des constats les plus récurrents sur le terrain est la reconstitution rapide et durable de micro-trafics à proximité immédiate des structures d'accueil des consommateurs de drogues, en particulier autour des HSA et des CAARUD. Ces structures, censées favoriser l'accès aux soins et la réduction des risques, deviennent souvent des zones de concentration involontaire de consommateurs, de revendeurs, et de scènes ouvertes, dès lors qu'elles ne sont pas soutenues par une présence sécuritaire adaptée.

Plusieurs problèmes ont été identifiés :

- Vente de drogues aux portes des centres (crack, héroïne, méthadone détournée),
- Installation durable de groupes organisés (guetteurs, revendeurs, recruteurs),
- Insécurité croissante pour les habitants, commerçants et passants,
- Renoncement de certains consommateurs au soin, dissuadés par l'environnement.

Ces phénomènes génèrent une triple impasse :

1. La perte de contrôle de l'espace public,
2. La perte d'efficacité des dispositifs de soin,
3. La rupture du lien social entre structures sanitaires et population locale.

Loin d'être antagonistes, les logiques de santé publique et de sécurité doivent être articulées dans une stratégie cohérente. Or, la Cour des comptes, dans son rapport sur le Plan Crack (Cour des Comptes, 2021), a dénoncé une absence chronique de coordination entre les services sanitaires et les forces de l'ordre. Les zones d'implantation des structures sont souvent laissées sans surveillance réelle, par crainte de « stigmatiser » ou de rompre le lien avec les consommateurs.

Cette approche est aujourd'hui contre-productive :

- Elle laisse le champ libre aux trafiquants, qui opèrent à quelques mètres des lieux de soin,
- Elle fragilise la démarche sanitaire, où la transformation des environs en place de marché de la drogue entre en contradiction avec la notion même de sortie d'addiction,
- Elle abandonne les riverains, qui subissent les conséquences directes sans réponse des pouvoirs publics.

Le renforcement de la présence policière ne doit pas être conçu uniquement comme une mesure de répression. Il s'agit aussi de :

- protéger les consommateurs vulnérables contre l'exploitation par les réseaux,
- sécuriser leur accès aux soins, en réduisant les risques d'agression ou de rechute provoquée par l'environnement,

- réaffirmer le caractère thérapeutique des lieux, et non leur banalisation comme “zones de tolérance”.

De nombreux soignants eux-mêmes demandent aujourd’hui une meilleure sécurisation des abords pour exercer leur mission sans mise en danger.

Dans les secteurs où les HSA ou les CAARUD sont implantés (La Villette, Stalingrad, Lariboisière, Strasbourg Meinau...), les riverains vivent au quotidien une cohabitation forcée avec des scènes de grande précarité et de violence sociale. La passivité sécuritaire actuelle alimente un profond sentiment d’abandon. Cela se traduit par :

- l’émergence de collectifs citoyens de vigilance,
- la montée des tensions entre habitants et structures sociales,
- un affaiblissement du soutien local aux politiques de santé publique.

Sans présence policière coordonnée, les structures perdent toute légitimité territoriale, et se retrouvent isolées, voire contestées par la population.

3.4.2. Stratégie de transformation à moyen terme

Cette stratégie s’inspire des constats cliniques et des recommandations formulées par la Professeure Laurence Vaivre-Douret dans son rapport remis à la Région Île-de-France en 2022. Elle vise à dépasser la gestion de crise pour structurer une politique cohérente de sortie de l’addiction. Le cœur de cette approche repose sur la coordination, la réactivité, et la visibilité des parcours vers le sevrage, la reconstruction et la réinsertion.

3.4.2.1. Fusion des HSA et CAARUD

L’expérience a montré que les HSA recoupent en grande partie le champ d’action des CAARUD, ce qui entraîne une dispersion des moyens et une fragmentation du parcours de prise en charge. Les deux dispositifs, censés constituer des portes d’entrée pour des publics toxicomanes, entretiennent en réalité une redondance et un cloisonnement préjudiciables à l’efficacité globale. Une fusion en un dispositif unique permettrait de créer un guichet centralisé donnant accès à l’ensemble des services nécessaires : soins infirmiers, réduction des risques, accompagnement psychologique, orientation vers les soins médicaux, services sociaux et, surtout, orientation systématique vers la sortie d’addiction. Les consommateurs bénéficieraient ainsi d’un suivi cohérent et continu au même endroit, dans un environnement qui leur permettrait une prise en charge la plus exhaustive possible.

Ce guichet unique aurait également l’avantage de mieux distinguer les publics. Les personnes socialisées, disposant d’un logement et d’un environnement stable, peuvent être orientées vers les CSAPA, avec des besoins spécifiques de suivi psychologique ou psychiatrique. À l’inverse, les toxicomanes en errance nécessitent une prise en charge

globale incluant soins médicaux, accompagnement social et cheminement vers le sevrage nécessiteraient une prise en charge adaptée, vers des lits médicalisés ou des communautés thérapeutiques offrant un logement et des perspectives de réinsertion. Les HSA, dans leur conception actuelle, ne répondent pleinement ni aux besoins des uns ni à ceux des autres, ce qui rend indispensable une réorganisation complète du dispositif.

Dans cette perspective, il convient de privilégier la création de centres plus grands et moins nombreux, plutôt que de multiplier de petites structures sous-dimensionnées. Des centres de taille significative permettraient de regrouper l'ensemble des services au même endroit, simplifiant ainsi l'accès pour les usagers et rendant leur suivi beaucoup plus fluide. Cette concentration des moyens offrirait un double bénéfice : pour les consommateurs, un accès facilité à l'ensemble des ressources sociales, médicales et psychologiques ; pour la collectivité, une meilleure efficacité globale, grâce à des équipes renforcées, des moyens mutualisés et une organisation rationalisée. De tels centres seraient également plus rentables, sur les plans économique, sanitaire et social, en réduisant les coûts de fonctionnement dispersés et en améliorant la coordination entre les services.

3.4.2.2. Créer un réseau intégré de prise en charge

Il faut dépasser le morcellement actuel entre HSA, CAARUD, CSAPA, hôpitaux, hébergements, psychiatrie, logement, justice et emploi. Les dispositifs ne culture commune pour mieux se comprendre, un réseau fluide et interopérable doit permettre :

- un accueil immédiat dès la demande exprimée,
- une prise en charge personnalisée et continue,
- une transition sans rupture jusqu'à la réinsertion avec un suivi en lien avec un référent afin d'éviter la rechute.

3.4.2.3. Déployer des unités mobiles actives jour et nuit

Les unités mobiles d'incitation au sevrage et d'accompagnement vers le soin (UMISAS) doivent "aller vers" les publics les plus éloignés. Composées d'équipes pluridisciplinaires, elles offriront :

- repérage en rue,
- approche spécifique pour motiver la demande de soin (professionnels formés à l'entretien motivationnel)
- premier dépistage sur place de l'état mental par des psychologues ou psychiatre pour mettre en évidence des troubles et symptômes en vue d'un diagnostic psychiatrique,
- proposition d'activités encadrées pour un début de décrochage,
- orientation graduée vers des structures de soins adaptées,

- orientation vers les centres d'accueil et de consommation à moindre risque en vue d'une éventuelle prise en charge vers une démarche de sortie d'addiction.

3.4.2.4. Ouvrir des centres d'accueil pluridisciplinaires permanents

Ces centres ouverts 24h/24 offriraient :

- accompagnement des consommations et réduction des risques,
- hébergement temporaire sécurisé,
- évaluation pluridisciplinaire,
- motivation à l'entrée dans un processus de sortie d'addiction,
- orientation rapide vers le soin.

3.4.2.5. Développer un accueil spécifique pour les femmes

Les femmes toxicomanes présentent des vulnérabilités particulières qui exigent une prise en charge adaptée. Elles sont souvent moins visibles dans les dispositifs actuels, alors même qu'elles cumulent des problématiques complexes : violences conjugales ou externes, précarité, isolement social, prostitution, troubles psychiatriques non pris en charge.

La maternité, en particulier, constitue une situation critique qui nécessite un accompagnement et une protection spécifique :

- Femmes enceintes : la consommation de drogues pendant la grossesse expose l'enfant à de graves risques (syndrome de sevrage néonatal, retard de croissance, malformations, prématurité et troubles du neurodéveloppement). Les dispositifs doivent intégrer des protocoles de suivi rapproché, associant obstétriciens, pédiatres et addictologues, avec un accès prioritaire aux cures adaptées. Des places doivent être réservées pour des sevrages encadrés en maternité spécialisée, garantissant à la fois la sécurité de la mère et du fœtus.
- Femmes venant d'accoucher : les premiers mois post-partum sont une période à haut risque pour la mère comme pour l'enfant, aggravée par la fatigue, la dépression post-partum ou la précarité matérielle. Il est indispensable de prévoir un suivi psychologique et médical renforcé, avec possibilité d'hébergement mère-enfant sécurisé pour éviter toute séparation traumatique lorsque la protection de l'enfant n'est pas compromise.
- Mères de très jeunes enfants : l'accès à des dispositifs souples est nécessaire pour permettre aux femmes de s'engager dans un parcours de soins sans craindre de perdre le lien avec leur enfant. Les équipes doivent être formées à travailler avec les services sociaux de l'enfance et à la prévention de la maltraitance.

Un espace réservé aux femmes au sein des centres permettrait également de les protéger d'un environnement souvent dominé par des hommes, où elles peuvent subir pression, exploitation ou violences. Cet espace doit offrir sécurité, confidentialité et un climat de confiance propice à l'expression des difficultés spécifiques.

3.4.2.6. Former tous les professionnels aux addictions et au sevrage

Les soignants, éducateurs, forces de l'ordre, magistrats, travailleurs sociaux doivent être formés :

- à comprendre l'addiction dans sa complexité et ses effets délétères,
- à travailler en réseau intersectoriel,
- à expliquer les étapes et les ressources du sevrage.

3.4.2.7. Informer et sensibiliser le public sans stigmatiser

Une campagne nationale d'information et de prévention s'impose, avec :

- dénonciation claire des dangers des drogues,
- valorisation des parcours de sortie,
- orientation concrète vers les aides disponibles. Des actions ciblées en milieu scolaire (primaire, collège, lycée), incluant témoignages et ressources numériques, sont nécessaires.

3.4.2.8. Créer des lieux de réinsertion et de reconstruction sociale

Pour consolider la sortie de l'addiction, il faut développer :

- le fléchage vers les lits d'hôpitaux pour les prises en charge les plus exigeantes,
- les communautés thérapeutiques, loin des contextes de toxicomanie,
- les chantiers d'insertion pour se reconstruire socialement et retrouver son autonomie.

L'objectif est l'alliance thérapeutique afin de faire adhérer le toxicomane à sortir du cycle de la dépendance, de reconstruire l'estime de soi, de retrouver du lien social afin de sortir durablement de son addiction. On privilégiera les prises en charges hospitalières pour les cas les plus sévères, et développera autant que possible l'approche communautaire, basée sur le modèle de Minnesota, notamment pour les post-cures. Compte tenu de leur efficacité limitée, les sevrages ambulatoires en CSAPA doivent être limités aux personnes socialement intégrées, bénéficiant d'un cadre familial stable et d'un profil psychologique favorable pour limiter le risque de rechute.

3.4.2.9. Instaurer un observatoire indépendant d'évaluation et de contrôle

Une instance pluridisciplinaire devra :

- réaliser des contrôles réguliers des établissements médico-sociaux pour s'assurer que le cahier des charges est respecté et la mission de service public réalisée dans le respect de la neutralité qu'elle exige et sans militantisme,
- collecter des données sanitaires, sociales, économiques,
- évaluer l'impact réel des dispositifs,
- proposer des ajustements sur la base de données probantes.

Cet observatoire devra impliquer les chercheurs, professionnels de terrain et consommateurs.

3.5 Mise en œuvre stratégique : gouvernance, financement et évaluation

La réussite d'une transformation structurelle de la politique des addictions, centrée sur le sevrage, la réinsertion et la protection de l'espace public sans négliger les mesures de prévention, repose sur des fondations solides en matière de gouvernance, de financement et d'évaluation. Aujourd'hui, les dispositifs de réduction des risques, bien qu'ayant joué un rôle clé dans la réponse à l'épidémie de VIH, s'inscrivent dans un pilotage institutionnel fragmenté, sans logique de performance ni perspective de sortie de l'addiction.

Il est désormais impératif de reprendre le pilotage stratégique de ces politiques, à travers une gouvernance interministérielle, des financements ciblés, des indicateurs d'impact objectifs, et un système d'audit transparent sur une culture commune.

3.5.1. Revisiter le budget alloué aux dispositifs de RdR et aux HSA

Les dispositifs de RdR mobilisent plusieurs centaines de millions d'euros par an. Or, les résultats en matière de sortie d'addiction sont souvent faibles. Il est donc proposé de :

- réorienter une partie des financements vers des structures centrées sur le soin, le sevrage et l'hébergement thérapeutique ;
- conditionner certains financements à l'atteinte d'objectifs qualitatifs et quantitatifs ;
- associer les collectivités locales aux décisions budgétaires.

3.5.2. Mettre en place une instance de coordination interministérielle

La gestion de l'addiction doit intégrer :

- Santé (pilotage médico-social),
- Intérieur (régulation de l'espace public),
- Justice (articulation avec sanctions et accompagnement judiciaire),

- Éducation (prévention précoce).

Coordonnée par la MILDECA, une instance nationale permanente réunissant ministères, élus, experts, associations de consommateurs serait chargée de :

- valider les orientations annuelles,
- suivre l'évaluation des mesures,
- proposer des ajustements.

3.5.3. Développer des indicateurs clairs et fiables pour l'évaluation

Il est essentiel de passer d'une logique d'activité à une logique d'impact, et en particulier s'agissant du sevrage et de la sortie d'addiction qui doivent être la finalité de cette politique. Parmi les indicateurs à suivre :

- taux de rechute à 3, 6, 12, 18 et 24 mois, et à chaque étape (sevrage, post-cure, réinsertion, etc.),
- taux de réinsertion (logement, emploi, soins),
- suivi des overdoses et des décès par overdose, incluant :
 - la substance consommée ayant conduit à l'overdose
 - le lieu et le contexte où s'est produite une overdose, avec ou sans fatalité
 - l'information du suivi ou non en centre d'accueil de la victime d'overdose
- nombre de plaintes de riverains pour agression, trafic de drogue, etc.,
- satisfaction des consommateurs et professionnels.

Les données devront être collectées par des organismes indépendants, analysées en toute transparence et publiées chaque année.

3.5.4. Prévoir un plan d'audit et de réajustement annuel

Il est proposé :

- un audit annuel (Cour des comptes ou autorité désignée),
- des rapports terrain (société civile, associations, collectivités),
- un réajustement budgétaire et stratégique régulier.

Ce système vise à faire émerger une culture de la redevabilité publique et de l'amélioration continue.

Gouverner les politiques d'addiction implique d'assumer une vision claire de la sortie d'addiction comme objectif collectif, et non comme horizon abstrait ou incertain.

CONCLUSION

L'expérimentation des Haltes Soins Addictions (HSA), initiée en 2016 et prolongée jusqu'en 2025, avait pour ambition de répondre aux enjeux sanitaires liés à la toxicomanie en France. Si ce dispositif a permis de réduire certains risques immédiats – overdoses, contaminations infectieuses – son bilan global reste profondément contrasté et, à bien des égards, préoccupant.

En premier lieu, les HSA n'ont pas su remplir une mission centrale de santé publique : la sortie durable de l'addiction. Les évaluations montrent que seuls 5 % des usagers sont « orientés » vers le sevrage, sans suivi chiffré sur l'entrée en cure, le maintien ni l'abstinence. Autrement dit, la réduction des risques, pensée comme un outil transitoire, s'est muée en un modèle de gestion chronique de la dépendance, qui entretient mécaniquement une toxicomanie de rue, avec ses drames humains et son coût social considérable.

Sur le plan économique, l'argument d'une rentabilité médico-sanitaire ne résiste pas à l'examen. Les économies théoriques sur les hospitalisations (≈11 M€ en 10 ans) sont dérisoires comparées aux coûts directs de fonctionnement (≈50 M€), sans compter les charges indirectes supportées par la collectivité : sécurisation policière, hébergements d'urgence, nettoyage urbain, perte de valeur immobilière pour les riverains. À Paris, ces externalités atteignent presque le budget annuel déclaré de la structure. En pratique, le dispositif se révèle être un puits budgétaire sans perspective thérapeutique durable.

Sur le plan social et sécuritaire, les constats sont tout aussi alarmants. Les zones d'immunité pénale implicite autour des HSA attirent trafiquants et usagers, alimentant des scènes ouvertes de consommation et des tensions croissantes avec les habitants. Là où Strasbourg, grâce à un site éloigné des habitations, a limité les nuisances, Paris illustre l'échec d'une implantation en quartier dense : insécurité, seringues dans l'espace public, violences liées aux trafics. Les riverains ont multiplié les alertes, souvent ignorées dans les rapports officiels.

Enfin, les expériences internationales confirment ces limites : aux États-Unis, au Canada ou au Portugal, les politiques centrées exclusivement sur la réduction des risques ont montré leurs dérives lorsqu'elles n'étaient pas articulées à une stratégie forte de sevrage et de réinsertion. Le modèle suisse, longtemps cité en exemple, repose sur une politique équilibrée des « quatre piliers », où le soin intensif et la répression ciblée complètent la prévention et la réduction des risques. La France, en affaiblissant ses piliers thérapeutique et répressif, s'est engagée dans une impasse.

Dès lors, l'heure n'est plus à la prolongation automatique de l'expérimentation, mais à une réorientation profonde. Les constats de terrain comme les données scientifiques

convergent vers une évidence : les HSA, dans leur conception actuelle, ne peuvent constituer un modèle pérenne.

L'avenir doit être pensé autour de trois priorités :

1. Recentrer l'action sur la sortie d'addiction : orientation systématique vers le sevrage au moyen notamment d'équipes mobiles formées à l'addictologie, mise à disposition de lits médicalisés, fluidité du parcours de post-cure, suivi individualisé et mesure de l'abstinence durable comme indicateur principal de réussite.
2. Garantir un cadre urbain compatible avec la tranquillité publique : implantation hors des zones résidentielles, sécurisation policière stricte autour des centres, lutte déterminée contre les trafics.
3. Construire un modèle intégré et contrôlé : fusion des dispositifs dispersés (CAARUD, HSA), gouvernance sous supervision d'experts indépendants, adoption d'une charte de neutralité pour protéger les structures médico-sociales de toute dérive militante.

La France doit sortir d'une logique de gestion chronique de la dépendance pour renouer avec une politique de santé publique ambitieuse, où chaque toxicomane est considéré non comme un consommateur « stabilisé », mais comme un patient en droit d'espérer une vie libérée de l'addiction. Seule une telle réorientation, articulant soin, prévention, réinsertion et sécurité, permettra de rompre le cercle vicieux de la toxicomanie de rue et de restaurer la confiance des citoyens dans l'action publique.

REFERENCES

Rapports de référence :

- Assemblée nationale (2021). *Mission flash sur les salles de consommation à moindre risque*.
<https://www2.assemblee-nationale.fr/15/commissions-permanentes/commission-des-affaires-sociales/secretariat/missions-flash/mission-flash-sur-les-salles-de-consommation-a-moindre-risque>
- Center on Drug Policy Evaluation (2024). *Supervised Consumption Services in Ontario : Evidence and Recommendations*.
<https://cdpe.org/wp-content/uploads/2024/11/CDPE-SCS-Toronto-Nov-2024-.pdf>
- Cour des comptes (2021). *Audit flash : La mise en œuvre du Plan Crack à Paris*.
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-mise-en-oeuvre-du-plan-crack-paris>
- Fondation Jean Jaurès (2025). *De la guerre contre les drogues à une politique de réduction des risques*.
<https://www.jean-jaures.org/publication/de-la-guerre-contre-les-drogues-a-une-politique-de-reduction-des-risques-les-lecons-de-ce-qu'il-faut-cesser-dappeler-les-salles-de-shoot>
- Hospices civils de Lyon (2025). *Évaluation des Haltes Soins Addictions*.
<https://www.drogues.gouv.fr/evaluation-des-haltes-soins-addictions-hsa>
- Inspection générale de l'administration (IGA) et Inspection générale des affaires sociales (IGAS). (2024). *Rapport d'inspection sur les haltes soins addictions*.
<https://www.lemediasocial.fr/hulkStatic/EL/ELI/2024/12/f9877cd97-4988-4fdd-9931-3bc32dc7ef83/sharp /ANX/2024-036r-hsa43.pdf>
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). (2021). *Recherche sociologique sur l'impact de la salle de consommation à moindre risque sur la tranquillité publique et son acceptabilité sociale*.
<https://www.inserm.fr/rapport/salles-de-consommation-a-moindre-risque-rapport-scientifique-mai-2021/>
- Vaivre-Douret, L. (2022). *Rapport de mission sur l'état des lieux sur la toxicomanie au Crack et plan d'action, Île-de-France*. Saint-Ouen : Rapport remis à la Région Île-de-France.
- Vaivre-Douret, L. (2023). *La toxicomanie au crack en Île-de-France : Etat des lieux, recommandations et plan d'action*. Paris : Éditions L'Harmattan. ISBN 978-2-14-033514-3.
<https://www.editions-harmattan.fr/catalogue/livre/la-toxicomanie-au-crack-en-ile-de-france/1700>

Autres rapports et articles de recherche :

- Agence régionale de santé Île-de-France (ARS Île-de-France). (2025). *Surdose de substances psychoactives : comment adopter les bons réflexes ?*
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/surdose-de-substances-psychoactives-comment-adopter-les-bons-reflexes>
- British Columbia Coroners Service (2024). *More than 2 500 lives lost to toxic drugs in 2023. BC Coroners Service Death Review Panel. Government of British Columbia.*
<https://news.gov.bc.ca/releases/2024PSSG0001-000069>
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., Barrio, G., García de Olalla, P., & de la Fuente, L. (2005). *Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and AIDS in a cohort of heroin users in Spain.* *Addiction*, 100(7), 981-989.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01089.x>
- City of Baltimore Mayor's Office of Overdose Response (2025). *Overdose Response Strategic Plan 2025-2027. Baltimore City Health Department.*
<https://health.baltimorecity.gov/sites/default/files/bcmoor-strategic-plan-0725b.pdf>
- Cour des comptes. (2025). *Les addictions des jeunes aux drogues illicites et à l'alcool : Rapport public annuel 2025 — Volume 2.* Paris : Cour des comptes.
<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-03/20250319-RPA-2025-addictions-des-jeunes-aux-drogues-illicites-et-alcool.pdf>
- Duplessy, C., & Reynaud, E. G. (2009). *Programme d'automates d'échange : CDA programme automates SAFE. Association SAFE.*
https://www.safe.asso.fr/images/Documents/CDA_programme_%20automates_SAFE.pdf
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). *Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation.* *JAMA*, 284(13), 1689-1695.
<https://doi.org/10.1001/jama.284.13.1689>
- New York City Department of Health and Mental Hygiene (2024). *Unintentional drug poisoning (overdose) deaths in New York City in 2023 – Epi Data Brief No. 142.*
<https://www.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/epi/databrief142.pdf>
- Préfecture de la Région Île-de-France (2019). *Cahier des charges relatif à la création d'Unités d'Hébergement Spécialisé (UHS) pour usagers de crack et poly-consommateurs en errance.*
<https://www.prefectures-regions.gouv.fr/ile-de-france/content/download/60281/396404/file/annexe-1.pdf>
- Préfecture de la Région Île-de-France (2023). *Point d'étape sur la lutte contre le crack à Paris.*
<https://www.prefectures-regions.gouv.fr/ile-de-france/Actualites/Point-d-etape-sur-la-lutte-contre-le-crack-a-Paris>

- Reddon, H., Ho, J., DeBeck, K., Milloy, M.-J., Liu, Y., Dong, H., Ahamad, K., Wood, E., Kerr, T. & Hayashi, K. (2018). *Increasing diversion of methadone in Vancouver, Canada, 2005–2015. Journal of Substance Abuse Treatment*, 85, 10–16.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.11.010>
- Sénat. (2021). *Politique d'hébergement d'urgence : rapport d'information n° 632 (2020-2021) de M. Philippe Dallier, fait au nom de la commission des finances.*
<https://www.senat.fr/rap/r20-632/r20-6326.html>
- Strang, J., Hall, W., Hickman, M., & Bird, S. M. (2010). *Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland. BMJ*, 341, c4851.
<https://doi.org/10.1136/bmj.c4851>
- Vaivre-Douret, L., & Gaucher, S. (2023). *Crack : état de la situation vers des recommandations et un plan d'action issus du rapport rendu à la Région Île-de-France. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 207(5), 626–635.
<https://doi.org/10.1016/j.banm.2023.03.004>
- Vafaie, N., & Kober, H. (2022). *Association of drug cues and craving with drug use and relapse: A systematic review and meta-analysis. JAMA Psychiatry*, 79(7), 641-650.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1240>
- Vilsaint, C. L., Tansey, A. G., Hennessy, E. A., Eddie, D., Hoffman, L. A., & Kelly, J. F. (2025). *Recovery housing for substance use disorder: a systematic review. Frontiers in Public Health*, 13, 1506412.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1506412>

ANNEXE 1 – Article du Point du 28/10/2016

Société

P. Première controverse après l'ouverture de la salle de shoot à Paris

Le procureur de Paris François Molins a édicté une note autorisant le port de drogue dans et autour de la salle de shoot. Une circulaire jugée inapplicable.

Par Aziz Zemouri

Publié le 28/10/2016 à 06h18



L'espace Gaïa, première « salle de shoot » de la capitale, rue Ambroise-Paré, dans le 10e arrondissement. © Nicolas TAVERNIER/REA

Temps de lecture :
2 min



Selon la justice, ce n'est qu'une coïncidence. Mais, pour la police, c'est le premier incident lié à la salle de shoot ouverte le 17 octobre à l'hôpital Lariboisière, dans le 10e arrondissement de Paris. Le jour même de son inauguration, un homme d'une trentaine d'années est victime d'un arrêt cardiaque engageant son pronostic vital. Appelés, les pompiers constatent que ce Polonais qui s'exprime mal en français se comporte comme un toxicomane. Avant de s'écrouler, il s'est montré très agressif, selon les différents rapports consultés par *Le Point*, nécessitant l'intervention de la police du secteur. D'après les gardiens de la paix, l'homme a expliqué sortir de la salle de shoot. Et ils ont constaté que ses pupilles étaient dilatées. "Son comportement ne relève pas d'une ivresse", assure l'un d'eux. "L'enquête a progressé et elle continue, affirme de son côté le parquet de Paris. La consultation de la vidéosurveillance indique que ce monsieur n'est ni entré ni sorti de la salle de shoot."



© DR

C'est que, pour le procureur de la République François Molins, le sujet est extrêmement sensible. Il vient d'édicter une note - que *Le Point* s'est procurée - sur l'immunité pénale à l'intérieur de la salle de consommation à moindre risque (SCMR), mais également dans les rues environnantes. Dans cette zone, tout porteur de drogue sur la voie publique, avec un maximum de 2 grammes de cocaïne ou de 2 grammes d'héroïne, ne sera plus passible de poursuites pénales. En revanche, la revente continue d'être illégale et réprimée. "Nos collègues sur le terrain, notamment les brigades anticriminalité, ne peuvent pas travailler sereinement sur ce secteur", s'insurge Yvan Assioma, du syndicat majoritaire Alliance, pour qui cette circulaire est inapplicable : "Pour arriver dans le périmètre autour de l'hôpital Lariboisière, il faut bien transporter la drogue d'une zone où la loi s'applique, non ?" Se sentant paralysée, la police risque d'intervenir avec parcimonie. Au risque de favoriser le deal aux abords de la salle de shoot ?

Les mots-clés associés à cet article

François Molins

Paris

ANNEXE 2 – Article du SF Chronicle du 31/03/2025

La réduction des risques a-t-elle encore un avenir à San Francisco ?

Par **Keith Humphreys**

31 mars 2025



Kenneth Winlund tient une boîte de Narcan du Post Overdose Engagement sur Willow Street à San Francisco en 2023. « La roue du hamster du narcan et des fournitures sûres ne fonctionne pas », dit un responsable de la ville.
Lea Suzuki/La Chronique

Alors que l'administration du maire Daniel Lurie appelle à mettre fin à la distribution de fournitures pour fumer du fentanyl sur les trottoirs de la ville, certains se demandent si les stratégies de

réduction des méfaits devraient continuer à jouer un rôle dans la réponse de San Francisco à la toxicomanie.

Ils devraient certainement le faire, tant que certaines réalités critiques sont gardées à l'esprit.

Premièrement, la réduction des méfaits est une stratégie de santé totale de la population, ce qui signifie qu'elle est censée s'assurer que le bien-être de chacun compte. Parce que la toxicomanie est une maladie profondément stigmatisée, dans de nombreux endroits que je visite, je dois rappeler aux gens que « tout le monde » comprend les personnes qui consomment de la drogue et que leur vie et leur santé ont de la valeur.

Mais à San Francisco, je dois souvent rappeler aux défenseurs de la réduction des risques que les personnes qui ne consomment pas de drogues comptent aussi.

Imaginez une personne qui commence à s'asseoir devant un café tous les jours en utilisant du fentanyl et de la méthamphétamine et en criant sur les passants. Les clients commencent à éviter le café, ce qui les prive de moments potentiellement réparateurs de connexion humaine dans leurs journées stressantes. Pendant ce temps, la santé mentale de la propriétaire du café se détériore alors qu'elle perd le revenu nécessaire pour employer son personnel et doit le licencier, ce qui aggrave leur vie. Les parents qui emmènent leurs enfants à l'école doivent traverser la rue dans la circulation pour éviter la personne qui consomme de la drogue et calmer les peurs compréhensibles de leurs

petits traumatisés.

Certains défenseurs de la réduction des risques n'ont pas pris au sérieux ces méfaits aux personnes qui ne consomment pas de drogues, en effet, certains ont même grondé les personnes qui attirent l'attention sur eux. C'est injuste : les familles de la ville qui sont terrifiées à l'idée de quitter leur domicile en raison de scènes de drogue ouvertes ne sont pas l'ennemi. En effet, ils font partie de la population que les travailleurs de la santé publique de tous bords sont éthiquement responsables.

Remettre au consommateur de drogue un nouveau papier d'aluminium et un tuyau propre peut réduire les dommages pour eux, mais cela ne fait rien pour réduire les dommages que leur consommation de drogue cause à tout le monde. Pour vraiment promouvoir la santé de la population, la réduction des risques à San Francisco doit revenir à se soucier de tout le monde, pas seulement des personnes qui consomment de la drogue.

La meilleure façon de le faire est de reconnaître que la réduction des méfaits n'est pas une fin en soi, mais une stratégie pour faire avancer les gens de toute urgence sur la voie du rétablissement de la dépendance. Le traitement devrait être offert et facilité à chaque contact avec des personnes qui consomment de la drogue, que ce soit lors d'une visite du programme d'échange de seringues, d'un sauvetage en surdose ou d'une consultation de médecine de rue.

Sauver des vies est intrinsèquement précieux, mais l'aspiration de la

ville devrait être supérieure à sortir quelqu'un d'une overdose pour avoir encore six, 12 ou 24 heures de consommation de drogue avant son prochain sauvetage. Comme l'a déclaré Kunal Modi, le chef de la santé, des sans-abri et des services familiaux du maire Lurie, dans un récent tweet : « La roue de hamster de narcan et des fournitures sûres ne fonctionnent pas. Nous ne devrions pas confondre les outils de la boîte à outils avec la boîte à outils entière. »

La réduction des méfaits à San Francisco a souvent omis de prendre au sérieux la responsabilité de promouvoir le traitement, et en effet, dans certains cas, a dénigré la valeur du traitement et du rétablissement en tant qu'objectifs. Le nom inadéquemment "Linkage Center", par exemple, a été converti par son opérateur en un établissement d'utilisation du fentanyl supervisé, tandis qu'un audit de ses dossiers a montré que seulement 1 client sur 300 a été référé au traitement de la toxicomanie. Même si nous supposons généreusement que les deux tiers des clients du Linkage Center n'ont utilisé aucune substance, cela constituerait un taux de référence au traitement de seulement 1 % pour les personnes dépendantes, ce qui montre que ce n'était tout simplement pas considéré comme une priorité.

Certains soutiennent qu'essayer de lier les personnes dépendantes au traitement n'a aucun sens lorsque la personne qui consomme des drogues n'exprime aucun intérêt immédiat à réduire ou à arrêter leur consommation ; c'est-à-dire que les étrangers n'ont pas le droit d'encourager le changement de comportement chez quelqu'un qui n'a pas spontanément exprimé d'intérêt.

Mais si quelqu'un continuait à conduire sa voiture à grande vitesse à travers les zones scolaires, les responsables de la ville ne les laisseraient pas continuer à se mettre eux-mêmes et les enfants en danger parce qu'ils n'exprimaient aucun intérêt à ralentir. Lorsqu'un comportement pose de graves risques pour une personne et son entour entour, le gouvernement peut et doit intervenir, que la personne soit enthousiaste à l'idée de changer ou non.

À propos de l'opinion

Les opinions des invités dans **Open Forum et Insight** sont produites par des écrivains ayant une expertise, une expérience personnelle ou des idées originales sur un sujet qui intéresse nos lecteurs. **Leurs points de vue ne reflètent pas nécessairement** l'opinion du comité de rédaction de The Chronicle, qui s'engage à fournir une diversité d'idées à nos lecteurs.

En savoir plus sur nos politiques de transparence et d'éthique

Apprécier cette réalité signifiera que les partisans de la réduction des risques à San Francisco devront, dans certains cas, collaborer plus fréquemment avec la police et le système de justice pénale, en particulier pour aider les personnes dépendantes qui sont sous surveillance et qui ont besoin de services de santé. S'engager dans de tels partenariats exigera que le personnel de santé publique de la ville et les organisations de santé qui reçoivent des dollars de la ville mettent de côté toute attitude anti-police qu'ils pourraient nourrir et reconnaissent que les responsables de la sécurité publique, tout comme les responsables de la santé publique, sont soutenus et responsables devant un public qui s'intéresse aux résultats plutôt

qu'aux différends idéologiques.

De meilleurs résultats à San Francisco nécessiteront du leadership, une ouverture d'esprit et un travail acharné pour ramener la réduction des risques à San Francisco à ses racines en tant que stratégie de santé de la population totale - avec le rétablissement de la dépendance comme objectif ultime. Les avantages de cela pour la santé de tous les Saints Franciscaïns justifieront plus que l'effort.

Keith Humphreys est professeur de psychiatrie à l'Université de Stanford et a été conseiller principal en matière de politique des drogues à la Maison Blanche dans l'administration Obama.

31 mars 2025

Keith Humphreys

ANNEXE 3 – Article du Globo du 04/10/2024

La consommation de crack à ciel ouvert monte en flèche dans les zones touristiques de Lisbonne et inquiète les habitants

La population signale la vente et la consommation de drogues dans les rues animées, en plus de l'augmentation de la violence et de la dégradation de la santé publique

Par O GLOBO— Lisbonne

04/10/2024 16h57 · Mise à jour il y a 10 mois



La population signale la vente et la consommation de substances telles que le crack dans les rues animées - Photo : Reproduction/Instagram/YouTube

L'augmentation de la consommation de drogues - en particulier le crack - dans les zones très fréquentées de la capitale du **Portugal** est un sujet de préoccupation pour les habitants, les commerçants et les visiteurs qui fréquentent Lisbonne. Selon la presse locale, la situation augmente l'insécurité, la violence et l'insalubrité de la région. La consommation et la vente se font à ciel ouvert, au milieu des rues animées et devant des résidences privées.

Plus tôt cette année, des entités commerciales, des résidents et des groupes civils ont signé une lettre ouverte aux autorités portugaises, dans laquelle ils dénoncent la situation comme un problème de police et de santé publique.

"Dans l'espace public, des seringues et d'autres matériaux jetables associés à la consommation de substances psychoactives s'accumulent, mettant en danger la santé publique, tant des consommateurs eux-mêmes que de toutes les personnes qui développent leur vie quotidienne dans ces espaces. Pour le reste, on assiste surtout à l'augmentation du nombre de personnes dans une grande souffrance humaine et une grande vulnérabilité.

Un reportage de CNN Portugal, en avril, a montré l'augmentation du nombre de personnes en situation de rue dans la région, qui se réfugient dans des tentes et des cabanes. Beaucoup d'entre eux se retrouvent dans cette réalité à la suite de la dépendance.

Les habitants de la région se plaignent de fréquents vols, de tentatives d'invasion et de violence dans les rues. Il y a aussi des rapports de consommateurs de drogue qui se tiennent aux portes des maisons, empêchant le passage des résidents.

Le rapport affirme que la consommation a augmenté principalement chez les immigrants. Exposé à des situations dégradantes et à un manque de travail, ce groupe représente une proportion importante des sans-abri à Lisbonne.

Même avec des dénonciations publiques, le gouvernement et d'autres entités sont accusés de négligence. Au Diário de Notícias, le président de l'ICAD (Institut pour les comportements addictifs et les dépendances), João Goulão, a déclaré qu'il partageait les préoccupations exprimées dans la lettre ouverte.

Goulão a souligné la situation du quartier de Casal Ventoso, qui, selon lui, était "le plus grand supermarché de drogue d'Europe" dans les années 90, affirmant qu'"environ 5 000 personnes se déplaçaient par jour".

"Il s'y trouve de nouveau une concentration importante au niveau de la commercialisation de la drogue. Les consommateurs sont à ciel ouvert. Nous devons redonner la possibilité de proposer un traitement à tous ceux qui le souhaitent", a-t-il déclaré.

Depuis 2001, le Portugal était considéré comme une référence en la matière, en dépénalisant non seulement la marijuana, mais aussi toutes les drogues, y compris la cocaïne et l'héroïne, au milieu d'une politique de réduction des risques qui impliquait des programmes de traitement des toxicomanes.

ANNEXE 4 – Article de Visão du 17/06/2025



J. PLACIDO JUNIOR

JOURNALISTE



Drogues : Comment le Portugal est passé de la 80e à la 8e place



Luis Barra

Le gouvernement ne prendra-t-il conscience de ce problème considérable que lorsqu'il apprendra, comme ce fut le cas dans les années 1990, qu'une personne meurt chaque jour au Portugal d'une overdose ?

Le soi-disant « modèle portugais » de prévention, de contrôle et de traitement des toxicomanies a connu un succès international considérable. Il a débuté en 1987 avec la création d'un centre pilote de prise en charge et de traitement des toxicomanes, le Centre Taipas à Lisbonne. Ce centre disposait des ressources humaines et techniques nécessaires pour répondre à de nombreux besoins. Cependant, étant le seul centre, il a rapidement été débordé, avec des patients venant de tout le pays. Cette épidémie a atteint, dans les années suivantes, une population de 100 000 héroïnomanes.

Face à une telle catastrophe, des mesures politiques ont été prises. En 1997, le Service de prévention et de traitement des dépendances chimiques a été créé, première structure nationale d'envergure. Cependant, cette année-là, un réseau de 16 centres de traitement des toxicomanies avait vu le jour, répartis sur tout le territoire national, suffisamment vaste pour répondre aux besoins de la majorité des personnes en quête de soins. En remplacement de

l'héroïne, la distribution de méthadone, une substance permettant aux personnes de retrouver une vie fonctionnelle, de travailler et de fonder une famille, s'est généralisée.

Jusqu'en 1998, l'impossible se produisit : le démantèlement de l'hypermarché de trafic et de consommation de drogue situé dans le quartier lisboète de Casal Ventoso. Cet exploit fut réalisé grâce au maire de l'époque, João Soares, qui collabora avec José Sócrates, alors vice-ministre auprès du Premier ministre, António Guterres, et le service spécialisé dirigé par le psychiatre João Goulão. Il ne s'agissait pas d'une opération de ratissage, mais d'une intervention réussie et exemplaire. Un centre d'hébergement d'urgence fut créé, offrant des soins médicaux, de la nourriture et de la distribution de méthadone, et les besoins des personnes concernées furent satisfaits. [Malgré tout, il faut reconnaître le mérite de Sócrates dans ce cas précis.]

Finalement, en 1999, une commission d'experts a élaboré la première Stratégie nationale de lutte contre les drogues. La commission a conclu ses travaux en soulignant deux principes : mieux vaut soigner que punir, et mieux vaut prévenir que guérir, tout en considérant la toxicomanie comme une maladie et en prônant le respect de la dignité humaine en toutes circonstances. Logiquement, en 2001, le Portugal est devenu le premier pays au monde à dépénaliser la consommation de drogues. Les lignes directrices de la commission ont guidé toutes les interventions depuis lors, et il est vrai qu'en 2006, un projet d'ouverture d'une salle de consommation supervisée à Lisbonne a été annulé, car il avait considérablement réduit la consommation de drogues injectables.

Mais les gouvernements successifs ont commis de graves erreurs politiques, démantelant brutalement une structure déjà bien rodée et ruinant le « modèle portugais » salué internationalement. À titre d'exemple, l'effectif de l'Institut des drogues et des toxicomanies (IDT) est passé de 1 400 à seulement 80 employés nationaux. Le réseau de centres de traitement de la toxicomanie n'a été ni renouvelé ni renforcé. Des programmes essentiels, comme « Vida Emprego », destiné à la réinsertion sociale des toxicomanes en voie de guérison, ont disparu.

Tout cela se paie cher aujourd'hui, avec des réponses clairement insuffisantes, et à l'heure où émerge une nouvelle épidémie de drogues, plus importante et encore plus dangereuse que celle des années 1980 et 1990. « Jamais autant de personnes n'ont consommé de drogues. Jamais il n'y a eu autant de substances aussi puissantes en circulation », a averti João Goulão, aujourd'hui président de l'ICAD – Institut des conduites addictives et des dépendances

(successeur de l'IDT), il y a quelques jours, lors d'un débat à l'Assemblée municipale de Lisbonne. Lors de cette séance organisée par le PCP (Parti communiste portugais) pour écouter les associations qui travaillent sur le terrain et dresser un tableau de la toxicomanie dans la capitale, João Goulão, considéré comme l'architecte de la stratégie qui a valu à notre pays une reconnaissance mondiale (même Barack Obama, alors président des États-Unis, l'a louée), a ajouté que « l'establishment politique, peut-être ébloui par le succès du soi-disant "modèle portugais", s'est convaincu que « tout était résolu, que tout allait bien et que nous pouvions nous désinvestir en toute sécurité ».

Aujourd'hui, les experts des associations présentes au débat dressent le portrait d'une ville où la consommation est en hausse, les rechutes plus fréquentes, la population en situation de précarité accrue et l'absence de réponses. Les conséquences sont faciles à deviner. Le 7, *Público* titrait un rapport dont le titre est éloquent : « La drogue est hors de contrôle à Mouraria. Certains font déjà appel à des agents de sécurité privés. »

Mais le plus inquiétant est que le discours des dirigeants politiques et gouvernementaux ignore ce problème, qui s'aggrave chaque jour, préférant se concentrer sur la tendance actuelle, qui ne résout rien et aggrave tout : la sécurité et le ciblage des migrants. Alors que le recul consistant à considérer à nouveau les toxicomanes comme des criminels plutôt que comme des malades est évident, les associations de terrain appellent à un retour à la stratégie d'il y a vingt ans, avec les adaptations nécessaires, pour faire face à la nouvelle épidémie de drogue. Le gouvernement ne prendra-t-il conscience de cet énorme problème que lorsqu'il sera connu, comme ce fut le cas dans les années 1990, qu'une personne meurt chaque jour d'une *overdose* au Portugal ?